

Bibliothèque numérique

medic @

L'Odontologie

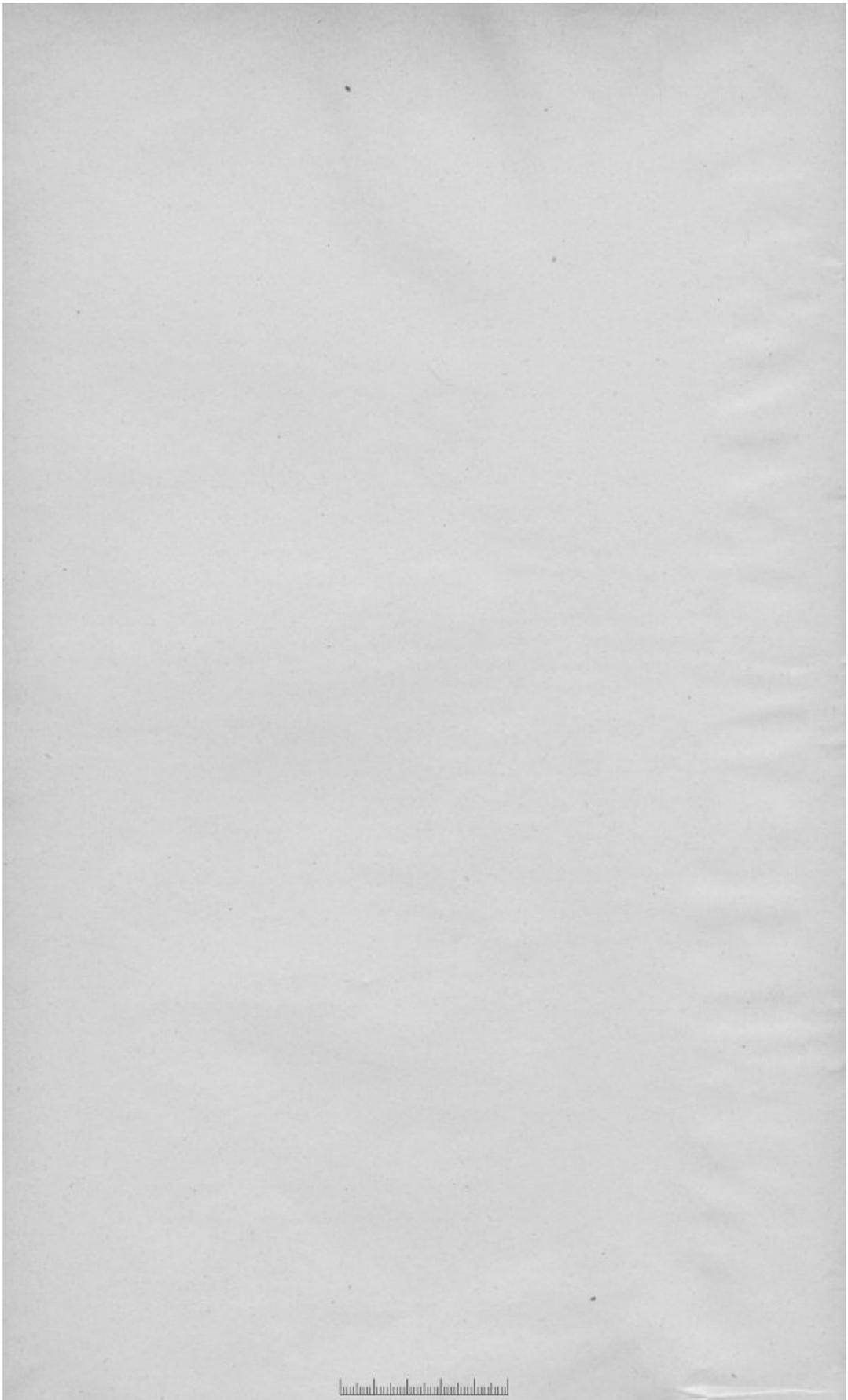
tome 56. - Paris, 1918.

Cote : PF92

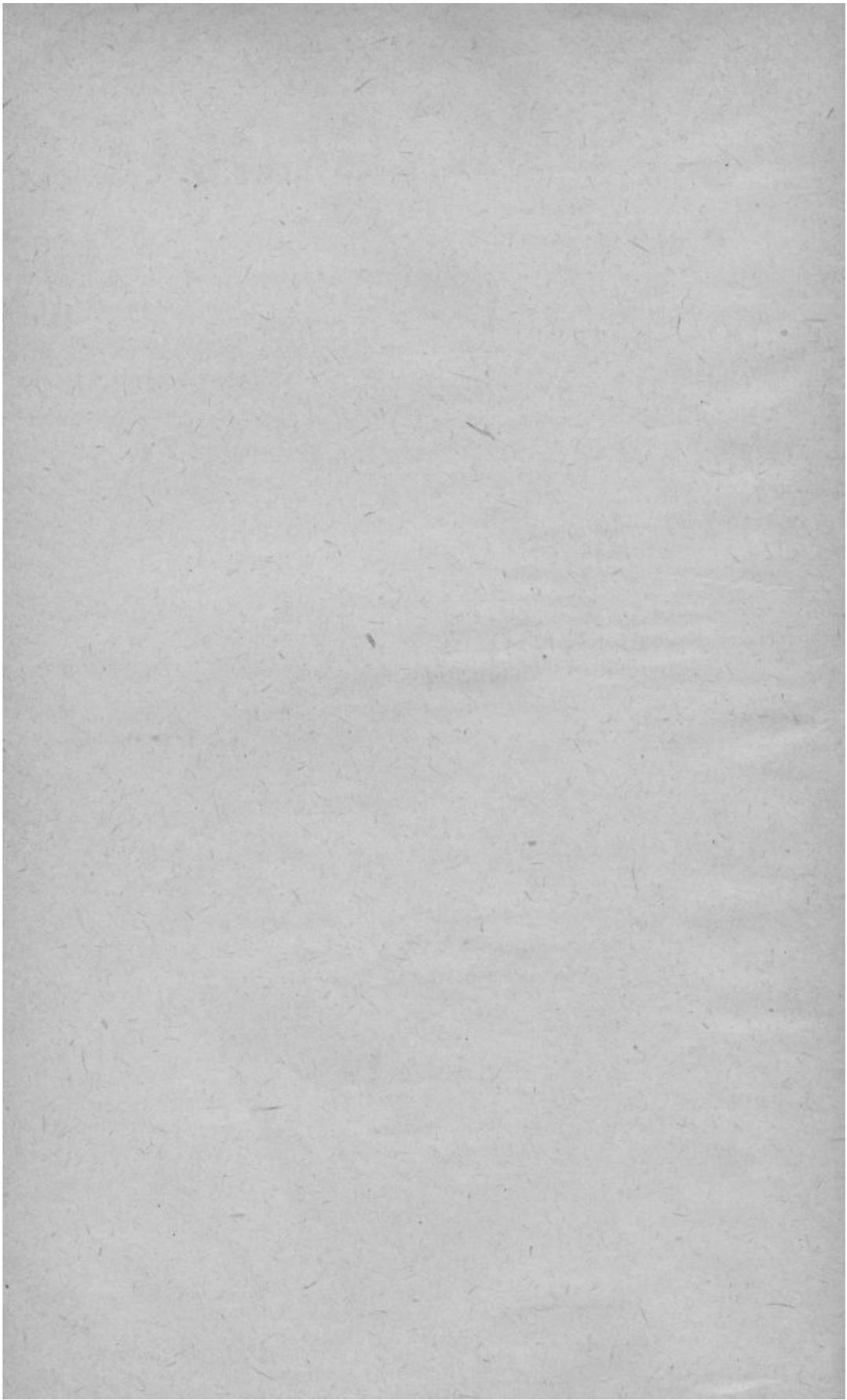


Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1918>



L'ODONTOLOGIE



L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT 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 DENTAIRE 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.

38^e année. — 1^{er} SEMESTRE 1918 — Vol. LVI.

Comité de Rédaction et d'Administration :

A. BLATTER, professeur à l'École dentaire de Paris.
J. D'ARGENT, professeur à l'École dentaire de Paris.
L. FREY, prof. à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
G. LEMERLE, prof. à l'Éc. dent. de Paris, dent. des hôpitaux.

R. LEMIERRE, professeur sup. à l'École dent. de Paris
G. ROBIN, professeur à l'École dentaire de Paris.
G. VILLAIN, professeur à l'École dentaire de Paris.
H. VILLAIN, professeur à l'École dentaire de Paris

Principaux Collaborateurs :

Paris :

Choquet, I.-D. Davenport, M^e Ducuing, Heidé, Jeay,
Georges Lemerle, Mendel-Joseph, Pailliotin, Sauvez, Touvet-Fanton,
Vanel, G. Vian.

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

Angleterre : Cunningham (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),

Ottoly (Manille), Wallace-Walker (New-York). — *Hollande :* Grøvers (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

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

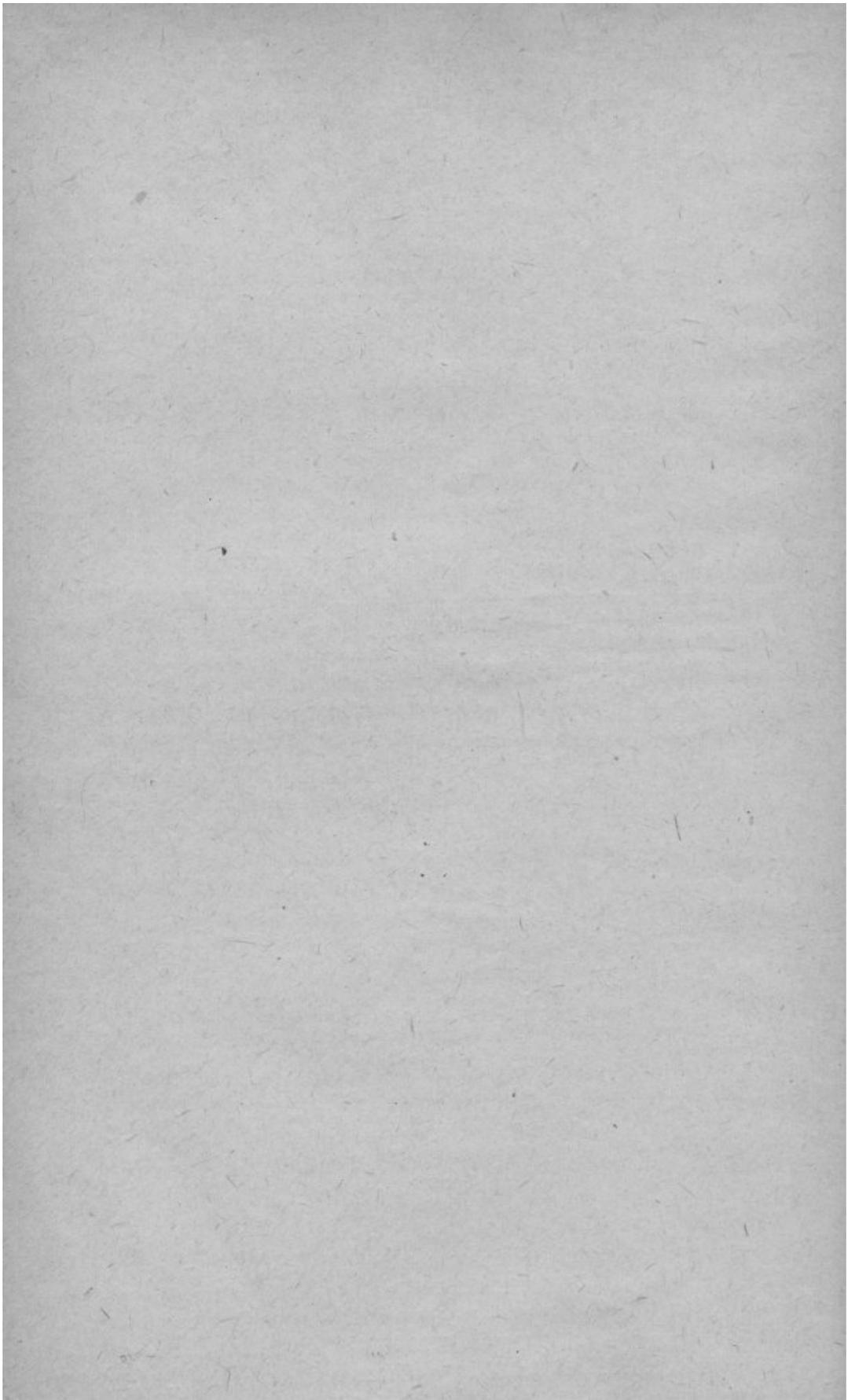
PARIS-IX^e

Téléphone : Central 23.04

ABONNEMENT :

FRANCE..... 12 fr. 50 | UNION POSTALE..... 15 fr.

Le Numéro : 1 fr. 50



L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CRITIQUE SUR LES STIGMATES DENTAIRE S DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par le D^r MAURICE ROY,
Dentiste des Hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

C'est le médecin anglais Hutchinson qui signala le premier l'existence d'une altération dentaire particulière chez les hérédosyphilitiques ; depuis, ces idées ont été développées par divers auteurs et notamment par Parrot et par Alfred Fournier qui ont considérablement étendu le domaine des stigmates dentaires de l'hérédosyphilis dans lequel il ont fini par faire rentrer la plupart des anomalies dentaires en dépit de l'opinion de tous les dentistes qui, jusqu'à présent, se sont toujours inscrits en faux contre cette extension abusive.

Sans doute, ainsi que le relève si justement M. Galippe dans sa dernière communication à l'Académie de Médecine, Alfred Fournier s'est élevé contre cette généralisation, mais, ainsi qu'on le verra dans le cours de cette étude, tous les syphiligraphes ne font pas les mêmes réserves que lui, et voilà la question qui prend maintenant une nouvelle extension. Nous allons voir bientôt chaque syphiligraphe désireux d'avoir sa dent d'Hutchinson, son signe particulier d'hérédosyphilis ; il y a là une tendance qui n'est pas sans présenter de très sérieux inconvénients car, si les dentistes peuvent faire facilement justice d'affirmations qui ne résistent pas à un examen tant soit peu compétent, il n'en est pas de même des médecins non spécialisés qui sont for-

cément impressionnés par les affirmations de maîtres qu'ils ont toute raison de croire très compétents en la matière, ce qui est vrai pour la syphiligraphie mais ne l'est aucunement pour l'odontologie.

C'est ainsi que M. Gaucher, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Paris, qui fait autorité en matière de syphiligraphie, a publié, peu de temps avant la guerre, une leçon sur *l'écartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédo-syphilitique (sa valeur comme stigmaté d'hérédité syphilitique)* ¹. Pour cet auteur, tout individu présentant un écartement des incisives centrales supérieures est un syphilitique héréditaire et il conclut ainsi :

« Pour tirer de l'exposé précédent tout l'enseignement qu'il comporte, je voudrais que vous reteniez qu'en plus des nombreux stigmates d'hérédo-syphilis aujourd'hui bien connus et, particulièrement en plus des dystrophies dentaires classiques si bien décrites par Hutchinson, par Fournier et par Parrot, il en existe une dont la valeur spéciale n'est pas connue, dont je viens de vous montrer toute l'importance et sur laquelle j'appelle l'attention des médecins, c'est *l'écartement des incisives médianes supérieures*.

« De constatation aisée, d'observation fréquente, associée parfois à d'autres dystrophies dentaires, *le plus souvent stigmaté isolé*, elle tire de ces caractères mêmes toute sa valeur diagnostique pratique. Chez un malade porteur d'une lésion douteuse, sa constatation doit éveiller d'emblée l'idée de l'hérédo-syphilis et impose une enquête précise complétée par la recherche de la réaction de Wasserman. C'est donc un signe avertisseur de premier ordre ; pour la facilité de sa recherche comme pour sa valeur diagnostique, il méritait une étude spéciale. »

A l'appui de sa théorie, M. Gaucher apporte seize observations qu'il considère comme concluantes.

1. Annales des maladies vénériennes, novembre 1913, p. 301.

Nous signalerons tout d'abord ce premier fait. C'est que cinq de ces observations concernent des enfants de 6 à 10 ans (Observations I, II, III, VI, VII). Or l'on sait que fréquemment au cours de l'évolution dentaire les enfants présentent un diastème entre les incisives centrales permanentes au moment de leur éruption et durant quelques années mais que ce diastème disparaît complètement lorsque l'éruption de toutes les dents et particulièrement des canines est achevée. A ce moment les incisives centrales sont absolument en contact sur la ligne médiane, il n'y a plus de diastème.

Si l'auteur avait connu cette particularité il aurait peut être attendu quelques années pour publier ces observations car alors se poserait le dilemme suivant : ou l'enfant a été hérédosyphilitique à huit ans (puisqu'il avait un écartement des incisives médianes supérieures) et il ne l'est plus à treize ans (puisqu'il a ses incisives médianes en contact absolu), ou bien la théorie développée est fautive.

Autre point, dans une de ces observations (Observation VII) la mère de l'enfant signalée comme ayant de l'écartement des incisives médianes supérieures présente elle-même un écartement analogue des incisives médianes *et elle a une syphilis acquise* bien que, de par l'écartement de ses incisives, elle fut, si l'on accepte les idées de l'auteur, une *hérédosyphilitique*. Ce premier fait eut été déjà intéressant à noter et on peut se montrer surpris qu'un esprit aussi averti que l'auteur ait omis de signaler cette particularité. Mais il y a dans cette même observation un fait encore plus troublant et nous tenons à reproduire intégralement cette observation :

« M^{me} J. M., âgée de 29 ans, sans profession, a été traitée à la Polyclinique depuis le 25 juin 1912 pour des lésions de syphilis acquise ; plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires, plaques ovales, syphilitides acnéiformes du dos. La réaction de Wassermann est positive.

» *Avant de contracter la syphilis*, la malade a eu deux fausses couches de trois et quatre mois. Elle a eu ensuite un garçon né à huit mois, mort à cinq mois de bronchite. *Avant ces deux fausses couches* elle a eu deux enfants actuellement vivants et bien portants. L'un d'eux, une fillette âgée de 10 ans actuellement, présente de l'écartement des incisives médianes supérieures.

» La malade présente de même un écartement très marqué de quatre millimètres des incisives médianes supérieures sans aucune autre dystrophie dentaire.

» La mère de la malade n'a pas eu d'autre enfant et n'aurait pas eu de fausses couches. »

Il résulte donc de l'observation même de l'auteur que d'une part, comme nous l'avons signalé, quoique la mère eut de l'écartement des incisives médianes elle a contracté la syphilis, mais que, d'autre part, une de ses enfants, *née avant que la mère ait contracté la syphilis* présente de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Quelle meilleure réfutation des idées de l'auteur que l'étude de ses propres observations.

La raison capitale qui fait décider M. Gaucher à faire de l'écartement des incisives médianes supérieures un signe indubitable d'hérédosyphilis c'est la réaction de Wassermann qui se montrerait positive. Mais, lorsqu'elle est négative, cela ne l'arrête pas un instant dans ses conclusions, je n'en veux pour preuve que son observation XV.

« M^{lle} M. D., âgée de 25 ans, est traitée à l'hôpital St-Louis pour les lésions suivantes :

» Une adénopathie sous-maxillaire tuberculeuse gauche fistulisée ; une tuberculose pulmonaire bilatérale caractérisée par de l'induration pulmonaire à droite, des craquements au sommet gauche.

» Un eczéma sec, numulaire des seins, des membres supérieurs et inférieurs.

» Elle présente les dystrophies suivantes :

» Une asymétrie faciale légère, une voûte palatine creuse, une petite taille mais une bonne conformation générale.

» Des altérations dentaires.

» *Les incisives médianes supérieures sont très écartées l'une de l'autre et des incisives latérales. Les deux incisives médianes supérieures sont bien formées ; la gauche a son axe dirigé en bas et en dedans. Les incisives latérales sont petites en forme de coins, la gauche beaucoup plus petite que la droite. Les molaires supérieures sont bien constituées, mais cariées pour la plupart ; la prémolaire droite manque.*

« Il y a une implantation irrégulière, sans écartement des incisives inférieures ; reste une seule molaire inférieure droite cariée.

« La réaction de Wassermann est négative. »

Ainsi voilà une malade qui ne présente aucune lésion

syphilitique, chez laquelle, de l'aveu de l'auteur, que nous citons textuellement, « *l'examen ne relève aucun autre stigmate d'hérédo-syphilis; l'interrogatoire et l'étude des antécédents restent aussi sans résultats; de plus la réaction de Wassermann donne un résultat négatif* ». Néanmoins, en raison de l'écartement des incisives médianes supérieures, il persiste à cataloguer cette malade hérédosyphilitique; est-il possible de pousser plus loin l'esprit de système. Nous nous en étonnons chez un professeur de la valeur de M. Gaucher.

*
**

Tout récemment, un autre syphiligraphe notable, M. Sabouraud, a publié à son tour dans *La Presse Médicale* deux articles au sujet d'un nouveau signe dentaire de l'hérédo-syphilis qu'il signale à l'attention des médecins ¹.

Reprenant tout d'abord pour son compte les opinions d'Alfred Fournier et les généralisant il commence par poser en principe que toutes les anomalies dentaires sont des stigmates de l'hérédo-syphilis; on en peut juger par l'énumération qu'il en donne :

- » a. *Le microdontisme total* avec toutes dents naines.
- » b. *Le microdontisme partiel* avec une ou deux dents naines parmi des dents normales.
- » c. *L'absence de dents* : suppression d'une ou deux canines, d'une ou deux incisives latérales restées dans la gencive.
- » d. *Les anomalies de position* : évertement en dehors ou en dedans de la ligne dentaire.
- » e. *Les monstruosité*s : double rangée de dents permanente par conservation de la première dentition.
- » f. *Les altérations de forme* : dents striées, canines, bifides, incisives pointues au lieu d'être tranchantes (dents de poisson).

1. R. Sabouraud. Sur un signe dentaire de l'hérédo-syphilis. *La Presse Médicale*, 22 mars 1917.

La syphilis héréditaire qu'on ignore. *La Presse Médicale*, 17 mai 1917.

» g. *Les altérations de la zone de mastication.* Absence de dentine (incisives en tourne-vis), molaires rocheuses.

» h. La multiplication des cuspides des grosses molaires leur donnant l'aspect d'une fleur double. »

Mais outre cette très copieuse énumération cet auteur croit devoir ajouter à cette liste un nouveau signe qu'il a découvert :

« Il existe un signe fréquent, ordinairement unique et à lui seul démonstrateur de l'hérédo-syphilis. Ce signe est l'existence à la face interne des premières grosses molaires supérieures des deux côtés, d'une protubérance mamillaire plus ou moins développée et saillante, rudiment d'un cuspide supplémentaire.

» Au moins jusqu'à plus ample confirmation *ce signe — à lui seul — permet d'affirmer la syphilis héréditaire* et peut-être en pratique extrêmement utile pour poser un diagnostic étiologique ferme et instituer un traitement ».

« Il y a, dit l'auteur, raison d'étudier cette difformité d'une façon particulière :

» 1° Parce que je ne crois pas qu'elle soit connue.

» 2° Parce qu'elle est très facile à reconnaître.

» 3° Parce que dans la plupart des cas elle existe seule : aucune autre lésion dentaire n'accusant la syphilis héréditaire chez le même sujet.

» 4° Parce que dans plus de vingt cas consécutifs et sans un manque, une séro-réaction positive a démontré sa valeur clinique ».

Plusieurs auteurs ont tenu aussitôt à contrôler sur un assez grand nombre d'individus les affirmations de M. Sabouraud et cela vient de nous valoir deux séries de recherches extrêmement intéressantes, la première en date due à MM. Marius Mozer et Charles Chenet qui en ont publié le résultat dans *La Presse Médicale*¹, la seconde due à M. V. Galippe

1. MARIUS MOZER ET CHARLES CHEVET. Les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis (La valeur de la cinquième cuspide) *La Presse Médicale*, 20 septembre 1917.

qui, avec la haute autorité qui s'attache à ses travaux, en a communiqué à l'Académie de Médecine les résultats et les déductions qu'il a tiré de ceux-ci dans un important mémoire où il a combattu très vivement la valeur du soi-disant signe de l'hérédo-syphilis indiqué par M. Sabouraud¹.

Les observations présentées par MM. M. Mozer et Ch. Chenet et celles de M. Galippe relevées les unes et les autres sur un grand nombre d'individus atteints d'affections diverses ont fait pleine justice des affirmations de M. Sabouraud.

MM. M. Mozer et Ch. Chenet et M. Galippe plus particulièrement ont montré que, contrairement à ce qu'avait dit cet auteur, la présence d'un cinquième cuspide à la face palatine des premières grosses molaires n'était pas une découverte nouvelle mais une modification anatomique absolument banale et bien connue des dentistes. Examinant un grand nombre d'individus, particulièrement des enfants, ils en ont trouvé une quantité notable présentant un cinquième tubercule à la face palatiné des premières grosses molaires supérieures mais aucun de ces sujets ne présentait la moindre trace d'hérédo-syphilis et la réaction de Wassermann s'est montrée négative dans tous les cas où elle a été pratiquée. C'est, on le voit, l'infirmité absolue des faits avancés par M. Sabouraud².

* *

Cette question des stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis est une question que les syphiligraphes semblent compliquer à plaisir et il est vraiment regrettable que, avant de lancer ainsi certaines affirmations insuffisamment contrôlées concernant le système dentaire, les médecins non dentistes n'étudient pas les nombreux travaux publiés par les den-

1. V. GALIPPE. A propos de la découverte d'un prétendu stigmate de l'hérédo-syphilis *Académie de Médecine*, 6 novembre 1917.

2. On trouvera le travail de MM. Mozer et Chenet et celui de M. Galippe ci-après dans ce numéro de *L'Odontologie* qui est en majeure partie consacré à cette importante question des stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis.

tistes ou ne cherchent pas à se documenter auprès d'eux, ils s'évitent ainsi des erreurs d'interprétations aussi fâcheuses que celle que nous signalons.

Comme on le voit par ce que nous reproduisons de l'article de M. Sabouraud, certains auteurs en arrivent à englober dans les signes de l'hérédosyphilis toutes les érosions dentaires et toutes les anomalies dento-maxillaires. Mais tous les dentistes savent que le nombre de dentures ne présentant absolument aucune anomalie est extrêmement restreint et qu'il faudrait alors ranger les 999/1000 au moins des individus parmi les syphilitiques héréditaires. Certes nous ne songeons pas à nier la fréquence de la syphilis, malheureusement beaucoup plus répandue qu'on ne le pense généralement en raison des syphilis ignorées, cependant nous ne croyons pas que les opinions les plus pessimistes aillent tout de même jusqu'à cette proportion qu'il serait facile de justifier quant aux anomalies dentaires. S'il fallait en croire M. Sabouraud, dont je prends le travail comme exemple, seuls, seraient exempts de syphilis héréditaires les individus n'ayant à *aucun degré* une quelconque des anomalies dentaires énumérées par lui puisqu'il dit textuellement dans l'un des articles qu'il consacre à cette question : « L'homme est naturellement beau et son corps de proportions harmonieuses toutes les fois qu'il n'a pas été frappé par la maladie aux sources mêmes de la génération, à l'origine de son développement. Et tous ceux qui, visiblement, ne remplissent pas le programme humain, au physique et au moral, doivent être suspects d'emblée »¹.

Mais, en admettant même la justesse de cette affirmation, il faudrait que la syphilis fut la seule infection capable de produire les anomalies considérées, ce qui n'est malheureusement pas, et l'alcoolisme et la tuberculose par exemple, pour ne citer que ces deux grosses sources d'infection génératrice, pourraient être incriminés avec au moins autant

1. R. SABOURAUD. La syphilis héréditaire qu'on ignore. *La Presse Médicale*, 17 mai 1917.

de vraisemblance que la syphilis dans l'étiologie de leur production.

Mais, maintenant, ce ne sont pas seulement les anomalies dento-maxillaires qui vont constituer un signe d'hérédosyphilis, ce sont encore les caractères de race de certains individus ; cela dépasse vraiment toute mesure. En effet, en raison de leur fréquence et de leur constance chez un nombre considérable d'individus qui transmettent ces dispositions anatomiques particulières à leurs enfants comme ils leur transmettent leurs autres caractères physiques et moraux, il n'est pas permis de donner le nom d'anomalie au diastème des incisives centrales supérieures ou au cinquième tubercule des premières molaires supérieures. C'est là uniquement un caractère ethnique qui se trouve transmis à travers la chaîne des générations et que l'on retrouve chez les membres successifs d'une même famille. Cette disposition anatomique ne constitue en aucune façon un caractère tératologique capable de justifier le nom d'anomalie à son égard et je ne pense même pas qu'il faille y rattacher l'idée de stigmate de dégénérescence comme M. Galippe aurait tendance à le faire pour le cinquième tubercule suivant la théorie qui lui est chère au sujet des anomalies dentaires.

Il est du reste facile de se convaincre de ce fait en compulsant les différents traités d'anatomie dentaire où *aucun auteur* n'a songé à considérer la présence d'un cinquième tubercule à la face palatine des premières grosses molaires supérieures comme une anomalie ; tous ont considéré celui-ci comme une simple variation anatomique ainsi qu'il en existe tant ; de même pour le diastème des incisives centrales sauf dans les cas où, par son exagération, il présente un caractère manifestement anormal et de nature tératologique¹.

1. Depuis que ce travail a été écrit, M. Jeanselme, dans une communication faite le 15 janvier dernier à l'Académie de Médecine sur *L'existence du tubercule de Carabelli aux temps préhistoriques, dans l'antiquité et au Moyen-Age*, a apporté une confirmation décisive à l'opinion que je défends ici de l'origine ethnique du cinquième tubercule ou tubercule de Carabelli à la face palatine des premières grosses molaires supérieures : « M. Jeanselme a poursuivi sur

Mais, même en ne prenant que les modifications qui méritent réellement le nom d'anomalie, avant d'englober celles-ci dans les stigmates de l'hérédosyphilis il conviendrait d'étudier leur mécanisme et leurs causes possibles.

Pour tout esprit scientifique il n'est permis, en effet, d'accepter des affirmations aussi formelles que celles que nous critiquons ici qu'autant que leur véracité est démontrée d'une façon indubitable. Or, pour cela que faut-il ? il faut que les signes indiqués comme pathognomoniques de la syphilis héréditaires ne se rencontrent que dans cette maladie et jamais dans aucune autre *ce qui n'est pas démontré à l'heure actuelle pour aucun signe dentaire, la dent d'Hutchinson comprise*. A la suite de quelques constatations faites sur une série de malades qui ont pu présenter, par coïncidence fortuite, quelque disposition particulière, ainsi que cela se rencontre souvent en médecine, il ne convient pas de lancer ainsi des affirmations sans avoir vérifié, par une étude approfondie, si cette disposition particulière ne peut pas se rencontrer dans d'autres cas tout différents de ceux de la maladie observée, car, en cette matière, *un seul cas négatif* vient infirmer complètement la valeur du signe que l'on a considéré comme pathognomonique c'est-à-dire comme appartenant *exclusivement* à la maladie observée.

*
**

Quelles sont les causes des anomalies dentaires ? Elles

cette question une enquête fort large qu'il a réussi à étendre au système dentaire de la plupart des races humaines vivantes ou éteintes.

« Cette enquête lui a donné les résultats suivants :

1° Le tubercule de Carabelli s'observe dans toutes les races et il existait déjà aux premiers âges de l'humanité.

» 2° Le rôle de l'hérédosyphilis dans la genèse du tubercule de cette anomalie ne paraît pas rigoureusement établi. Un complément d'information s'impose donc avant d'accepter comme preuve irrécusable de l'infection syphilitique héréditaire un signe dont la fréquence est telle qu'il s'observe dans notre population française sur un dixième et parfois même sur un sixième des sujets soumis à l'observation. » *Académie de Médecine*, 15 janvier 1918. *La Presse Médicale*, 17 janvier 1918.

Si des recherches semblables étaient faites au sujet du diastème des incisives centrales supérieures, elles aboutiraient j'en suis sûr à un résultat analogue.

sont extrêmement multiples et sont bien connues ; elles répondent pour la plupart à des faits facilement démontrables.

C'est ainsi que *toutes les maladies de la première enfance* peuvent provoquer l'érosion qui est une des anomalies le plus souvent invoquées inconsidérément comme stigmate d'hérédo-syphilis.

La carie des dents temporaires, qui entraîne leur chute prématurée, est une des causes les plus fréquentes des anomalies de direction et elle influence directement l'insuffisance de développement des maxillaires.

Les végétations adénoïdes et l'insuffisance de respiration nasale sont une cause fréquente de trouble dans la forme des arcades dentaires et d'anomalie de position des dents.

Voilà toutes une série de causes absolument démontrées, aussi bien au point de vue étiologique qu'au point de vue du mécanisme des lésions ; en quoi la syphilis héréditaire viendrait-elle jouer un rôle dans ces cas ? Les hérédo-syphilitiques, comme les autres individus, peuvent avoir des fièvres éruptives, du rachitisme, de la carie dentaire, des végétations adénoïdes, etc. Ces affections peuvent chez eux, comme chez les individus exempts de syphilis, déterminer des troubles de la dentition, mais on ne saurait sans une erreur flagrante dire que les anomalies dues à ces diverses maladies sont d'origine hérédo-syphilitique à moins que l'on ne veuille affirmer que ces maladies elles-mêmes, reconnaissent pour cause unique et absolue l'hérédo-syphilis. Nous ne pensons pas qu'aucun médecin ait émis cette prétention.

Parmi les causes des anomalies dentaires, il en est une seule qui peut prêter à discussion dans le cas particulier, c'est l'hérédité ; celle-ci joue en effet un rôle important dans l'étiologie des anomalies et il est incontestable que la syphilis, l'alcoolisme, l'état névropathique, la tuberculose de l'un des générateurs pourra retentir sur le système dentaire de l'enfant et y provoquer des anomalies. Mais, ceci dit, peut-on assigner à une seule de ces anomalies une cause univoque ? La chose n'est pas possible car

les causes les plus diverses peuvent produire une malformation identique.

L'on sait par exemple depuis les travaux de Bourneville et de M^{me} Sollier la fréquence des anomalies dentaires chez les idiots et les épileptiques et l'on sait le rôle considérable que joue l'alcoolisme ou l'état névropathique des générateurs dans l'étiologie de ces affections ¹.

Il est donc impossible de dire, dans l'état actuel de nos connaissances, que telle anomalie dentaire est d'origine hérédo-syphilitique si l'on ne constate pas concurremment, sur d'autres organes, d'autres symptômes venant corroborer cette opinion et encore avec cette réserve que la présence de l'infection syphilitique conceptionnelle n'exclut pas les autres causes comme le terrain névropathique ou l'alcoolisme des générateurs.

Donc, dans le cas même où le facteur syphilitique pourrait être invoqué comme cause d'une anomalie, il conviendrait de faire le départ, et cela est loin d'être facile, entre ce qui revient à la syphilis et aux autres causes pathologiques qui ont pu intervenir.

..

Il nous faut discuter maintenant un dernier point, c'est la question de la *dent d'Hutchinson* et sa valeur diagnostique. On sait que l'on donne ce nom à une érosion siégeant près du bord tranchant des incisives centrales supérieures permanentes et entraînant une altération de forme de ces dents présentant les *quatre caractères* suivants qui doivent, comme l'a fait remarquer Thibierge, se trouver réunis pour que l'on puisse lui appliquer ce nom : « siége des lésions sur les incisives médianes supérieures, rétrécissement au niveau du bord libre, convergence des axes, échancre semi-lunaire du bord libre » ².

1. Bourneville. *Les conditions de la bouche chez les idiots*. Paris 1863, M^{me} Alice Sollier. *Thèse de Paris*, 1884.

2. Thibierge, *soc. méd. des hôpitaux* 1903, cité par Lemerle et Frey. *Pathologie des dents et de la bouche*, p. 225.

Cette forme particulière de la dent est due à ce fait que l'érosion, frappant le bord tranchant des incisives, celui-ci se trouve très aminci en forme de croissant et que cette partie amincie se fracturant de très bonne heure dans les mouvements de mastication, la dent prend alors cette forme particulière qui est dite *en tournevis*, le bord libre de la dent se trouvant plus étroit que la partie médiane de la couronne, ce qui est contraire à la normale.

La lésion essentielle de la dent d'Hutchinson est donc une érosion du bord libre des incisives centrales supérieures permanentes. En quoi cette érosion peut-elle être en relation avec la syphilis héréditaire ?

L'étiologie de l'érosion est aujourd'hui une chose bien connue¹ et qui a été établie de façon irréfutable dans ces dernières années par les travaux de Capdepon. « C'est un trouble de la calcification dû, parfois, à une maladie intra-utérine, mais le plus souvent à une maladie de la première enfance surprenant l'organe dentaire au point où il en est de son évolution et laissant à ce niveau une trace indélébile »².

L'érosion est analogue aux symptômes transitoires qui l'accompagnent souvent et qui, dans les mêmes circonstances, frappent la peau, les ongles, les poils, « mais, grâce à une disposition anatomique spéciale, elle s'en différencie parce qu'elle est permanente » (Capdepon). Elle est plus ou moins étendue suivant la durée de la cause qui l'a provoquée.

La calcification des organes dentaires se faisant suivant un ordre régulier en commençant par le bord libre de la couronne pour se terminer par l'extrémité radiculaire et cette calcification se produisant chronologiquement dans la série des dents suivant l'ordre d'éruption de celles-ci, il en résultera que l'érosion frappera toutes les dents en voie de calcification au moment où la maladie causale s'est pro-

1. E. Maire, *L'érosion dentaire*, Thèse de Paris, 1898.

2. CAPDEPONT, Etude critique de l'érosion dentaire. *Revue de Stomatologie*, 1906. La question des érosions dentaires, *Ibid.*, 1913.

duite mais les frappera à un niveau différent en rapport avec le degré d'avancement respectif de la calcification sur chacune des séries de dents : premières grosses molaires permanentes, incisives centrales, incisives latérales, canines, etc.

Pour savoir l'âge où s'est produite l'érosion il suffit de considérer le siège de celle-ci, plus ou moins rapproché du bord libre de la dent, et de rechercher l'âge correspondant de l'individu au moment où la calcification de la dent considérée a été perturbée. Comme le dit Capdepon, on peut généralement vérifier qu'à cet âge précis l'enfant a fait une maladie de la première enfance et la relation de cause à effet s'impose avec la rigueur d'une preuve mathématique.

La chronologie de la calcification des dents a été établie depuis longtemps et c'est ainsi que l'on sait que, à la naissance, la seule dent permanente dont la calcification soit commencée est la première grosse molaire permanente dont les pointes des tubercules commencent à se former. Après la naissance la calcification de cette dent se poursuit et à ce moment commence la calcification des incisives centrales permanentes qui, comme pour toutes les dents, débute par le bord libre, le bord tranchant de l'organe ; la calcification des autres dents suivra ensuite suivant l'ordre chronologique.

Si donc nous constatons une érosion siégeant à l'extrême bord libre des incisives centrales permanentes, ce qui, nous l'avons dit, constitue la lésion essentielle de la dent d'Hutchinson, *cela signifie simplement que le porteur de cette dent a présenté des troubles pathologiques graves dans les premiers mois qui ont suivi sa naissance c'est-à-dire généralement dans les trois premiers mois*. Ce trouble peut être une manifestation syphilitique, il peut être tout aussi bien une rougeole, une broncho-pneumonie, une affection générale grave quelconque.

Pourquoi cependant dans ce cas la syphilis peut-elle être le plus souvent incriminée, c'est parce que c'est dans les trois premiers mois après la naissance qu'éclatent les pre-

nières manifestations de l'hérédo-syphilis et que ces manifestations ne sont pas fatalement mortelles alors qu'au contraire les autres maladies graves que l'enfant peut contracter dans ce tout jeune âge le sont généralement. Mais si un enfant qui, dans les trois premiers mois de sa naissance a contracté la rougeole, une broncho-pneumonie par exemple, guérit de ces affections, *il peut présenter des dents d'Hutchinson tout comme un hérédo-syphilitique tout en étant absolument indemne de cette infection.*

Il faut encore faire remarquer que, si les altérations dentaires connues sous le nom de dent d'Hutchinson peuvent se produire chez les hérédo-syphilitiques, *elles ne se produisent que si ceux-ci font, dans les trois premiers mois après leur naissance, des accidents graves de cette infection* ; or ces manifestations ne sont en quelque sorte que des phénomènes aigus d'un état chronique pré-existant ; il résulte donc de ces faits que l'infection conceptionnelle spécifique ne peut produire la dent d'Hutchinson que si elle entraîne des manifestations graves de la maladie dans les trois premiers mois de la vie et que, *si ces manifestations manquent*, les altérations dentaires caractéristiques de la dent d'Hutchinson ne se produisent pas.

Pour résumer cette rapide étude d'une importante question comme celle-ci, nous pensons que le problème des stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis doit être posé et résolu ainsi :

1° *La syphilis peut-elle, durant la période intra-utérine du développement des organes dentaires, provoquer des troubles dans le développement de ceux-ci ?*

La chose n'est pas impossible ; mais, si cela est, les troubles ainsi produits ne sont en aucune façon différents de ceux causés par l'alcoolisme, l'état névropathique ou une infection grave de l'un des générateurs. *Tous les stigmates dentaires qui ont été cités par les différents auteurs*

comme étant dus à l'héredo-syphilis peuvent se rencontrer en dehors de cette infection.

En tout état de cause, on ne saurait ranger parmi les anomalies relevant d'une cause pathologique quelconque des signes comme l'écartement des incisives médianes supérieures ou la présence d'un cinquième tubercule à la face palatine des premières grosses molaires supérieures. Ce sont là des caractères ethniques ne relevant pas de la pathologie et n'ayant par conséquent aucune relation avec la syphilis héréditaire.

2° La syphilis peut-elle, après la naissance, provoquer des troubles dans le développement des dents?

Oui, mais sous forme d'érosion en rapport avec l'âge où se sont produites les manifestations aiguës de l'infection préexistante.

La *dent d'Hutchinson* n'a de valeur que comme symptôme venant corroborer les autres stigmates de l'héredo-syphilis (triade d'Hutchinson). *Elle peut reconnaître pour cause, en dehors de la syphilis héréditaire, tous les troubles pathologiques graves qui ont pu se produire dans les trois premiers mois après la naissance.*

A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE D'UN PRÉTENDU STIGMATE DENTAIRE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. V. GALIPPE.

(Académie de Médecine, séance du 6 novembre 1917.)

Il y a longtemps que j'ai protesté contre la regrettable ignorance dans laquelle se tiennent certains syphiligraphes, et non des moindres, des travaux publiés par les stomatologistes. Il semble, à les lire, qu'ils estiment qu'on peut s'improviser stomatologiste et que cette branche des sciences médicales ne possède ni histoire, ni traditions, ni règles, ni nomenclature, ni traités classiques, ni travaux originaux. Est-il besoin d'ajouter que c'est là une profonde erreur et que la stomatologie, dans le passé, comme dans le présent, peut supporter, sans la moindre infériorité, la comparaison avec n'importe quelle spécialité médicale? Elle n'est pas encore enseignée dans la plupart de nos Facultés, à l'encontre de ce qui se fait à l'étranger; de là, sans doute, le peu de crédit qu'elle rencontre encore auprès de certains médecins, pour qui rien n'existe en dehors de l'enseignement officiel.

En protestant de nouveau contre ce que je considère comme un déni de justice, j'affirme n'obéir à aucun désir de revendication personnelle. Mon inspiration est d'ordre plus élevé. Je suis de ceux qui ne laissent jamais périmer dans leur cœur le souvenir reconnaissant et affectueux qu'ils doivent aux aînés qu'ils ont eus pour maîtres et pour amis.

Parmi eux, je tiens à citer Magitot et Malassez. Magitot fut un grand médecin qui porta très haut et très loin le bon renom de la médecine française. Que dire de Malassez, sinon qu'il a été le type le plus pur et le plus noble du savant désintéressé, et qu'il a consacré toute sa vie, sans un jour de défaillance, à des recherches de laboratoire qui ont illustré son nom? C'est parce que leurs travaux ont été laissés dans l'oubli que j'ai tenu à les rappeler.

J'ai pensé également qu'en l'absence d'un grand nombre de mes jeunes confrères mobilisés, dont beaucoup sont sur le front, que c'était un devoir, pour le vieil artisan de la stomatologie que je suis, de protester, en leur nom, contre le silence observé sur les travaux de ceux qu'ils considèrent, à juste titre, comme l'honneur de leur profession.

Récemment, un syphiligraphe très distingué, pour les travaux et la personne duquel je n'ai que des sentiments d'estime et de sympathie, a publié une série d'articles, sur un nouveau signe dentaire de l'hérédo-syphilis, qui me paraissent constituer à la fois

une lourde méprise historique et une source d'erreurs de diagnostic.

Comment notre confrère a-t-il pu croire qu'une anomalie aussi fréquente que celle qu'il décrit aurait pu échapper à l'attention des observateurs, alors surtout qu'il déclare qu'elle est très facile à reconnaître, ce qui est parfaitement exact ! C'est supposer, bien à tort, que les médecins, qui font profession d'examiner et de soigner les dents et la bouche, sont absolument dépourvus du sens de l'observation. Cette supposition est tellement injuste et pué- rile, qu'elle ne mérite véritablement pas d'être prise au sérieux !

On ne s'étonnera donc point qu'après de telles prémisses, l'auteur se soit enfoncé plus avant dans l'erreur et qu'il ait donné un nom nouveau, *éminence mamillaire*, à une anomalie connue et décrite depuis plus de quarante ans par Magitot, sous le nom de *tubercule supplémentaire*. C'est, d'autre part, une nouvelle et grave erreur que d'affirmer que cette anomalie ne se rencontre que sur les premières grosses molaires supérieures. On peut l'observer presque sur toutes les dents. Nous en avons nous-même publié un exemple, et, dans les observations qui suivent, on en trouvera d'autres.

S'il est vrai que les *tubercules supplémentaires* peuvent parfois constituer la seule anomalie observée dans une bouche déterminée, on constate des cas très nombreux où cette anomalie coïncide avec d'autres malformations, portant soit sur les maxillaires, soit sur les dents. J'ajouterai que, quand on examine complètement un sujet porteur de *tubercules supplémentaires*, on découvre presque toujours, pour ne pas dire constamment, d'autres anomalies portant sur divers organes. Quant à considérer, avec notre auteur, la présence de tubercules supplémentaires sur la face linguale de la couronne des premières grosses molaires comme un signe étant à lui seul démonstratif de l'hérédité syphilitique, c'est là une affirmation absolument téméraire, indéfendable, et en contradiction avec l'observation clinique, en dépit des exemples donnés, avec réaction de Wassermann positive à l'appui.

En 1877, Magitot a publié, à la librairie Masson, un traité des *Anomalies du système dentaire*, qui est un véritable monument, par la richesse de sa documentation, le choix et le nombre des exemples, empruntés aussi bien à la pathologie humaine qu'à la pathologie comparée, et les considérations d'anatomie générale qui ont inspiré cet ouvrage. En dépit du temps écoulé depuis son apparition, l'œuvre de Magitot est toujours debout. S'il est vrai qu'aujourd'hui on puisse y faire quelques additions, il n'y aurait pour ainsi dire rien à en retrancher. Des nombreux ouvrages publiés par Magitot, c'est certainement celui qui défendra le mieux sa mémoire contre l'oubli.

On conçoit qu'on n'improvise pas une œuvre d'une pareille importance et, quand notre maître et ami en commença la publication, il avait accumulé, pendant plusieurs années, les documents qui ont servi à sa rédaction. Nous ne nous étonnerons donc pas de trouver dans son traité des observations remontant à plus d'un demi-siècle.

Quoi qu'il en soit, voici ce que dit Magitot des tubercules secondaires (appelés également par lui supplémentaires), et dont nous reproduisons quelques exemples empruntés à son ouvrage, avec l'autorisation de notre ami M. Pierre Masson (voir fig. p. 504 et 505).

Page 48, dans l'article consacré aux anomalies de forme, Magitot s'exprime ainsi : « D'autres fois, cette incisive latérale, au lieu d'affecter la forme conoïde, présente une difformité consistant dans la production de *saillies secondaires* qui parfois occupent la face postérieure de la couronne (pl. I, fig. 9 a) et dans d'autres cas, donnent à celle-ci un aspect et une disposition plus ou moins bizarres, en forme de cornet irrégulier (pl. I, fig. 10 a). » Et il ajoute le commentaire suivant, montrant que, sur une même dent, la présence d'un tubercule supplémentaire peut s'accompagner d'autres anomalies concomitantes : « Si cette anomalie s'accompagne d'une augmentation de volume, comme dans ce dernier exemple, elle peut donner lieu, pour la même dent, à une autre anomalie de direction, ou même de siège, en raison de l'impossibilité qui résulte pour l'arcade dentaire de donner place à cette monstruosité complexe. »

Et plus loin, il ajoute . « C'est ainsi que se présentent, dans l'âge adulte, des caries occupant la face postérieure des incisives, sur un point constant qui est une petite dépression située à l'angle de réunion d'une ou de plusieurs saillies secondaires, avec la surface concave de la couronne. »

« Les petites molaires ou prémolaires subissent aussi, assez fréquemment, une anomalie morphologique analogue. »

Nous lisons également, page 49 : « Dans le cas où une anomalie de cet ordre (anomalie de forme) se produit spontanément ou sans cause saisissable, la difformité est notablement moins considérable et consiste, par exemple, dans la production d'un *tubercule supplémentaire*, ce qui donne trois cuspides à une dent normalement bicuspidee et tend à rapprocher celle-ci des molaires proprement dites (pl. I, fig. 11). »

A propos de l'augmentation de volume de la couronne des grosses molaires, Magitot fait observer, p. 62, « que cette augmentation s'effectue par l'addition d'un ou plusieurs tubercules à la couronne, et, sans doute, en vertu de la loi anatomique formulée plus haut, à un nombre correspondant de racines ».

Et il ajoute, p. 63 : « Lorsque la couronne est seule atteinte, il y a multiplication du nombre des tubercules ; ainsi, la figure 13 de la planche II représente un maxillaire supérieur dont les premières molaires offrent cinq tubercules, disposition qui ne s'observe normalement, comme on sait, qu'aux molaires correspondantes inférieures chez lesquelles la cinquième cuspidé est d'ailleurs postérieure et non interne. »

« Suivant M. Pruner-bey, la forme pentacuspidée des molaires inférieures serait commune dans les anciennes races d'Europe, et les recherches de MM. Broca, Hamy et d'autres tendent à affirmer la fréquence relative de cette disposition dans les fossiles de la Madeleine, de Solutré, de Furfooz, d'Aurignac, etc. » Nous pensons toutefois qu'une telle assertion est un peu absolue, et nos recherches personnelles nous inclinent à penser que la forme pentacuspidée se rencontre à peu près également aux premières molaires inférieures, dans les races anciennes et dans les races modernes. Quant aux secondes molaires, la forme tétracuspidée paraît être la disposition presque invariable.

« L'addition d'un tubercule à la couronne n'est pas la seule modification qu'on peut observer, et ce nombre peut être beaucoup plus considérable : de quatre, qui est le chiffre normal, il peut s'élever à six, sept et jusqu'à huit (p. 64). »

Dans la majorité des cas, il s'agit de la dent de sagesse.

Comme on le voit par ce qui précède et sans contestation possible, les *tubercules supplémentaires* ont été décrits par Magitot. Tous ceux qui ont suivi son enseignement particulier, si vivant et si instructif, les connaissaient également.

Il était donc parfaitement injuste d'attribuer à d'autres qu'à Magitot la description des *tubercules supplémentaires*, puisque, au moins à notre connaissance, il est le premier à les avoir signalés, et d'invoquer l'autorité d'un médecin étranger, pour en confirmer la fréquence. La réputation scientifique de Magitot est assez solidement établie par les nombreux travaux qu'il a publiés et nous jugeons parfaitement inutile d'attacher son nom à la description d'une simple anomalie.

Dès 1890, dans le *Journal des Connaissances médicales*, j'avais signalé l'existence des tubercules supplémentaires, surtout au niveau des molaires de première et de seconde dentition. On trouvera de nouveaux exemples de l'existence de tubercules supplémentaires sur les molaires de lait, dans les observations que nous citons ultérieurement.

Dans un travail publié en 1902 ¹, je disais ceci : « Dans des

1. *Etude sur l'hérédité des anomalies des maxillaires et des dents.*

familles névropathiques on rencontre fréquemment l'anomalie de forme caractérisée *par des tubercules supplémentaires*. Cette anomalie se voit moins fréquemment dans la première dentition que dans la seconde et se montre surtout sur les grosses molaires. Néanmoins on l'observe également sur les autres dents, la canine en est fréquemment atteinte »

Chez une choréique âgée de douze ans, j'ai observé à la fois une voûte palatine ogivale et un arrêt du développement du maxillaire inférieur, *les quatre incisives supérieures* présentaient à leur face postérieure un tubercule supplémentaire. Dans un autre cas, l'incisive centrale supérieure droite présentait un tubercule supplémentaire très volumineux et faisant une saillie considérable que j'ai représentée dans mon mémoire, figure 14.

En août 1908, mon maître et ami Malassez a publié, dans la *Revue de Stomatologie*, un travail auquel il a bien voulu m'associer, sur les *Perles d'émail*. Cette dénomination impropre s'appliquait jusque-là à de petites sphérules recouvertes d'émail et que l'on rencontre sur les racines des dents à une distance variable de la couronne ou mieux de la limite de l'émail, dont le siège et le volume varient d'une dent à l'autre. Malassez et moi nous avons rapproché ces formations anormales des *tubercules supplémentaires*, et nous disions alors : « Nous savons qu'il est fréquent d'observer chez des individus anormaux, et plus particulièrement sur la couronne des grosses molaires, la présence de tubercules supplémentaires. Ces tubercules occupent, soit la surface triturante de la couronne, soit un point quelconque des faces de celle-ci. »

« Voyons, ajoutions-nous, comment peut se former ce tubercule anormal, sur la couronne d'une grosse molaire par exemple. Il y a tout lieu de supposer qu'il résulte d'un processus analogue à celui qui préside à la formation des tubercules normaux. Or, qu'observons-nous pour ceux-ci ?

Nous constatons qu'avant toute apparition de la dentine, la forme des tubercules est arrêtée par la ligne de séparation existant entre la couche interne de l'organe de l'émail et la pulpe dentaire. La forme du tubercule normal correspond donc à une disposition fixée antérieurement à l'apparition de la dentine.

« On peut supposer qu'il en est de même pour le tubercule supplémentaire dont la forme extérieure a dû être arrêtée par la ligne de séparation existant entre le bulbe et l'organe de l'émail. Cette malformation est donc également antérieure à l'apparition de la dentine, et quand celle-ci s'est constituée, le tubercule a été recouvert par l'émail, comme les autres points de la couronne. »

Si nous examinons maintenant les *tubercules supplémentaires*

situés sur la racine à une distance plus ou moins considérable de la couronne (c'est l'interprétation que nous donnons à l'anomalie étudiée sous le nom de *perles d'émail*), nous pouvons supposer que ces tubercules se produisent par un même processus que celui qui préside à la formation de ceux de la couronne et résultent également d'une malformation précédant l'apparition de la dentine ; leur forme serait déterminée par la ligne de séparation existant entre la pulpe radiculaire d'une part, et l'anneau constitué par le rebord ou partie profonde de l'organe adamantin, au niveau du point où la couche interne de cet organe se continue avec l'externe. Il se serait produit en ce point une malformation primitive, analogue à celle que nous avons supposé donner naissance aux *tubercules supplémentaires* de la couronne. Il est donc naturel que cette malformation préexistant, la dentine en ait épousé la forme et donné naissance à un *tubercule supplémentaire*. Mais ici nous voyons apparaître une nouvelle anomalie.

Les cellules de la couche interne de l'émail qui, normalement, à ce niveau, ne sécrètent pas d'émail, se mettent à en sécréter comme l'avaient fait celles de la couronne, et cette particularité ne se produit qu'au niveau du *tubercule supplémentaire*.

Plus tard, quand le ciment s'est formé sur la racine, ce tissu a empiété plus ou moins sur l'émail de la perle ou *tubercule supplémentaire*, proportionnellement à l'épaisseur prise par lui.

Nous n'insisterons pas davantage sur la structure histologique de ces tubercules supplémentaires exposée dans notre note originale. Pour plus de détails on pourra consulter le livre de Malassez, *Sur les débris épithéliaux paradentaires*, édité chez P. Masson et C^{ie} en 1910, et qui renferme une observation due à MM. Choquet et Frey, publiée en 1906 (*V. loc. cit.*, p. 247 et suivantes).

Il est rare d'observer des *tubercules supplémentaires* en dehors de toute autre anomalie siégeant soit sur les dents, les maxillaires, la voûte palatine, ou enfin sur un organe quelconque.

C'est ainsi qu'en 1907, j'ai publié l'observation d'une dame présentant de l'érosion dentaire, une voûte palatine ogivale, un raphé médian saillant, des anomalies de siège affectant les incisives centrales supérieures qui portaient, ainsi que les incisives latérales, un tubercule saillant. Les quatre incisives inférieures montraient également des anomalies de siège et sur la face externe de la deuxième grosse molaire supérieure on observait un léger renflement que j'ai assimilé à un *tubercule supplémentaire*.

Dans le remarquable mémoire, publié en 1913, par MM. les D^s Coustaing et Filderman, sur l'érosion dentaire, nous trouvons plusieurs observations où cette anomalie de structure coïncidait

avec d'autres anomalies, et en particulier avec des tubercules supplémentaires. Le sujet de l'observation II présentait un tubercule supplémentaire sur les quatre premières grosses molaires, mais n'avait pas d'érosion; en revanche il avait un arrêt de développement du maxillaire inférieur, un front olympien, un nez en pied de marmite, des oreilles en anse, des mains courtes, des pieds courts, gras et asymétriques; dépigmentation familiale et camptodactylie.

Observation XI, *loc. cit.*, p. 69: Les incisives centrales supérieures montrent sur leur face palatine un *tubercule supplémentaire*. On observe en outre une érosion dentaire légère, des végétations adénoïdes, une voûte palatine ogivale, une rhinite atrophique, des malformations auriculaires, de la surdité gauche, une extrême laxité des articulations digitales, des anomalies des doigts et des orteils. Phymosis.

Observation LXIII: Lucien D... *Tubercules supplémentaires* sur les quatre premières grosses molaires supérieures. Dents érodées, malformations des oreilles et du maxillaire inférieur. Phymosis complet; malformations du thorax, des mains et des pieds. Myopie.

Une observation a été publiée dans le *Monde médical* du mois de septembre 1917, par MM. L. Babonneix et Lorgnier, sous le titre suivant: *Un nouveau cas d'héredo-syphilis nerveuse*, entré dans leur service avec le diagnostic d'*épilepsie constatée*. Ce malade, qui a été examiné avec beaucoup de soins, était âgé de vingt et un ans, il présentait des troubles profonds de l'intelligence. Il était petit, mal développé, sans muscles, et donnait l'impression d'un enfant plutôt que d'un adulte. Crâne étroit, oreilles décollées et en anse. Organes génitaux infantiles. Du côté du système dentaire, on observe une légère anomalie de siège portant sur les incisives centrales supérieures. Légères érosions sur les canines et les prémolaires inférieures; persistance de plusieurs dents de lait au maxillaire supérieur, et enfin *tubercules supplémentaires* sur la face interne de deux premières grosses molaires supérieures.

Très impressionnés par l'accumulation de stigmates de dégénérescence chez leur malade, et surtout par la présence *des tubercules supplémentaires*, MM. Babonneix et Lorgnier n'hésitent pas à en faire un héredo-syphilitique, sans autres preuves à l'appui, pensant, sans doute, que seule, la syphilis possède un pareil pouvoir dystrophique, ce qui n'est pas exact. Cette observation démontre le danger qu'il y a à mettre au compte exclusif de l'héredo-syphilis ce que l'on rencontre dans beaucoup d'autres formes d'infection ou d'intoxication.

N'ayant plus de service hospitalier, mais connaissant la grande

fréquence de l'anomalie connue sous le nom de *tubercules supplémentaires*, nous avons demandé à notre ami M. le Dr André Collin, dont l'Académie a entendu une intéressante communication¹ et qui s'occupe spécialement de neurologie infantile, de nous recueillir des observations de cette malformation dentaire. Pour cette recherche, M. André Collin s'est adjoint l'une de ses élèves, M^{me} G. Souffland, et nous les remercions tous les deux de leur précieux concours.

En trois mois, M. A. Collin, ainsi que M^{me} Souffland, ont recueilli 36 observations de *tubercules supplémentaires* que nous résumons ci-après.

On pourra peut-être nous objecter que, dans un grand nombre de ces observations, il n'a pas été fait de réaction de Wassermann. A cela nous répondrons que dans une consultation externe, la réalisation de ce contrôle n'est pas toujours facile et que dans beaucoup de cas, le soupçon de la syphilis pouvait être écarté d'emblée. Sans vouloir en quoi que ce soit diminuer l'importance de la réaction de Wassermann, je me permettrai de rappeler que le diagnostic de la syphilis et de l'hérédosyphilis peut s'établir uniquement par les signes cliniques, et que nos maîtres, Clerc, Hardy, Fournier, Landouzy savaient diagnostiquer la syphilis, alors même que la réaction de Wassermann était inconnue.

Il est du reste difficile d'imposer cette vérification aux personnes qu'on n'a aucune raison d'inculper de syphilis ou d'hérédosyphilis. On pourrait aller loin dans cette voie, et imposer un pareil examen à une personne présentant une anomalie dentaire quelconque me paraît chose excessive et peut-être malséante.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Débilité mentale.*

S... F..., quatorze ans. *Wassermann négatif*. La mère n'a pas été examinée. Aucun renseignement sur le père. La mère paraît bien portante; n'a eu que cette fille. Pas de fausse couche.

L'examinée est amenée à la consultation parce que sa mère ne peut rien en faire. Ne sait pas lire; paresseuse à l'école. N'est pas méchante; affectueuse même. Peut faire une course, mais ne sait se faire rendre la monnaie.

Examen. — Petite taille. Cheveux rares, blonds (dépigmentation); père et mère bruns. Impubère. N'est pas réglée. Pieds plats. Réflexes rotuliens vifs. Réflexe de Babinski en flexion gauche; indifférence droite. Laxité ligamentaire plus marquée à gauche.

1. *L'Enfance-délinquante*, séance du 6 juin 1916.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les deux incisives centrales supérieures. Anomalies de siège des quatre incisives inférieures et de la canine inférieure gauche. Anomalies de structure de l'émail des petites molaires inférieures gauche et droite. Anomalie de forme de la canine supérieure droite.

Développement. — Née à terme. Accouchement normal. Marché, à deux ans; parlé, à deux ans et demi. Première dent (?). Urine encore au lit.

Obs. II. — *Hérédo-bacillose. Précocité de développement.*

G... A..., *Wassermann négatif*. Mère bien portante. Père réformé pour tuberculose. Cinq frères et sœurs. Pas de fausse couche. Geneviève A..., sept ans; Jean A..., cinq ans et demi; André A..., quatre ans et demi; Rachitisme double; *genu-valgum*, est resté 1 an à Berck, Lucien A..., deux ans; Convulsions toniques à cinq mois. Henri A..., cinq mois: Bien portant.

L'examinée, Geneviève, aînée de la famille, est amenée parce que sa mère la trouve nerveuse et agitée la nuit.

Développement. — Née à terme. Bon accouchement. Marché, à quinze mois; les autres enfants, plus tard. Parlé, très bien à un an; premiers mots, à cinq mois et demi; première dent, à un an. A uriné au lit jusqu'à 26 mois.

Maladies. — Entérite. Adénopathie trachéo-bronchique, soignée à Trousseau. Fièvre typhoïde en 1915.

Examen. — Réflexes rotuliens vifs. Réflexe de Babinski en extension double. Syncynésie. Laxité ligamentaire considérable. Un nævus pigmentaire au milieu du dos.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires permanentes supérieures, gauche et droite.

Obs. III. — *Maladie de Little, avec grande débilité intellectuelle.*

E... M..., âgé de huit ans (seul enfant). Est amené à la consultation parce qu'il marche difficilement; est coléreux, nerveux, très peureux; dort bien. Apprend mal en classe; s'amuse bien cependant avec les autres enfants. La maladie de Little se serait déclarée à dix mois, à la suite d'une rougeole et de convulsions sur la nature desquelles on ne peut être fixé par la mère. Aucun renseignement sur le père. La mère n'a pas été examinée.

Développement. — Né à terme, était grand et mince. Marché, à quatre ans. Parlé, à quatre ans. Première dent, tard; mais la mère ne sait pas la date.

Examen. — Strabisme interne gauche. Pupilles dilatées, mais égales. Oreilles larges, décollées, mal ourlées. Réflexe de Babinski en extension double. Réflexes rotuliens vifs. Réflexe crémasterien vif. Nævi pigmentaires. Cyphose de compensation. Rachitisme très prononcé.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les secondes molaires de lait supérieures gauche et droite et sur les premières grosses molaires permanentes supérieures gauche et droite. Les deux incisives centrales inférieures présentent un écartement assez marqué, ainsi que des stries transversales de l'émail au niveau du bord tranchant.

OBS. IV. — *Débitité intellectuelle. Wassermann positif.*

R... L..., âgé de quatorze ans (envoyé par le Patronage de l'Enfance). Joue avec nervosité. Très menteur et très imaginatif, dit la mère. Lit devant nous une histoire où il est question d'un jardinier ; en la racontant l'enfant nous parle de parapluie. Père mort syphilitique, a contaminé sa femme il y a huit ans. Mère remariée. *Wassermann positif*. Deux frères et sœurs nés avant lui, bien portants.

Développement. — Né à terme. Marché à un an et demi. Parlé, tard. Première dent, à huit mois. Pas de convulsions. Peu de jours après sa naissance a eu une ophtalmie. Pas d'autres maladies.

Examen. — Petite taille. Front très développé. Grand diamètre antéro-postérieur. Léger degré d'exorbitisme. La mère en a également. Infantilisme des organes génitaux. Impubère. Foie petit. Laxité ligamentaire grande et plus marquée à droite. Réflexes rotuliens vifs. Réflexe de Babinski en flexion à gauche, variable à droite.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite et sur les canines supérieures gauche et droite.

OBS. V. — *Périodes de dépression et d'agitation d'origine digestive. Hérédonévropathie d'origine maternelle.*

L... M..., âgé de neuf ans. Est amené à la consultation parce qu'il a des glandes au cou ; périodes où il est fiévreux, sans appétit, sommeil agité et incontinence d'urine. Aucun renseignement sur le père. La mère dit avoir des périodes de bon et mauvais caractère, qui durent huit jours. Tousserait et aurait maigri. Elle présente un écartement des incisives médianes supérieures. Sept frères et sœurs présentent la même anomalie. Aucune fausse couche.

Développement. — Né à terme. Grossesse normale. Accouchement normal. Marché, à un an. Parlé, tôt. Première dent à cinq mois. Pas de convulsions.

Examen. — Cheveux noirs frisés. Facies pigmenté. Ni le père, ni la mère n'ont les cheveux aussi frisés, ni aussi foncés. Leur facies n'a pas cette pigmentation, et ils ne sont pas d'origine méridionale. Nez très court. Hauteur exagérée de la lèvre supérieure. Foie petit. Déformation des orteils aux deux pieds. Ceux-ci se trouvent implantés sur le même plan. Conservation des attitudes. Grande laxité ligamentaire. Réflexes rotuliens très vifs. Réflexes de Babinski en extension, douteuse à gauche. Extension nette à droite.

Examen dentaire. — Tubercule supplémentaire sur la première molaire inférieure gauche. Ecartement des incisives centrales supérieures. Voûte palatine ogivale.

OBS. VI. — *Myopathie. Hérédoolcoolique. Hérédobacillose.*

M... R..., âgé de neuf ans. Est amené à la consultation pour sa myopathie. Le père est mort, à quarante-six ans, d'un abcès au foie, était alcoolique. Le grand-père maternel également. La grand-mère maternelle, morte d'une maladie de cœur. Un frère du père, mort, à trente-trois ans, de congestion cérébrale. La mère est morte bacillaire. Deux enfants. Un frère de seize ans. Myopathie ; a complètement perdu

l'usage des jambes et peut seulement écrire. L'examiné a neuf ans.

Développement. — Serait né à terme. Aucun renseignement sur sa première enfance. N'a pas eu de convulsions. A trois ans et demi, était un enfant normal.

Examen. — Réflexes rotuliens à peu près nuls. Réflexe de Babinski en double flexion. Réflexe crémastérien vif. Nævi pigmentaires. Grande laxité ligamentaire.

Examen dentaire. — Voûte palatine ogivale. Ecartement des incisives centrales supérieures. Les premières grosses molaires permanentes supérieures gauche et droite présentent, à la face interne, un tubercule supplémentaire très saillant et on observe la même anomalie sur les deuxièmes molaires temporaires gauche et droite qui persistent.

OBS. VII. — *Bacillose en évolution. Débilité cérébrale.*

R... M..., âgé de douze ans et demi. Est amené à la consultation parce que sa mère le trouve mal portant et peu résistant aux fatigues de la classe. A de la fièvre et délire facilement. Pleurésie ancienne (?). Père employé de bureau, aucun renseignement sur sa santé. Mère, débile intellectuelle. Les yeux sont petits et très rapprochés. Nez long et dévié à gauche. Prognathisme du maxillaire supérieur. Arrêt de développement du maxillaire inférieur. A fait une fausse couche.

Développement. — Né à terme. Grossesse normale. Accouchement spontané. On ne sait quand il a parlé, marché et eu sa première dent, l'enfant étant en nourrice, mais la mère croit se souvenir qu'il était normal.

Examen. — Microcéphalie. Oreilles mal ourlées. Corps étroit et mince. Organes génitaux peu développés. Nævi pigmentaires. Réflexes rotuliens vifs. Réflexe de Babinski en flexion. Laxité ligamentaire moyenne. Foie petit. Contraction pupillaire très vive. Les sommets sont légèrement mats à l'auscultation.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite, mais moins développés sur la molaire de droite. Les incisives centrales supérieures sont très volumineuses.

Ayant eu l'occasion de voir les dents de sa première dentition, conservées par sa mère, nous constatons sur les premières molaires de lait gauche et droite la présence d'un tubercule supplémentaire, ainsi que le microdontisme des incisives supérieures et inférieures.

OBS. VIII. — *Hérédo-bacillose paternelle. Bacillose en évolution. Incidents névropathiques.*

S... K..., âgée de huit ans et demi. Est amenée à la consultation, parce que la mère trouve qu'elle se « momifie ». Se trouve mal facilement. Esprit très imaginaire. Le père a été soigné, il y a deux ans, pour la tuberculose. La mère a été atteinte, au moment de sa grossesse de dyspepsie nerveuse (?). Deux enfants : 1° Un frère de dix-huit ans, ajourné pour sa maigreur ; 2° l'examinée.

Développement. — Née à terme. Grossesse normale. Accouchement spontané. Première dent, à quatorze mois. Marché, à dix-sept mois. Parlé, à douze mois.

Examen. — Facies d'un enfant plus âgé qu'il ne l'est. Laxité liga-

mentaire plus marquée à gauche. Conservation des attitudes à gauche seulement. Adénite généralisée. Sommet droit soufflant. Pieds plats. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

OBS. IX. — *Paralysie du bras droit, à la suite de crises comitiales sidérantes et paralysantes précoces (convulsions toniques à cinq mois).*

L... T..., âgé de seize ans. *Wassermann négatif.* Est amené à la consultation pour la paralysie du bras. Le père est bien portant. La mère se dit bien portante ; n'a pas fait de fausse couche ; a eu trois enfants, tous vivants : une fille âgée de vingt ans, pas de convulsions. Parlé, à neuf ou dix mois. Première dent, à huit mois. Marché, à un an ; 2° l'examiné, âgé de seize ans ; 3° un fils âgé de dix ans, très précoce. Marché, à dix mois. Parlé, à dix mois. Première dent, à six mois.

Développement. — Né à terme. Grossesse normale. Accouchement spontané. Marché, à un an. Parlé, à quinze mois. Première dent, à quatre mois et demi. Convulsions toniques, à cinq mois, ont duré jusqu'à quatre ans. Puis, à partir de quatre ans, elles furent plus rares et moins violentes.

Examen. — Asymétrie faciale. Côté droit de la figure beaucoup plus petit que le gauche. Bras droit présentant des mouvements de reptation. Réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs ; côté droit, très vifs, côté gauche, moyens. Réflexe de Babinski, extension droite. Flexion gauche. Réflexe crémastérien vif. Très grosse verge.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur la face interne des premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

OBS. X. — *Hémiplégie gauche. Traumatisme obstétrical. Mère syphilitique, contaminée sept ans avant la naissance de l'enfant.*

J... D..., âgé de treize ans. *Wassermann négatif.* Est amené à la consultation pour sa paralysie. Père, voyageur de commerce, mort, à quarante-trois ans, d'une maladie de cœur. Mère, a eu la syphilis à vingt ans. N'a eu qu'un enfant. Aucune fausse couche.

Développement. — Né à terme. Très mauvais accouchement. L'enfant est né en état d'asphyxie. Double application des forceps. Marché, à trois ans. Parlé, à sept ou huit mois. Première dent, à sept ou huit mois. A uriné au lit jusqu'à six ans. Convulsions le lendemain de la naissance. Lèvres paralysées, à six semaines ; la main était également paralysée.

Examen. — Microcéphalie. Strabisme interne droit. Petits organes génitaux. Membres gauches raccourcis. Réflexes rotuliens très vifs. Réflexe de Babinski, en flexion à droite, extension à gauche.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

OBS. XI. — *Vols. Mensonges. Tendances perverses. Paresse.*

D... R..., âgé de douze ans et demi. Est amené à la consultation pour savoir où il pourrait être mis en pension. Sur le père qui amène l'enfant, aucun renseignement. Remarié. Mère morte. *Une fausse couche.* Affection puerpérale. Une sœur de l'examiné internée à Ville-

Evrard. Cet enfant a été très gentil étant jeune. Mais depuis trois ou quatre ans, se met à voler, devient paresseux. Très menteur, a changé quatre fois de pension, intelligent.

Développement. — Né à terme. Parlé, marché, première dent, normalement, dit le père, mais il ne peut préciser aucune date. A uriné au lit jusqu'à neuf ans, régulièrement toutes les nuits ; urine encore parfois au lit.

Examen. — Déformation des os du nez et épatement de celui-ci. Omoplates en ailes. Phymosis. Petits organes génitaux. Grande laxité ligamentaire. Réflexes rotuliens extrêmement vifs. Réflexes de Babinski en flexion. Nævi pigmentaires.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les deux premières molaires gauche et droite supérieures. Quelques irrégularités de siège au niveau du groupe des incisives inférieures.

OBS. XII. — *Enurésie digestive.*

C... M..., âgé de neuf ans. Est amené à la consultation, parce que, depuis une coqueluche grave, il urine au lit. Aucun renseignement sur le père. La mère se dit bien portante, a deux enfants vivants ; pas de fausse couche ; 1 enfant mort d'entérite.

Développement. — Né à terme. Marché, à dix-huit mois. Parlé, tôt. Première dent, à cinq mois. Propre, à seize mois. Pas de convulsions. La sœur, même développement.

Examen du frère. — Onycophagie. Maladroit de ses mains. Pigmentation très marquée de toute la peau. Oreilles très décollées. Organes génitaux peu développés. Foie petit. Nævi pigmentaires. Laxité ligamentaire considérable. Réflexes rotuliens très vifs. Réflexes de Babinski en flexion. Les yeux et les cheveux sont très noirs. La mère a été très blonde et a les yeux bleus.

Examen dentaire du frère. — Absolument rien à signaler. Examiné avec son frère à la consultation, ce dernier a, comme la mère, les yeux bleus et les cheveux blonds ; le père est châtain clair.

Examen dentaire de la mère. — Par suite de l'absence des grosses molaires, on ne peut savoir si il y avait des anomalies de ces dernières. Rien, d'autre part, à signaler.

Examen dentaire de la sœur Germaine C... — Sept ans, blonde, les yeux bleus. Tubercules supplémentaires sur les secondes molaires droite et gauche supérieures (molaires de lait) et sur la première grosse molaire supérieure droite. La molaire supérieure gauche est en voie d'évolution. Il existe, entre les deux incisives centrales supérieures, un diastème de 2 millimètres et un espace d'environ 1 millimètre entre l'incisive centrale et l'incisive latérale droite. Cet espace est un peu plus prononcé entre l'incisive et la canine gauche, dont la pointe est plus aiguë¹.
(A suivre.)

1. L'étendue du travail de M. Galippe ne nous permet pas de le publier entièrement dans ce numéro ; nous en donnerons la suite dans le prochain, en même temps que la communication à l'Académie de Médecine de M. Jeanselme, que cite notre Rédacteur en chef, dans l'étude publiée en tête du présent numéro.

LES STIGMATES DENTAIRES DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS**LA VALEUR DE LA CINQUIÈME CUSPIDE**

Par

MARIUS MOZER et CHARLES CHENET,

Interne

Interne Prov.

des hôpitaux de Paris.

La question de la dentition des hérédo-syphilitiques est un problème très complexe qui ne semble pas près d'être résolu. Dans une série de travaux récents¹, M. Sabouraud a montré la fréquence d'une *éminence mamillaire de la face interne des deux premières molaires supérieures* vue chez les sujets à réaction de Wassermann toujours positive et il conclut très catégoriquement que ce signe ordinairement unique est à lui seul démonstratif de l'hérédo-syphilis.

Sur les conseils de notre maître, M. le Dr Ménard, médecin-chef de l'Hôpital maritime de Berck, nous avons fait la revision de la dentition des 60 enfants hérédo-spécifiques que nous traitons comme tels et aussi celle des 1.400 malades tuberculeux ou rachitiques, enfants ou adultes, réunis soit à l'Hôpital Maritime, soit aux hôpitaux Vincent et Bouville où sont soignés les malades envoyés par l'Administration des Enfants Assistés.

L'intérêt de nos recherches réside en partie dans le grand nombre des sujets examinés, mais de plus en ce qu'ils sont tous groupés, sont hospitalisés pour de longues années à Berck, possèdent à l'appui de leurs observations cliniques de nombreuses radiographies² justificatives de la nature des lésions et que toute facilité peut être assurée pour faire toutes les recherches de laboratoire utiles: Wassermann, cultures ou inoculations.

Notre travail a été facilité par ce fait que chez la majorité de nos malades, dès leur entrée dans le service, la réaction de fixation du complément avait été faite soit pour étayer un diagnostic clinique et radiographique, soit dans un simple but statistique.

Or, notre résultat diffère beaucoup de celui obtenu par M. Sabouraud.

1. *La Presse Médicale* des 22 mars et 17 mai 1917.

2. La collection de radiographies de l'Hôpital Maritime, commencée par M. le Dr MÉNARD en 1909 seulement, comprend actuellement plus de quinze mille clichés (15.230 fin avril 1917).

1° Chez les hérédosyphilitiques en traitement (dont le diagnostic est vérifié par le laboratoire) et dont plusieurs présentaient des lésions dentaires décrites comme syphilitiques, dont quatre fois la dent d'Hutchinson, nous n'avons observé qu'une seule fois les molaires supérieures portant à la partie antérieure de leur face interne une cinquième cuspide. Dans ce cas le diagnostic de syphilis osseuse avait été posé d'après un ensemble de renseignements cliniques et radiographiques, le Wassermann inscrit au laboratoire à la date du 24 mars 1916 était très positif.

2° Par contre, chez nos autres malades dont nous n'avons pu déceler l'hérédité syphilitique, nous avons recherché cette cinquième cuspide, *ce signe certain de l'hérédosyphilis*, et nous avons trouvé 19 cas nets, indiscutables, répondant exactement à la description donnée dans l'article de *La Presse Médicale*: cuspides antérieures coïncidant souvent avec une dentition indemne par ailleurs de toute tare. Pour éviter toute contestation nous n'avons conservé que ces 19 cas où les malades présentaient des tubercules maxillaires très développés, éliminant ceux où nous ne constatons que des ébauches ou ceux chez lesquels la 5^e cuspide existait d'un seul côté.

Chez tous ces malades, où l'examen clinique n'avait montré par ailleurs aucun stigmate de syphilis, *la réaction de Wassermann a toujours été négative* et l'est demeurée immuablement même après essai de réactivation (injections de mercure et de néo-salvarsan).

Nous avons rencontré ces 19 cas chez des malades atteints de :

Ostéomyélite aiguë avec arthrite consécutive : 2 cas.

Adénopathie cervicale et sous-maxillaire : 5 cas.

Ostéite du maxillaire, accident de la dent de sagesse : 1 cas.

Coxalgie : 2 cas.

Tumeur blanche du genou : 2 cas (l'un a dû être réséqué).

Ostéite du calcanéum : 1 cas.

Ostéo-arthrite tibio-tarsienne : 1 cas.

Gommes multiples et spina ventosa : 2 cas.

Mal de Pott : 1 cas avec abcès.

— 1 cas à double foyer. Ce malade présentait un bec de lièvre.

Luxation congénitale double : 1 cas.

Dans ces deux derniers cas notre attention avait été depuis longtemps attirée vers la syphilis, les Wassermann avaient toujours été négatifs, il en avait été de même pour les adénites que l'on espère toujours trouver non tuberculeuses. Presque tous les autres malades étaient porteurs de lésions vulgaires de tubercu-

lose, il ne s'agissait nullement de syphilitiques (Wassermann négatif).

Ces faits cliniques, vérifiés par le laboratoire, montrent que ce nouveau signe de syphilis héréditaire, dont M. Sabouraud fait l'égal de la dent d'Hutchinson, ne présente pas en réalité une telle valeur. Cette cinquième cuspide peut être rencontrée chez les hérédo-syphilitiques tout comme chez les autres individus au même titre que des variations de formes banales. Un simple aperçu embryologique indique qu'elle ne saurait avoir plus de signification que l'absence de la dent de sagesse ou des modifications de conformation ou de longueur d'un organe tel que l'appendice par exemple.

Ce tubercule mamillaire est d'ailleurs fréquent et banal pour les stomatologistes et les traités classiques de stomatologie et de dentisterie en font mention; nous citerons volontiers le passage suivant du traité de Kirk¹:

« Toutes les dents dérivent par modification du cône simple qui est la forme type primitive. Les dents des poissons et des reptiles sont de simples cônes, celles des mammifères plus élevés sont des modifications d'un cône ou des combinaisons de deux ou plusieurs cônes fusionnés.

» Chez l'homme les incisives sont formées d'un simple cône comprimé pour former le large bord incisif, la canine est un cône simple dont la base est comprimée suivant trois points, formant une pyramide. Les prémolaires sont formées de deux cônes fusionnés. En ajoutant un troisième cône à la forme des prémolaires on obtient la forme typique des molaires supérieures avec ses trois racines et ses trois tubercules. La molaire tricuspide est donc de forme primitive, on la rencontre quelquefois chez l'homme, mais la forme normale est d'être quadrituberculée. Le quatrième cuspide surajouté est simplement un cuspide supplémentaire surajouté à la couronne.... *La face linguale présente quelquefois un cingule lingual, sorte de cinquième tubercule de dimensions plus ou moins considérables.* »

Ce cingule n'est autre que le tubercule lingual antérieur de la face interne des premières molaires supérieures, signalé et interprété par M. Sabouraud.

En résumé cette 5^e cuspide ne paraît pas avoir, au point de vue de la syphilis, l'intérêt que lui attribue Sabouraud. Etant donnée sa fréquence, un syphiligraphe qui voit un grand nombre

1. KIRK. — ALTON HOWARD THOMPSON (Traité de dentisterie), traduction dernière, 1910.

d'hérido-syphilitiques peut la rencontrer souvent *coïncidant* alors avec un Wassermann positif.

Nos recherches, faciles à répéter dans tous les milieux où sont réunis de nombreux enfants et où l'on dispose d'un laboratoire, avaient été commencées dans le but de nous confirmer à nous-mêmes les conclusions, si intéressantes pour nous, de Sabouraud. En raison de l'autorité de cet auteur, nombreux sont ceux qui, dans l'impossibilité matérielle de vérifier, ont déjà accepté sans réserve ce nouveau signe de syphilis héréditaire ; aussi croyons-nous utile de communiquer nos observations.

(*La Presse Médicale*, 20 sept. 1917.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS SOUS LES DRAPEAUX

La Faculté de Médecine de Paris a fait la réponse suivante à une lettre adressée par l'Ecole dentaire de Paris touchant la situation des étudiants en chirurgie dentaire sous les drapeaux.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Paris, le 14 décembre 1917.

Par sa circulaire en date du 8 novembre 1917, M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé de compléter ses circulaires des 25 novembre 1916 et 14 avril 1917 et d'accorder le droit de prendre des inscriptions dans les conditions prévues par les règlements :

1° Aux étudiants versés dans le service auxiliaire pour blessure de guerre ou maladie contractée au front et maintenus dans cette position à la suite de la contre-visite obligatoire prévue à l'article 3 de la loi du 17 août 1915 ;

2° Aux officiers de complément des armes combattantes évacués des armées pour blessures ou maladies et déclarés inaptes à faire campagne ;

3° Aux médecins auxiliaires, sous-aides-majors, aides-majors, pharmaciens auxiliaires, évacués du front pour cause de blessures ou de maladies contractées au front.

Les demandes d'inscription de doctorat en médecine pourront être reçues par M. le Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris jusqu'au 1^{er} décembre 1917. Après cette date, une demande spéciale devra être adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique.

La situation des étudiants qui désireront bénéficier de ces nouvelles dispositions sera attestée par un dossier militaire annexé à la demande et contenant les pièces authentiques nécessaires.

Les étudiants en chirurgie dentaire sont considérés comme des étudiants en médecine.

Signé : Le Secrétaire de la Faculté.

RÉPONSES DU MINISTRE DE LA GUERRE A DES QUESTIONS ÉCRITES

18899. — M. Charles Bernard (Seine), député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° Si le tour de départ des dentistes

militaires du service armé est le même que celui des dentistes militaires du service auxiliaire de toutes classes; 2° S'il doit être tenu compte pour les dentistes militaires du service auxiliaire de l'aptitude ou inaptitude prononcée lors d'une récente visite en vue de l'application de la loi Mourier. (*Question du 13 novembre 1917.*)

Réponse. — 1° Les hommes du service auxiliaire appartenant aux classes 1904 et plus jeunes peuvent être envoyés aux armées. Cette disposition est applicable aux dentistes militaires. Le tour de départ des dentistes militaires du service armé est différent du tour de départ des dentistes militaires du service auxiliaire; 2° Il est tenu compte de l'inaptitude constatée par la commission spéciale de réforme, conformément à l'article 8 de la loi du 10 août 1917. (*Officiel du 7 décembre 1917.*)

19051. — M. Goniaux, député, demande à M. le Ministre de la Guerre si, par application de l'article 2 de la loi du 10 août 1917, les étudiants en chirurgie dentaire, ainsi que les mécaniciens-dentistes de la réserve de l'active, doivent être versés dans les centres de prothèse ou dans les ambulances du front. (*Question du 22 novembre 1917.*)

Réponse. — Aux termes de l'article 2 de la loi du 10 août 1917, seuls sont maintenus dans le Service de santé les dentistes diplômés et les mécaniciens-dentistes; ils doivent y être employés au mieux des intérêts du service. (*Officiel du 18 décembre 1917.*)

19206. — M. Jacquier, député, demande à M. le Ministre de la Guerre s'il ne serait pas possible d'accorder aux médecins et pharmaciens auxiliaires du service auxiliaire l'autorisation de poursuivre leurs études et de prendre des inscriptions lorsque leur service, dans une ville de Faculté, le permet. (*Question du 28 novembre 1917.*)

Réponse. — Le Département de l'Instruction publique a accordé le droit de prendre des inscriptions aux étudiants versés dans le service auxiliaire pour blessures de guerre ou maladie contractée au front et maintenus dans cette position à la suite de la contre-visite obligatoire prévue à l'article 3 de la loi du 17 août 1915. (*Officiel du 27 décembre 1917.*)

LES FOURNITURES DENTAIRES ET LES PROHIBITIONS D'IMPORTATIONS

L'exportation de l'or d'Angleterre et des Etats-Unis ayant été interdite, la Fédération dentaire nationale s'est préoccupée des

conséquences que peut avoir cette interdiction et a adressé la lettre suivante au Ministre des Finances.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.).

Paris, le 15 décembre 1917.

Monsieur le Ministre,

La Fédération Dentaire Nationale, qui groupe pour la défense des intérêts professionnels la plupart des chirurgiens-dentistes français, vient appeler respectueusement votre attention sur les difficultés qu'occasionne la disette d'or pour l'exercice de l'art dentaire.

En effet, pour certains travaux spéciaux particulièrement délicats et notamment pour certaines restaurations maxillo-faciales ou dentaires et pour de nombreux appareils de prothèse intéressant des blessés de guerre, l'or est le seul métal qui puisse être employé en raison de ses qualités particulières : il nous est impossible actuellement de trouver ce métal précieux chez nos fournisseurs spéciaux ou même chez les affineurs.

Nous savons que l'interdiction de la sortie des métaux précieux décidée aux Etats-Unis et en Angleterre a eu pour conséquence de réduire dans une très forte proportion les disponibilités d'or en France. Mais, d'autre part, nous nous permettons de vous signaler que les besoins de notre profession sont relativement minimes par rapport à ceux de la bijouterie et de certaines industries de luxe. Il suffirait certainement que quelques kilogs d'or soient mis chaque mois à la disposition des dentistes pour que notre profession puisse s'exercer au plus grand avantage des malades et des blessés.

Nous venons vous demander en conséquence, Monsieur le Ministre, d'examiner s'il ne vous serait pas possible de donner des instructions aux services répartiteurs compétents pour qu'une quantité d'or à déterminer soit chaque mois réservée *spécialement* à notre profession et que les recommandations utiles soient faites pour son attribution aux affineurs et fournisseurs spéciaux.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour vous fournir tous renseignements complémentaires que vous jugerez utiles.

Nous sommes certains que vous accueillerez avec bienveillance notre réclamation, à laquelle il nous semble facile de donner satisfaction dans l'intérêt général, puisqu'elle intéresse directement la santé publique et nos militaires blessés.

Veillez agréer, etc.

Le Secrétaire général,
G. VILLAIN.

Le Président,
A. BLATTER.

Le Président d'honneur,
CH. GODON.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

La distribution des récompenses aux lauréats de l'École dentaire de Paris des années 1914, 1915 et 1916, qui, en raison des circonstances, n'avait pas eu lieu jusqu'à présent, a été faite le 14 décembre dans l'intimité en présence des membres du Bureau, à 9 heures du matin à l'École, en même temps qu'aux lauréats de 1917.

Le Directeur de l'École, M. Godon, a prononcé une allocution dans laquelle il a dit que les événements n'avaient pas permis de tenir la séance annuelle de distribution des récompenses, la plupart des membres du corps enseignant et des élèves ayant été mobilisés lors de la déclaration de guerre. Mais la guerre se prolongeant, le Conseil d'administration a estimé qu'il ne pouvait pas plus longtemps priver les lauréats qui ne sont pas dans ce cas, des récompenses qu'ils avaient obtenues.

Peu nombreux, a-t-il ajouté, sont les étudiants qui ont pu se rendre à la séance ; les besoins de la défense nationale retiennent les autres sous les drapeaux. Le tableau d'honneur apposé à l'École témoigne que beaucoup d'entre eux ont fait vaillamment leur devoir. Il leur envoie à tous le salut de l'École et adresse un hommage et un souvenir ému à ceux qui sont tombés glorieusement en combattant pour la sauvegarde du sol sacré de la patrie.

Il excuse le personnel enseignant absent, qui est aux armées et rend les grands services que l'on connaît.

Le secrétaire général, M. G. Villain, a donné lecture du palmarès.

Puis le directeur-adjoint, M. Blatter, a remis aux lauréats, en leur adressant des félicitations, les diplômes, les médailles habituelles et le prix Lecaudey.

PALMARÈS

SCOLARITÉ 1913-1914.

3° Année.

Médaille de vermeil : M. Vitalis. — **Prix Lecaudey.**

id. d'argent : Rogeon.

id. de bronze : M^{lle} Kestanian.

Mention : M. Mousis.

• 4° Année (de perfectionnement).

Médaille d'argent : M. Verschueren.

Diplômés.

3^e Année.

Maximum des points : 944.

MM. Vitalis.....	998 1/2
Rogéon.....	963 1/2
M ^{lle} Kestanian.....	933
MM. Mousis (Albert)	932
Kremer.....	766
Zographos....	736
Brun.....	728 1/2
de Botton....	707 1/2
M ^{lle} Koch (Hélène).	682 1/2
MM. Persaki.....	636 1/4
Louizidès....	635

4^e Année.

Maximum des points : 912.

MM. Verschueren...	972 1/2
Lefrançois....	860
Wakim.....	689
Caramanos....	664 1/2
Staïcovici....	652 1/4
Mihranian....	651 3/4
Aelianos.....	609 1/4

SCOLARITÉ : 1914-1915.

3^e Année.Médaille de vermeil : M^{lle} Maréchal. — Prix Lecaudey.4^e Année.

Médaille de vermeil : M. S. Bayao.

Diplômés. — 3^e Année.*Maximum des points* : 1080. — *Minimum* : 542.

M ^{lles} Maréchal.....	1007 1/2	M ^{lle} Capitain.....	840 1/2
Berbesson....	962	Sage.....	833
Davidsohn... \	953 1/2	M. Justrich.....	832
M. Basseur.....	951	M ^{lle} Cottarel.....	795
M ^{lles} Marouzé.....	947 1/2	MM. Azouvy.....	782
Nissim.....	926 1/2	Kappas.....	762
M. Bruant.....	918	M ^{lle} Atamiam Ma-	
M ^{lles} Rondepierre..	917	croubie ...	728
Douilly.....	908	M. Ippiotis.....	670 1/2
M. Combes.....	904 1/2	M ^{lle} Atamian Marie	634 1/2
M ^{lle} Lévy.....	886 1/2	M. Blémant.....	590

4^e Année.*Maximum* : 1020. — *Minimum* : 442.

MM. S. Bayao....	1008 1/2	MM. Constantinidès.	680
Grabrielides..	858	Vitalis (Basile).	632
Economos....	858		

SCOLARITÉ : 1915-1916.

3^e Année.Médaille de vermeil : M^{lle} Delarbre. — Prix Lecaudey.
id. d'argent : M^{lle} Grand.

Diplômés. — 3^e Année.*Maximum des points : 1040. — Minimum : 522.*

M ^{lles} Delarbre	958	MM. Blanc (Léon)	850
Grand	947	Mimicou	832
M. Lévy	923	M ^{lle} Cernéa	803
M ^{lles} Sénac	916	M. Tchemobilsky	735
Drossner	880	M ^{lle} Atamian Haïgamouche .	735
MM. Vimon	868	M. Hamptartzoumian .	732
Mansoutre	862	Desbrosses	731
M ^{lle} Blanc (Marie)	860	M ^{lles} Koch (Fernande) . . .	728

4^e Année.*Maximum des points : 960. — Minimum : 482.*

MM. Guerrero	788	<i>Session d'octobre.</i>	
Azais	820	M. Bello (Alexand.) .	798
Caravatakis	682	M ^{me} Poulis	791 1/2
		M. Papacharalampous .	713 1/2

SCOLARITÉ. — 1916-1917.**Diplômés. — 3^e Année.***Maximum des points : 1020. — Minimum : 512*

M ^{lles} Piedallu	834	M ^{lles} Georgiadès	720
Ribeyre	765	Blumenfeld	650
Morel	744	M. Prigogine	624

4^e Année.*Maximum des points : 920. — Minimum : 462.*

M. Benforado	652	M ^{lle} Toressian	548
------------------------	-----	--------------------------------------	-----

**STATISTIQUE DES MILITAIRES TRAITÉS
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.****(Dispensaire militaire 45 et Comité de secours)**

De décembre 1916 à décembre 1917 l'École dentaire de Paris a reçu 29.030 militaires au Dispensaire et au Comité de secours.

Il y a été effectué 327.431 interventions, se décomposant en : 317.962 opérations diverses et 9.469 appareils.

Ces travaux ont nécessité 98.693 visites.

Services. <i>Blessés.</i>	Militaires soignés	Visites	Opérations	Appareils
Dispensaire militaire 45 et hôpitaux divers. } <i>Militaires malades dentaires.</i>	1.931	40.539	67.643	3.090
Dispensaire militaire 45 et services extérieurs hôpitaux, usines, équipes volantes. }	27.099	58.154	220.320	6.379
Totaux :	29.030	98.693	287.963	9.469

*
*
*

Depuis la déclaration de guerre l'École dentaire de Paris a reçu 42.781 militaires au Dispensaire et au Comité de secours.

Il y a été effectué : 573.600 interventions, se décomposant en : 551.938 opérations diverses et 21.662 appareils.

Ces travaux ont nécessité 203.561 visites.

Les chiffres pour chaque service, depuis l'ouverture, sont les suivants :

Services <i>Blessés.</i>	Militaires soignés	Visites	Opérations	Appareils
Dispensaire militaire 45 et hôpitaux divers. } <i>Militaires malades dentaires.</i>	3.581	59.898	80.473	4.412
Dispensaire militaire 45 et services extérieurs hôpitaux, usines, équipes volantes. }	39.200	143.693	431.465	17.250

En résumé, depuis le début des hostilités il a été soigné à l'École dentaire de Paris dans ses services du Dispensaire et du Comité de secours 42.781 militaires, représentant 203.591 visites, pendant lesquelles 551.938 opérations ont été effectuées et 21.662 appareils posés.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous apprenons avec plaisir les citations suivantes :

ALEXANDRE (Paul), étudiant à l'Ecole dentaire de Paris, brancardier de 1^{re} classe du groupe de brancardiers divisionnaires.

« Brancardier-infirmier intelligent et courageux, s'était déjà distingué pendant les opérations de décembre 1916, a fait preuve les 20 et 21 août 1917 du plus grand dévouement en donnant nuit et jour sous le bombardement les meilleurs soins aux blessés ».

Ordre du Service de santé de la 126^e division d'infanterie. — Croix de guerre.

GAULT (Léon-Ernest), classe 1902, dentiste militaire au 212^e régiment d'infanterie.

« Au front depuis le début de la campagne, avait acquis des titres sérieux comme combattant. A, comme dentiste régimentaire, assuré son service dans les postes avancés avec un grand dévouement et malgré des conditions très pénibles en particulier pendant la période de juillet à novembre 1917 ».

Ordre du régiment n^o 358, du 24 novembre 1917. — Croix de guerre.

ROGEON (Théophile-Julien), dentiste militaire au G. B. D. 17.

« Mobilisé le 2 août 1914, a fait preuve en maintes circonstances comme brancardier d'un courage et d'un sang-froid absolus. Au lendemain de la mort d'un médecin auxiliaire, d'un pharmacien auxiliaire et de l'évacuation d'un autre médecin auxiliaire, s'est offert spontanément pour aller aux postes avancés remplacer ses camarades disparus, alors que rien ne l'y obligeait. Du 8 mai au 4 juin sous les bombardements les plus violents, payant constamment de sa personne, a donné à tous le plus bel exemple d'énergie et de dévouement ».

Ordre de la division du 23 juin 1917. — Croix de guerre.

Nous adressons à tous nos félicitations.

NÉCROLOGIE

D^r Cruet.

On annonce la mort, à l'âge de 70 ans, du D^r Ludger Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien directeur de l'École française de Stomatologie et directeur de la *Revue de Stomatologie*, décédé dans son domicile, avenue Montaigne, le 6 janvier.

Il avait succédé à Magitot dans la direction de cette Revue.

On sait le rôle important qu'il a joué en s'efforçant toujours d'opposer l'Odontologie à la Stomatologie qu'il défendit dans des polémiques passionnées et constantes. Il voulut donner corps à ses idées en fondant, rue Dauphine, l'École française de Stomatologie.

Vers la fin de sa carrière il avait néanmoins fait quelques concessions à la suite du décret de 1909 et avait accepté en 1910, concurremment avec notre directeur M. Godon, la vice-présidence de la Section dentaire au Congrès international d'hygiène scolaire de Paris en 1910. Il avait de même participé au Congrès dentaire inter-alliés de 1916 et apporté son concours entier à l'*Aide confraternelle*, œuvre d'assistance à tous les dentistes sans distinction, dans laquelle il avait accepté la vice-présidence.

Ses obsèques ont eu lieu le mercredi 9 janvier à 2 heures et demie ; l'inhumation s'est faite au cimetière Montparnasse sans fleurs ni couronnes.

MM. Godon, Blatter, G. et H. Villain assistaient à ses obsèques.

D^r Capdepont.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère le D^r Bernard Capdepont décédé le 23 décembre à l'âge de 50 ans.

Il est l'auteur de nombreux travaux de valeur, estimés dans la profession.

Il était né à Gaujacq (Landes), en 1867 ; il était fils d'un colonel. Il fit ses premières études au collège de Dax, puis vint à Paris faire sa médecine.

Il s'adonna entièrement à notre spécialité et, grâce à son intelligence et à son travail, il y conquist rapidement une place prépondérante.

Arrivé premier au concours des dentistes des hôpitaux de Paris en 1902, il donna surtout la mesure de sa valeur dans ses communications à la Société de Stomatologie.

Il a publié une série de travaux, dont les plus remarquables sont :

Considérations anatomiques et pathologiques sur le suc folliculaire.

De la folliculite expulsive des nouveau-nés.

Pathogénie des accidents de dents de sagesse.

Pour servir à l'histoire de la décalcification.

Considérations sur la formation radiculaire et sur l'éruption de la dent, etc., etc.

Parmi ses travaux il convient de noter particulièrement ses *Etudes critiques sur l'érosion dentaire*, qui ont établi de façon indiscutable la pathogénie et l'anatomie pathologique de cette affection au point que le nom de Capdepont restera définitivement attaché à l'étude de l'érosion dentaire.

A coter également ses idées sur l'embryologie et l'histologie de la dent.

Il présida successivement la Société de Stomatologie de Paris et la Société des dentistes des hôpitaux.

Frère du général de même nom, Capdepont était parti aux armées dès le début de la campagne. Chevalier de la Légion d'honneur, c'est comme médecin-major de 2^e classe attaché au Service de Stomatologie du Val-de-Grâce qu'il est mort, laissant des regrets à tous ceux qui l'ont connu.

En sa qualité de collaborateur du médecin-major Frey au Val-de-Grâce nous avons eu l'occasion d'apprécier son urbanité et sa parfaite courtoisie, qui laisseront de sincères regrets à tous ceux qui l'ont connu.

Ses obsèques ont eu lieu le 26 décembre, MM. Godon, Blatter, Roy, Viau, G. Villain y représentaient les Services militaires de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à la famille du défunt nos sincères condoléances.

Maurice[™] Levett.

Au moment de mettre sous presse nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. Levett, doyen des professeurs de l'Ecole dentaire de Paris.

La nécessité du tirage nous oblige à ajourner à notre prochain numéro la notice que nous tenons à consacrer à celui qui fut le maître de la plupart de nos générations de chirurgiens-dentistes.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre collègue et collaborateur Raymond Lemièrre, médecin aide-major de 1^{re} classe, chef du Centre de prothèse maxillo-faciale de la 3^e région, à Rouen, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

On se rappelle que, médecin aide-major de 2^e classe au 228^e régiment d'infanterie au début de la campagne, il avait été blessé à la jambe gauche au combat d'Origny-Ste-Benoîte en août 1914, fait prisonnier et interné en Allemagne.

Rapatrié avec le personnel sanitaire en 1915, il avait reçu la Croix de guerre.

Nous sommes particulièrement heureux de cette nomination et nous adressons au D^r Raymond Lemièrre nos vives félicitations.

Mariage.

Le mariage de M^{lle} Yvonne Hemardiquer, fille de M. Hemardiquer, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Charles Wormser a eu lieu dans l'intimité le 10 décembre 1917.

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

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 13 janvier 1918, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1^o Communications :

M. le M. M. Pont : « Rôle du Chirurgien et du Prothésiste dans les mutilations de la face ». — Présentation de blessés.

M. Jeay : Causerie sur l'arrêté ministériel du 22 mai 1917 réglementant l'emploi des substances vénéneuses et leur prescription par le chirurgien-dentiste.

2^o Incidents de la pratique journalière :

M. G. Villain : Les majorations des fournitures et du matériel professionnel et les Assurances personnelles et incendie.

3^o Questions diverses.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA CONSERVATION ET DE L'UTILISATION DES BRIDES CICATRICIELLES DANS LES PERTES DE SUBSTANCE ÉTENDUES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

PAR

GERNEZ

Médecin-Major
Chirurgien de Secteur

LEMIÈRE

Médecin Aide-Major
Conseiller technique de Stomatologie
3^e RégionChefs de Service du Centre
de Chirurgie et de Prothèse Maxillo-Faciales
de la 3^e Région, à Rouen

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris,
16 décembre 1917.)

Nous nous trouvons actuellement assez souvent en face de lésions du maxillaire inférieur, avec perte de substance étendue, tant du côté des parties molles que de l'os.

On peut essayer aujourd'hui de discuter la thérapeutique qui convient à ces lésions, d'après les résultats bons ou mauvais acquis par les diverses méthodes employées.

Avant 1914, certains chirurgiens avaient une grande expérience des pertes de substance génienne et des hémirésections du maxillaire inférieur ; la question était jugée dans l'un et l'autre cas. Le sacrifice des parties molles de la région génienne pour tumeur ou bride cicatricielle commandait une autoplastie immédiate avec surface tégumentaire intra et extra-buccale, il s'agissait avant tout d'éviter la constriction cicatricielle des mâchoires après l'intervention.

Dans les hémirésections pour néoplasmes péri-mandibulaires, la question fonctionnelle était du fait de la nature du néoplasme reléguée au second plan ; seule la question

de la prothèse immédiate se discutait dans les sarcômes du maxillaire opérés au début, ou dans les épithéliomas adamantins n'ayant pas envahi les téguments.

Aujourd'hui un nouveau problème s'est posé en face de faits nouveaux ; nous confinant sur le terrain pratique des faits, nous exposerons les résultats de notre expérience personnelle dans le traitement des pertes de substance étendues du maxillaire inférieur et des parties molles périphériques.

Il faut apporter des faits dans l'étude de ces questions toutes nouvelles ; plus tard, la synthèse s'effectuera par comparaison entre les pratiques différentes.

La Réparation naturelle.

Si l'on examine un vaste délabrement de la face, quelques mois après la date de la blessure, on observe que le tissu cicatriciel formé pendant la réparation naturelle de la perte de substance constitue une véritable sangle réunissant les fragments osseux et les bords des plaies tégumentaires.

On peut en général y considérer, au point de vue topographique deux parties : (Voir figure 1).

1° — *Une partie cutanée ou superficielle.*

2° — *Une partie muqueuse ou profonde.*

La première se forme aux dépens de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

La seconde se forme aux dépens de la muqueuse et de ce qui reste des muscles et des aponévroses.

C'est un bloc de tissu conjonctif qui s'épithélialise des deux côtés (cutané et muqueux) comblant la perte de substance et subissant la rétraction secondaire.

Ce travail de réparation, que la nature médicatrice vient elle-même édifier, devons-nous le respecter, ou devons-nous nous opposer à sa formation comme il était jadis de règle ? (Prothèse immédiate de Claude Martin).

Lorsque le tissu cicatriciel est formé, faut-il l'enlever au cours des opérations plastiques ? Faut-il le conserver en

totalité ou en partie? Faut-il simplement le débrider au moyen d'appareils appropriés?

Telles sont les questions que le chirurgien et le spécialiste ont souvent à résoudre.

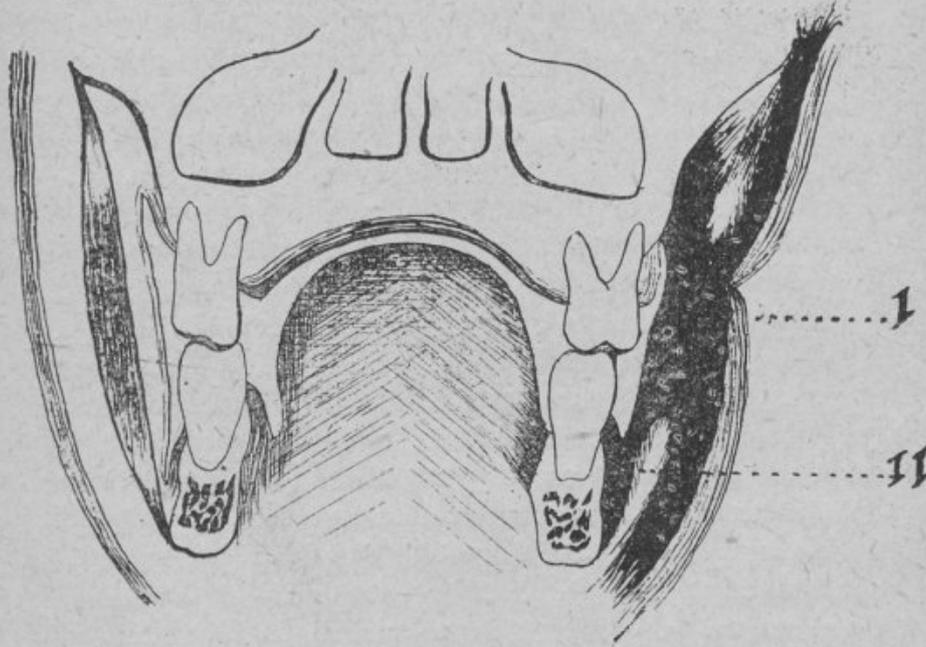


Fig. 1. — I. Tissu cicatriciel cutané. — II. Tissu cicatriciel profond.

Disons tout de suite que, devant les heureux résultats obtenus dans un certain nombre de cas, nous aurions tendance à adopter comme principes généraux, dans la thérapeutique des pertes de substance étendues, la suppression de la couche cicatricielle, son remplacement par la peau saine et l'utilisation systématique de la couche cicatricielle profonde.

Direction du processus de cicatrisation.

Voici comment nous procédons¹ :

1. Notons que nous ne considérons ici que les pertes de substance très étendues, et pour lesquelles la consolidation osseuse par greffe est considérée actuellement comme impossible.

Les progrès réalisés par cette thérapeutique, notamment par M. Delage-

Lorsque le blessé, atteint de vaste délabrement de la face, nous arrive directement des Armées, la plaie est nettoyée chirurgicalement, les esquilles mobiles sont enlevées, ainsi que les dents luxées ou fracturées.

Dès cette période du traitement, il importe de se rendre compte très exactement de l'étendue des lésions osseuses.

Le malade sera donc radiographié¹ et on devra examiner :

1°. — Si, la perte de substance osseuse étant minime, on peut espérer la consolidation en position normale,

2°. — Si, la perte de substance étant assez importante, la consolidation peut être obtenue, en position anormale, avec prothèse atypique ou par greffe ostéo-périostée.

3°. — Si, la perte de substance étant considérable, il n'y a pas d'espoir de consolidation.

Dans ce dernier cas, que nous considérons seul dans cet article, il y a intérêt à laisser la réparation se faire naturellement. Il faut savoir attendre, ne pas se presser : des semaines, des mois seront nécessaires.

Peu à peu, à l'extrémité mobile des fragments, que l'on constate au début, succèdera une tension plus grande des tissus et même quelquefois un travail de réparation osseuse inespéré pourra se produire.

Cette période d'attente, si elle est inactive, ne doit pas rester sans surveillance ; à mesure que se limitent les mouvements des fragments mandibulaires, il faut se livrer à des examens répétés, au cours desquels on décidera de sectionner ou de dilater, au moyen de poids lourds, certaines brides muqueuses qui peuvent entraver la stabilité du futur appareil. Il faut se rendre compte de l'étendue des mouvements que peut accomplir séparément chacun des fragments, dans le sens antéro-postérieur, dans le sens latéral-interne, dans le sens latéral-externe, dans le sens de l'élévation et dans le sens de l'abaissement.

nière, permettent d'espérer que ses indications pourront bientôt s'étendre à toutes les pertes de substance quelle que soit leur étendue.

1. Voir la méthode de radio-stéréographie présentée au Congrès dentaire inter-alliés, 1916, par Gernez et Lemièrè.

Au cours de ces examens, le plan du futur appareil sera esquissé, on comprendra quels adjuvants utiles peuvent constituer les sangles cicatricielles que l'on aura conservées et combien leur rôle, même passif, pourra contribuer à la synergie du nouvel appareil de la mastication.

Des appareils partiels, à action limitée, seront parfois placés; ils auront en outre pour but d'accoutumer le patient au port d'une prothèse plus volumineuse. La tolérance de l'appareil définitif sera ainsi grandement facilitée.

Il sera parfois nécessaire, si l'état général du patient le permet, de fixer, en occlusion continue (bouche fermée), les fragments mandibulaires.

Les brides cicatricielles qui se forment alors seront nécessairement bien dirigées et, lorsque les gouttières seront enlevées après une période de quelques semaines, on constatera souvent que la réduction est obtenue et même parfois que les appareils de maintien (bielles ou guides) ne sont pas nécessaires.

Lorsque des semaines et même des mois se sont écoulés et que le travail de cicatrisation peut être considéré comme achevé, les tissus cicatriciels présentent alors, dans leurs parties profondes, les dispositions générales suivantes que l'on peut désigner sous trois formes: (Voir figure 2).

Anatomie pathologique.

Les brides inter-fragmentaires.

Les brides inter-mandibulo-tégumentaires.

Les brides inter-maxillaires.

1° *Les brides inter-fragmentaires:*

Nous entendons par brides inter-fragmentaires les brides cicatricielles étendues qui réunissent entre eux les bords des fragments mandibulaires et qui occupent la place de la perte de substance osseuse.

2° *Les brides inter-mandibulo-tégumentaires:*

Nous entendons par brides inter-mandibulo-tégumentaires les brides situées entre les bords des fragments

mandibulaires et les téguments voisins (joue et langue).
 3° *Les brides inter-maxillaires :*

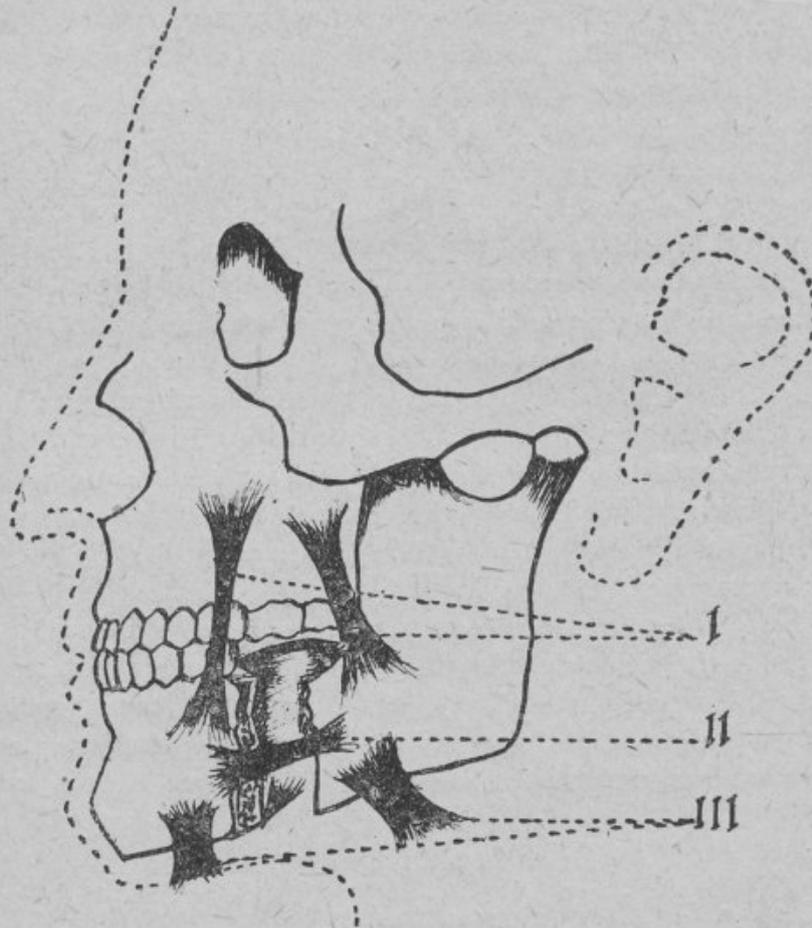


Fig. 2. — I. Brides inter-maxillaires. — II. Bride inter-fragmentaire. — III. Brides inter-mandibulo-tégumentaires.

Nous entendons par brides inter-maxillaires les brides qui réunissent les fragments de la mandibule aux téguments avoisinant le maxillaire supérieur.

Physiologie pathologique.

Examinons chacune de ces trois variétés de brides cicatricielles et le parti que l'on en peut tirer au point de vue thérapeutique.

1° *Les brides cicatricielles inter-fragmentaires :*

Il y a tout intérêt à les conserver. Elles s'opposent à la projection exagérée en avant du fragment antérieur.

Dans certain cas cependant, il y aura lieu de sacrifier leur portion la plus superficielle, afin de permettre la mise en place de l'appareil. Souvent en effet, lorsque le fragment antérieur est ramené en position normale au moyen d'une bielle, ces brides inter-fragmentaires peuvent se tendre comme une corde et expulser la base de l'appareil.

2° *Les brides mandibulo-tégumentaire.*

Elles sont situées entre la mandibule et les joues et entre la mandibule et la langue, ou le plancher de la bouche, et doivent être supprimées. Elles entravent généralement les mouvements de la langue, gênent la phonation et la déglutition.

Il faudra respecter cependant les brides de la région antérieure qui tendraient à empêcher la déglutition de la langue ou maintiendraient une lèvre inférieure incontinent.

Dans tous les cas, les faces labiales et linguales du bord alvéolaire du maxillaire inférieur doivent être libérées sur une étendue permettant l'adaptation des appareils. La section suivie de l'application immédiate de dilatateurs à ressorts ou à poids lourds constitue le procédé de choix.

3° *Les brides cicatricielles inter-maxillaires.*

Elles doivent être respectées. Leur longueur doit être suffisante pour permettre des mouvements d'abaissement compatibles avec la préhension normale des aliments.

Il y aura donc lieu, pendant la période de surveillance, d'allonger ces sortes de brides au moyen de l'extension continue ou de poids lourds ou même de les réséquer partiellement.

Il y a un grand intérêt à déterminer exactement la longueur qu'elles doivent présenter. Leur longueur « optima » doit être telle qu'elle permet une ouverture de la bouche suffisante pour la préhension des aliments, mais assez courte cependant pour qu'en conclusion elle limite la propulsion en avant déterminée par la bielle. De la sorte, la

mandibule se trouve du côté lésé soutenue par deux éléments combinés : 1° l'un naturel : la bride ; 2° l'autre artificiel : la bielle, qui contribuent au même but : rétablir l'occlusion et empêcher la béance unilatérale ¹.

Description de l'intervention chirurgicale.

Nous avons vu qu'elle devait être la direction du travail de cicatrisation : la conservation et l'utilisation des brides muqueuses.

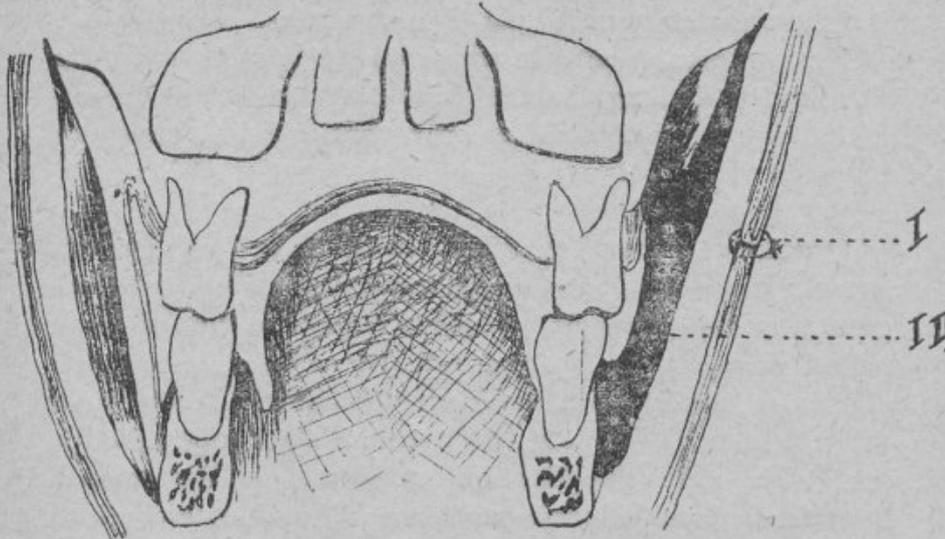


Fig. 7. — I. Suture de la peau après libération de la bride superficielle cicatricielle. — II. Bride cicatricielle profonde, respectée.

Voyons maintenant à quel moment l'intervention chirurgicale doit être tentée et en quoi elle consiste :

Epoque de l'intervention.

Dans les vastes délabrements osseux, pour lesquels *a priori* nulle greffe ne peut être tentée, il n'y a pas intérêt à faire trop tôt l'intervention chirurgicale. Il faut attendre avant tout la cicatrisation des surfaces infectées, des semaines, des mois.

¹. Voir, au sujet des diverses variétés de bielles, les articles de G. Villain dans l'*Odontologie* et les comptes rendus du Congrès inter-alliés, 1910.

Dans les cas d'intégrité relative du squelette, on peut faire plus tôt l'intervention cutanée.

Technique de l'intervention. (Voir figure 3).

L'intervention chirurgicale sera simple, la cicatrice cutanée se présente généralement sous une forme étoilée, sa partie centrale est fortement ombiliquée. Les branches constituent de profonds sillons à bords arrondis et dont le fond, formé de tissu cicatriciel proprement dit, adhère fortement à la couche muqueuse profonde. L'intervention consistera à faire, pour chaque partie de la cicatrice, des autoplasties successives par glissement. Il conviendra :

1° De libérer la peau attenante aux sillons, de la disséquer sur une étendue plus ou moins grande suivant l'étendue de la perte de substance ;

2° De rapprocher par glissement les bords ainsi disséqués et de les suturer entre eux.

Nous ne traiterons pas ici de la question très importante des fistules salivaires, complication fréquente de ces plaies étendues.

Conclusions.

Tels sont les principes généraux que nous avons ordinairement admis dans le traitement des vastes délabrements du maxillaire inférieur.

Nous sommes loin de vouloir les proposer comme règles absolues, mais il nous a paru intéressant de décrire les néoformations cicatricielles de ces régions et de montrer ensuite combien, associées aux dispositifs mécaniques, elles peuvent être d'utiles adjuvants de la restauration fonctionnelle.

Il faut avouer cependant que les résultats très lointains de cette thérapeutique nous sont inconnus, l'entretien des appareils, les modifications qui peuvent se produire dans l'appareil dentaire et dans les cicatrices, obligent les blessés à rester sous la surveillance constante d'un centre régional.

Nous avons lieu d'espérer que, par suite des progrès

considérables obtenus dans la technique des greffes ostéo-périostées, les indications de ces dernières deviendront de plus en plus fréquentes et permettront une restauration plus parfaite de ces graves lésions.

Obs. n° I, **in extenso** prise par M. le dentiste militaire Leclerc.

Le M.... François, entré au centre maxillo-facial le 4 octobre 1916.

Blessé le 5 septembre 1916, au Bois-Etoilé, par balle.

Entrée : région moyenne du masséter droit.

Sortie : région moyenne du bord postérieur du masséter gauche.

Les lésions sont les suivantes (Voir figures 4 et 5).



Fig. 4 (A). — Etat du blessé à son arrivée un mois après sa blessure avec les lésions suivantes : 1° Perte de substance de la branche montante et de la branche horizontale jusqu'à G5 ; 2° Perforation palatine intéressant le tiers postérieur ; 3° Perte du bord gauche et de la moitié antérieure de la langue ; 4° Perte de la région centrale de la joue gauche ; 5° Fistule sous-maxillaire drainée par des crins.

Fracture comminutive du maxillaire inférieur gauche région angulaire et branche montante.

Perte de la branche montante et de l'extrémité postérieure du corps jusqu'à G5.

Perforation de la voûte palatine dans son tiers postérieur.

Perte de la partie antérieure de la langue et du bord gauche.

Délabrement de la joue gauche, cicatrice de la joue gauche et du pli labio mentonnier.

Déviatlon linguale du fragment gauche lc/m.

17 octobre. — Examen.

20 octobre. — Ablation d'esquille représentant la moitié du bord alvéolaire vestibulaire de G6, G7.

Extraction de racine de molaire inférieure gauche.

24 octobre. — Ablation d'esquille de lc/m à l'angle gauche.

2 novembre. — Ablation d'esquilles multiples de la région angulaire gauche et de la branche montante.

15 novembre. — La suppuration est presque complètement terminée. Sialorrhée.

23 novembre. — Empreinte témoin (Voir figure 5).

27 novembre. — Essai de réduction par ligature et élastique.

29 novembre. — Moulage de la face. La suppuration est complètement arrêtée.

L'orifice de la perforation jugale est réduite à 5 m/m.

1^{er} décembre. — Poids lourds pour extension d'une bride de la joue

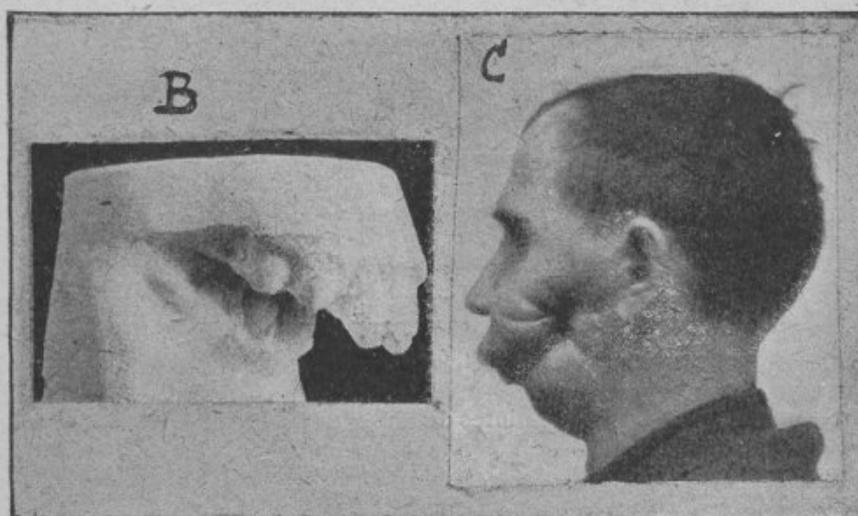


Fig. 5 (B). — Empreinte témoin donnant de profil l'état de l'articulation dentaire. Rétrognathisme du fragment antérieur (2 cm).

Fig. 6 (C) — Formation des brides cicatricielles superficielles cutanées : cicatrices étoilées à sillons profonds dont les bords seront disséqués et suturés au moment de la génoplastie.

placée au niveau du masséter gauche et dirigée du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur.

3 décembre. — Photographie (Voir figure 6).

8 janvier. — Massage vibratoire. L'ouverture buccale qui était jusqu'alors de 5 m/m a atteint en trois semaines 21 m/m.

18 janvier. — Réduction par ligature de G1, G2, G3, g3, g4, g5, et élastique. Empreintes haut et bas.

27 janvier. — La réduction est totalement obtenue.

Pose des gouttières supérieures et inférieures.

30 janvier — Stéréo-radiographie (Voir figure 6 bis).



Fig. 6 bis.

28 février. — Massages, pointes de feu pour les gencives fongueuses et tuméfiées.

2 mars. — Pointes de feu.

10 mars. — Débridement cicatriciel de la joue et autoplastie de la joue.

6 avril. — L'obturation de la joue est complète. L'alimentation solide est conseillée, la mastication étant possible, la salivation moins abondante.

23 avril. — Les gencives redeviennent fermes et saines avec la mastication.

L'état général s'améliore considérablement.

1^{er} mai. — La perforation palatine s'est réduite spontanément à 1 m/m.

31 mai. — Extraction de G6, G7, G8.

10 juin. — Empreintes haut et bas. Enlèvement des gouttières.

14 juin. — Essai d'appareil. Depuis que les gouttières sont enlevées,

l'écoulement de la salive diminue notablement. La réduction se maintient très facilement avec un seul élastique, mais étant donnée la perte de substance assez importante, la déviation du fragment à gauche et en arrière se produit automatiquement. Une bride cicatricielle de la joue s'est formée (Voir figure 7).

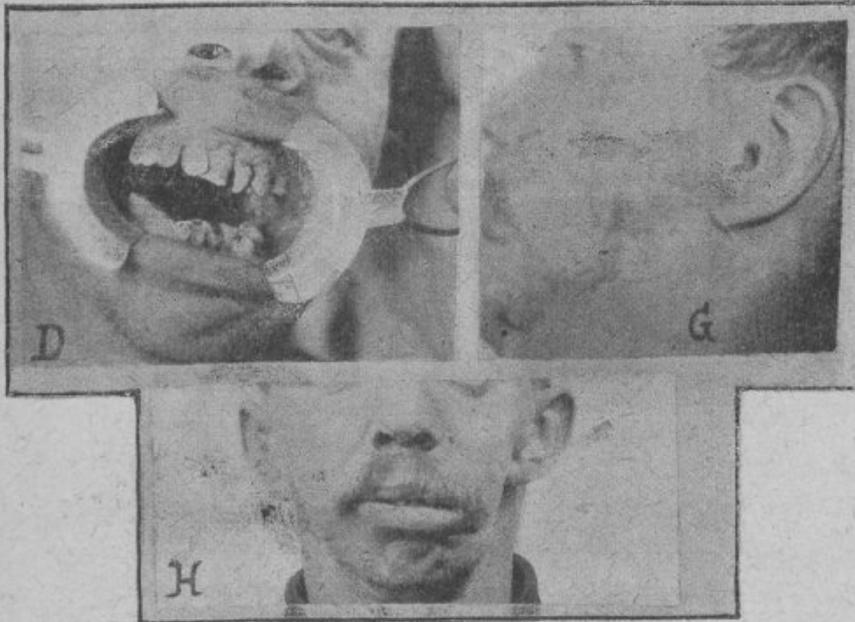


Fig. 7 (D). — Cette figure montre imparfaitement la bride cicatricielle profonde inter maxillaire dont la présence facilitera grandement l'extraction de la bielle.

Fig. 9 (G). — Etat de la joue après l'autoplastie. La souplesse des téguments permettra de pratiquer soit une greffe graisseuse, soit une greffe ostéo-périostée.

Fig. 10 (H). — Le même, vu de face.

15 juin. — Extraction de D6, D7.

20 juin. — Pose d'un appareil de dépression pour écarter la bride de la joue gauche.

21 juin. — Un léger progrès est obtenu, ouverture 23 m/m.

27 juin. — La bride vestibulaire se dilate au point de laisser pénétrer le doigt dans le vestibule. Cette bride a une action contractante assez forte.

2 juillet. — L'élargissement du vestibule continue, le doigt passe aisément.

20 juillet. — L'élargissement de la partie postérieure du vestibule gauche est obtenu. Il permet l'ouverture plus grande de la bouche, facilitant la prise d'empreinte.

31 juillet. — Pose de bandes de leucoplaste pour tirer la lèvre supérieure à gauche et relever la lèvre inférieure.

2 août. — L'emplâtre à l'ektogan a déterminé l'irritation de l'épiderme.

15 septembre. — Placement d'un appareil à bielle coudée à gauche pour réduction et maintien (Voir figure 8).

20 septembre. — L'appareil à bielle donne des résultats satisfaisants (Voir figure 8 bis).

1° Suppression de l'incontinence salivaire ;

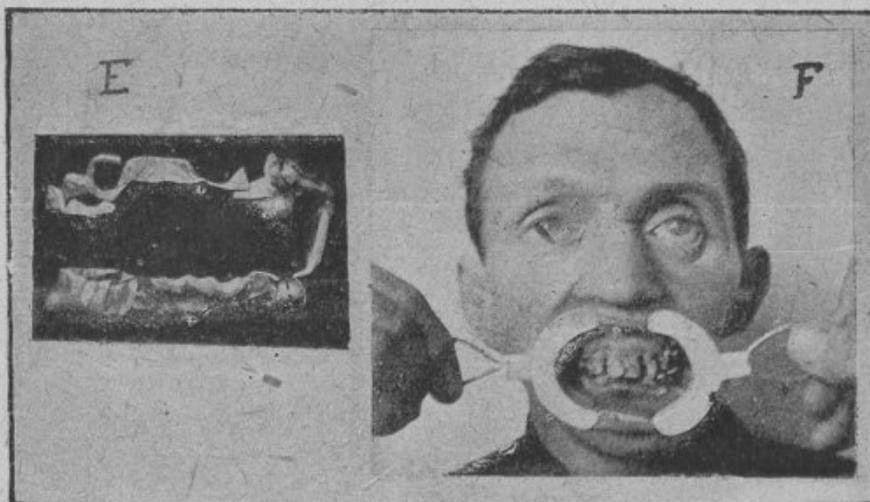


Fig. 8 (E). — Appareil à bielle coudée à 3 articulations et à butée supérieure, ayant eu pour résultat : 1° d'amener le fragment antérieur en occlusion normale ; 2° de rendre la mastication plus aisée ; 3° de supprimer l'incontinence salivaire et d'améliorer la prononciation.

Fig. 8 bis (F). — Occlusion normale obtenue par l'appareil de réduction (Bielle et bride cicatricielles).

2° Mastication rendue plus aisée ;

3° Parole plus facile.

30 septembre. — La réduction ne paraissant pas tout à fait exacte dans le sens antéro-postérieur, la butée de bielle, qui était horizontale, est placée plus obliquement en haut et devant en arrière (Voir figure 9).

5 octobre. — Les crochets en argent peu résistants sont remplacés par des crochets en or.

12 octobre. — Abscess dentaire de G4 racine palatine.

14 octobre. — Ouverture de l'abcès par voie radiculaire.

20 octobre. — Résorption complète de l'abcès. Les appareils bien stables sont bien supportés.

En novembre. — La mastication est améliorée.

Il subsiste une large dépression correspondant à la perte de substance (Voir figures 9 et 10). Une greffe graisseuse sera pratiquée prochainement.

A noter:

- 1° La date tardive de l'intervention chirurgicale, faite seulement après complet développement du tissu cicatriciel ;
- 2° La direction du travail de cicatrisation ;
- 3° L'amélioration fonctionnelle après la pose d'un appareil.

OBS. n° 2 *résumée.*

Le soldat Abderhamn Ben K....., blessé le 13 septembre 1916 à Cléry par éclat d'obus, arrivé le 15 septembre dans le service avec le diagnostic suivant :



Fig. 11.

Mutilation grave de tout le maxillaire inférieur de la région gingivale droite et de la région sus-hyoïdienne.

La cavité buccale est entièrement visible à travers la plaie de la joue.

La langue mutilée, la muqueuse tuméfiée, infectée et parsemée d'esquilles en voie d'élimination.

Irrigation continue.

La radiographie révèle une perte de substance intéressant presque entièrement les deux branches horizontales, entre g3 et g6 et G2 et entre g2 et d5 (Voir figure 11).

Les dents qui restent d7 et g7 ne peuvent assurer un maintien suffisant, on les réunit cependant par un appareil d'Angle et une fronde complète le maintien.

La photographie du montage prise en novembre montre la marche de la cicatrisation (Voir figure 12).

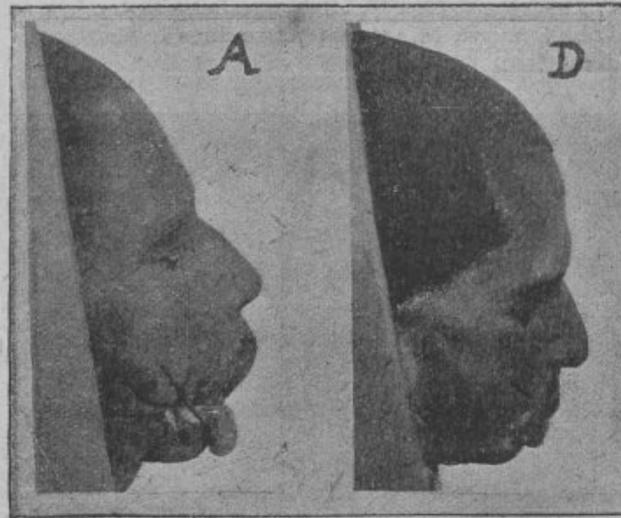


Fig. 12 (A). — Cicatrice étendue de la joue correspondant à la perte de substance. Lèvre incontinente (novembre 1916).

Fig. 15 (D). — Dernier moulage de la face. Restauration fonctionnelle.

Le 13 janvier, la cicatrisation a fait de grand progrès (Voir figure 13).

Le 19 mars, on pratique la cheiloplastie par dissection des bords et suture en deux plans (Voir figure 14).

Le 6 avril, on a constaté la consolidation de la fracture du côté gauche, mais le côté droit reste pseudarthrosé.

L'état général précaire de cet arabe ne permet pas de tenter l'occlusion continue.

La restauration restera donc uniquement prothétique et très imparfaite les élévateurs ont disparu et la fonction est loin d'être rétablie.

L'état général du malade exige son envoi sur un centre de réforme. Il part muni d'une prothèse ordinaire (Voir figure 15).

A noter :

1° La consolidation tout à fait inattendue du côté gauche

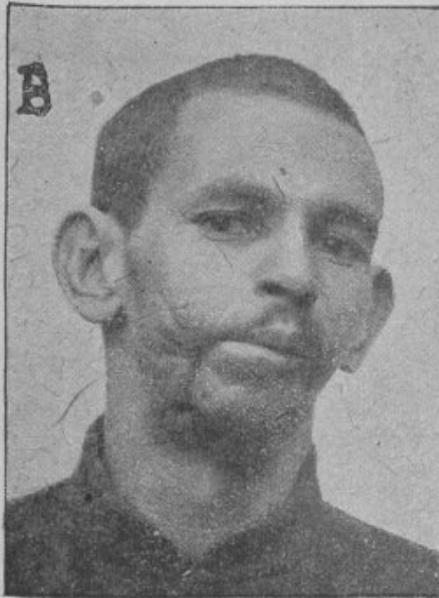


Fig. 13 (B). — Cicatrice étoilée. Lèvre incontinent (décembre 1916).
Fig. 14 (C). — Etat de la cicatrice cutanée dix jours après la génoplastie.
La lèvre est continente.



Fig. 16.

de la mandibule l'examen radiographique ne pouvant pas prévoir ce résultat ;

2° La perte des muscles éleveurs et par suite l'absence de toute contraction musculaire des éleveurs empêchent la pose d'une bielle ;

3° L'état de restauration fonctionnelle relative due presque uniquement au tissu cicatriciel.

Obs. n° 3 résumée.

Le soldat Gaulier Paul, blessé le 4 juillet 1916 par éclat d'obus, entré dans le service le 2 août.



Fig. 17 (A). — Vue latérale de l'appareil à bielle avec butée supérieure employée conjointement avec la bride.

Fig. 18 (B). — Le même, vu de face.

Fig. 19 (C). — Bride cicatricielle profonde utilisable.

Fig. 20 (D). — Occlusion presque normale obtenue par l'appareil.

Le projectile entré au niveau de la commissure droite reste inclus et fracture la branche horizontale entre d5 et d6 et entre g6 et g7, fracturant également les dents d4, d5, d6, d7, d8. D4, D5, D6, D7 (Voir figure 16).

$$\frac{D8, D7, D6, D5,}{d7, d6, d5, d4.} \quad | \quad g6, g7, g8.$$

On constate à son arrivée un trismus assez serré que l'on réduit par l'extension continue et secondairement par la section partielle d'une bride cicatricielle inter-maxillaire.

On constate à la radiographie une large perte de substance; on décide cependant de tenter la consolidation.

Le scellement des gouttières de maintien se fait le 2 septembre.

Le 13 janvier à l'enlèvement des gouttières, la mobilité existe toujours. Le scellement est fait à nouveau.

Le 2 mai, la consolidation n'est pas obtenue, on décide de faire un appareil masticateur à bielle avec butée supérieure (Voir figures 17 et 18) utilisant la bride cicatricielle (Voir figure 19). L'occlusion est presque normale (Voir figure 20).

La réfection cutanée a été faite le 14 octobre 1917.

A noter :

- 1° La résection partielle de la bride déterminant le trismus;
- 2° Son élancement et son utilisation;
- 3° La réduction parfaite du moyen de l'appareil à bielle associé à la bride cicatricielle.

OBS. n° 4 *résumée.*

Le soldat Marche, blessé le 5 novembre 1916, par éclat d'obus, entré dans le service le 2 décembre 1916.

Le projectile est entré à la partie moyenne du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien droit, et sorti au niveau de l'os molaire, fracturant la branche horizontale du maxillaire inférieur et produisant une large perte de substance intéressant le maxillaire inférieur de G 7 au col du condyle c'est-à-dire la totalité de la branche montante, l'os malaire y compris les apophyses zygomatique et orbitaire et les téguments (Voir figure 21).

A son arrivée dans le service, un mois après sa blessure, la plaie cutanée n'est pas encore cicatrisée, un abcès est en formation au niveau de la face interne de la branche montante.

L'état général est mauvais.

Température 38°9, incision de l'abcès.

Les complications retardent un peu la pose des gouttières de contention. La perte de substance du maxillaire inférieur ne peut permettre d'espérer la consolidation osseuse (Voir figures 22 et 23).

On essaye donc de placer une bielle, mais la réduction, facile cependant, ne peut être maintenue par ce moyen.



Fig. 21.

Il subsiste toujours une béance du côté droit.

Malgré le temps écoulé (octobre 1917), le tissu cicatriciel formé n'est pas suffisant pour maintenir la mandibule.

La disparition de l'os malaire est en effet une complication sérieuse ; la bride cicatricielle formée occupe une situation trop postérieure pour agir avec efficacité sur le fragment antérieur. Les figures montrent l'occlusion obtenue avec et sans appareil. La béance subsiste, mais est corrigée par l'interposition d'une surface articulaire prothétique (Voir figures 24, 25 et 26).

A noter ;

- 1° L'étendue des délabrements osseux ;
- 2° La conséquence de l'étendue de ces délabrements, c'est-à-dire l'absence de bride cicatricielle efficace et la réduction imparfaite malgré la bielle ;
- 3° Une greffe cartilagineuse a été pratiquée pour remplacer l'os malaire et le bord inférieur de l'orbite.

Cette greffe sera ultérieurement complétée par une greffe graisseuse.

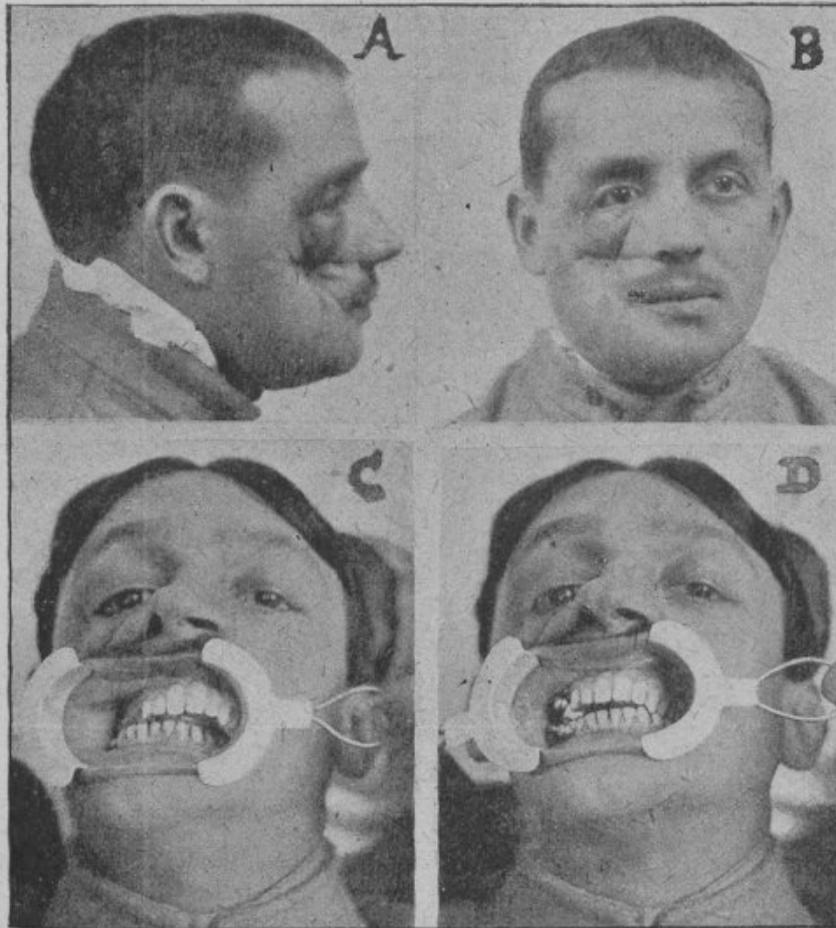


Fig. 22 (A). — Profil montrant la cicatrice correspondant à la perte de substance.
 Fig. 23 (B). — Le même vu de face.
 Fig. 24 (C). — Articulation en latéro-rétro-gnathisme en l'absence de l'appareil.
 Fig. 25 (D). — Réduction imparfaite par l'appareil. La béance subsiste à droite, par suite de l'absence de bride cicatricielle utilisable (perte de molaire). On corrige cette béance par une surface masticatrice prothétique.

Obs. n° 5 *résumée.*

Le soldat Mohamed Ben Ali, blessé par balle le 9 juillet 1916, est entré dans le service le 2 août 1916.

Le projectile a déterminé les lésions suivantes :

Fracture avec perte de substance presque totale de la branche mon-

tante, angle du maxillaire inférieur droit du col du condyle jusqu'au niveau de d7.

Perte de D5, d7, d8 (Voir figure 27).

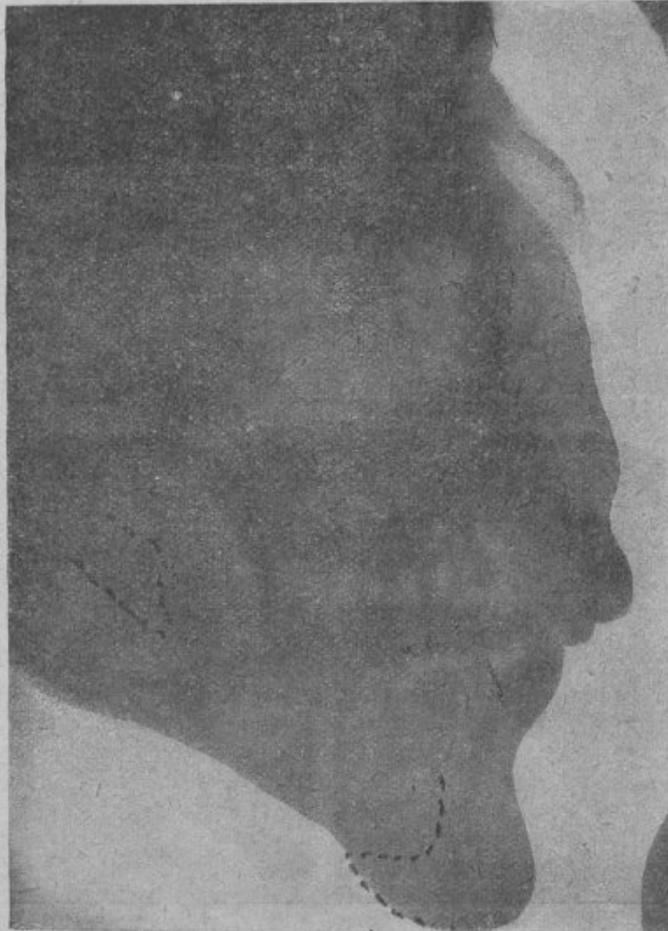


Fig. 27.

Déviation en arrière et à droite du fragment antérieur.

La plaie cutanée est cicatrisée. On décide de faire la réduction par la force inter-maxillaire et on tente d'immobiliser par occlusion continue le maxillaire inférieur.

Du 7 septembre au 26 février, la consolidation osseuse ne se produit pas, mais une bride facilite la pose d'un appareil à bielle (Voir figures 28, 29, 30, 31, 32, 33).

Le malade sort le 29 avril mastiquant aisément.

A noter :

1° L'étendue de la perte de substance ;



Fig. 28 (A). — Rétro-latéro-gnathisme (face).

Fig. 29 (B). — Rétro-latéro-gnathisme (profil).

Fig. 30 (C). — Etat de l'articulation au début du traitement.

Fig. 31 (D). — Appareil à bielle agissant conjointement avec une forte bride inter-maxillaire.

Fig. 32 (E). — Le même à l'état d'occlusion.

2° La formation et l'utilisation de la bride cicatricielle inter-maxillaire ;

3° L'occlusion continue a été employée dans ce cas à la fois dans le but improbable, mais toujours possible d'une consolidation, mais surtout pour obtenir la cicatrisation en bonne occlusion.

Obs. n° 6, prise par M. le dentiste militaire Bertaux.

Boulangier Marcel, entré le 1^{er} octobre 1916.

Blessé le 14 septembre 1916 par éclat d'obus à Bouchavesnes.

Traité à Amiens jusqu'au 17 septembre où l'on pratique le curettage du foyer avec ablation d'esquilles et de débris dentaires.

Hospitalisé à Caen jusqu'au 27 septembre.

Orifice d'entrée : région sous-angulaire inférieure gauche.

Orifice de sortie : sillon naso-génien droit.

Lésions : fracture et perte du corps du maxillaire inférieur jusqu'au tiers supérieur de la branche montante gauche. (Voir figure 34).



Fig. 34. — Vu de face montrant la déviation en bas et à gauche du fragment antérieur avant la formation de la bride cicatricielle inter-maxillaire.

Fracture et perte de tous les procès alvéolaires supérieurs à l'exception de la tubérosité droite.

Fracture et perte des deux apophyses palatines des maxillaires supérieurs et des lames horizontales des palatins.

Fractures multiples de la face orbitaire du maxillaire supérieur gauche et désagrégation de la suture fronto-malaire gauche.

Perte de toutes les dents du maxillaire supérieur à l'exception de B8. Le fragment inférieur droit est en déviation méso-linguale et en abaissement.

Fracture et perte du bord inférieur du vomer. Lésions avec perte de substance du bord gauche de la langue.

1^{er} octobre. — Examen. Cautérisation du trajet naso-génien.

14 novembre. — Radio-stéréo.

22 novembre. — Empreinte haut et bas.

29 novembre. — Moulage de la face.

4 décembre. — Empreinte du palais.

17 décembre. — Poids lourd pour libérer la langue et agrandir le vestibule.

3 janvier 1917. — La perforation du sillon naso-génien s'est obstruée spontanément

12 janvier. — Radio-stéréo.

12 février. — Incision d'une bride de la langue reliant la muqueuse au niveau du pilier gauche.



Fig. 35 (B). — Le même, vu de profil.

6 mars. — Empreinte haut. Les lésions palatines (Voir figure 36) présentent l'aspect suivant: la partie supérieure offre une cavité de 25 m/m de diamètre antéro-postérieur, de 35 m/m de diamètre transversal. Sur les bords de cette cavité on remarque 3 plans résistants, un antérieur au niveau de l'épine nasale inférieure renforcée par un bourrelet cicatriciel formé par la muqueuse de la lèvre supérieure venue s'accoler à cet endroit.

L'autre point d'appui est formé par la tubérosité droite restée intacte.

Le troisième, par ce qui reste des lames horizontales des palatins et un bourrelet cicatriciel formé par la muqueuse de la joue gauche venue s'insérer sur ce qui reste du maxillaire supérieur.

La partie inférieure de la cavité buccale est représentée par la moitié droite de la mandibule et un petit fragment de l'extrémité médiane de la partie gauche du corps.

Enfin ce qui reste de la branche montante gauche, c'est à-dire le tiers

supérieur, est déplacé en dedans et en avant dans l'épaisseur de la joue.
Le volume de la cavité buccale est considérablement réduit.

Une bride cicatricielle très résistante, direction antéro-postérieure de bas en haut, réunit les deux fragments du maxillaire inférieur.

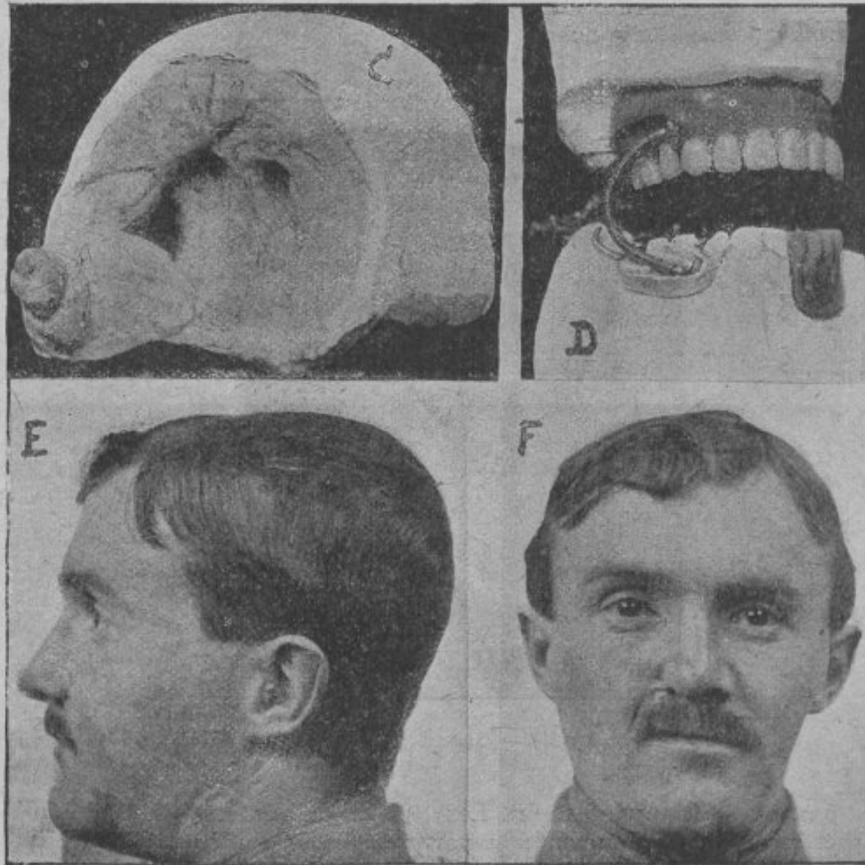


Fig. 36 (C). — Moulage du maxillaire supérieur. Perte de substance intéressant la région centrale et postérieure du palais.

Fig. 37 (D). — Appareil à 2 ressorts : l'un, vestibulaire droit ; l'autre, lingual, occupant la perte de substance linguale. La perforation palatine est marquée par une boîte en aluminium recouverte de vulcanite.

Fig. 39 (E). — Amélioration du profil, notamment de la lèvre supérieure.

Fig. 40 (F). — Redressement du fragment antérieur par la bride inter-maxillaire. Génoplastie.

Cette bride s'insère en haut sur la face interne du fragment de la branche montante, en bas sur l'extrémité postérieure du fragment du corps. Le fragment droit qui était jusqu'alors surbaissé se trouve ainsi légèrement relevé.

De plus cette bride limite les mouvements de latéralité à droite du fragment existant.

11 avril. — Empreintes haut et bas.

8 mai. — Essai d'appareil.

23 mai. — Appareil haut et bas. L'appareil supérieur comporte un nombre de dents, il forme obturateur de la cavité et est maintenu par un crochet sur D8 et une plaque en caoutchouc mou s'appuyant sur la face interne déborde cette cavité dans les fosses nasales.

L'appareil inférieur recouvre toutes les dents restantes, formant ainsi prothèse atypique et se prolonge du côté gauche sur l'espace de trois dents pour faire suite au fragment restant.

1^{er} juin. — Envoyé à l'annexe de Canteleu.

12 juin. — L'appareil inférieur est trop volumineux et gêne les mouvements du maxillaire et de la langue.

Il est transformé et remplacé par un appareil de prothèse ordinaire dont l'extrémité gauche faisant suite au fragment forme prothèse de restauration dans l'espace de 3 dents. L'appareil supérieur est trop mobile et ulcère le bord postérieur de la perforation.

20 juin. — La transformation de l'appareil inférieur donne de bons résultats. Retouche de l'articulation.

25 juin. — Suppression de la plaque de caoutchouc mou fixant l'appareil supérieur dans les bords de la cavité.

1^{er} juillet. — Les deux appareils sont réunis et maintenus par deux ressorts ordinaires : celui de droite placé dans le vestibule, celui de gauche du côté lingual ; une légère perte de substance de la langue à cet endroit facilite le passage de ce dernier ressort.

13 juillet. — La nouvelle disposition des appareils donne de bons résultats.

7 septembre. — La construction de l'appareil supérieur a nécessité une cavité palatine très volumineuse, elle favorise la rétention des débris alimentaires et son nettoyage physiologique est difficile. Obturation de cette cavité au moyen d'une plaque de caoutchouc. Surélévation de l'articulation des dents artificielles de l'appareil inférieur.

20 septembre. — La fermeture en vulcanite de la cavité palatine de l'appareil n'étant pas étanche, cette cavité est comblée par une boîte étanche en aluminium.

30 septembre. — Réfection de la cicatrice du pli naso-génien droit.

27 novembre. — Ressort changé en articulation retouchée.

Appareil au point (Voir figures 37 et 38).

Le faciès est amélioré (Voir figures 39 et 40).

A noter :

1° L'utilisation de la bride cicatricielle en association avec un appareil à ressort ;

2° La situation linguale du ressort gauche ;

3° La restauration du maxillaire supérieur au moyen d'une boîte étanche en aluminium recouvert de vulcanite.

A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE D'UN PRÉTENDU STIGMATE DENTAIRE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. V. GALIPPE.

(Suite.)

OBS. XIII. — *Paraplégie. Réaction Wassermann négative.*

M... D..., âgée de onze ans. Venue à la consultation pour sa marche, qui est très défectueuse. Mère albuminurique. Père bacillaire. Le père est âgé de trente-neuf ans, typographe; très nerveux. Vient d'être réformé pour bronchite chronique. La mère est très nerveuse, a dû être soignée pour son état nerveux. A eu des coliques néphrétiques. Une fausse couche. Albuminurique. L'enfant a eu une rougeole grave à quatre ans et demi et la diphtérie. A la suite de cette maladie, on s'est aperçu qu'elle ne pouvait plus marcher. Ces accidents ont disparu, puis se sont montrés de nouveau.

Développement. — Née à terme. La mère, depuis cinq ans, avait de l'albumine. Marché, à dix mois. Parlé, premiers mots, à dix mois, couramment à deux ans. Première dent, à douze mois. A été propre de bonne heure. A eu une crise de convulsions à un an.

Examen. — Crâne peu développé. Oreilles grandes, décollées. Asymétrie faciale droite. Forte inégalité pupillaire. Branle un peu la tête. Strabisme interne droit. Pilosité dorsale. Pied de Friedreich au repos. Laxité ligamentaire. Réflexes rotuliens trépidants. Réflexe Babinski en extension.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

OBS. XIV. — *Débilité intellectuelle. Apathie.*

G... E..., seize ans. Est amené à la consultation, parce que sa timidité l'empêche de faire comme ses camarades et le gêne dans l'exercice d'un métier. Le père, cantonnier, est très bien portant, dit la mère. Celle-ci se dit très peureuse et très timide. Pas de fausse couche. Quatre enfants dont deux sont morts : l'un d'une méningite, l'autre à huit mois, d'une affection indéterminée. L'examiné a eu, à dix-sept mois, une fluxion de poitrine et une attaque de méningite.

Développement. — Né à terme. Marché, à quinzemois. Parlé, à deux ans et demi. Première dent, à onze mois.

Examen. — Petit corps thyroïde. Hernie ombilicale. Gros organes génitaux. Laxité ligamentaire moyenne. Réflexes rotuliens lents. Réflexe de Babinski en flexion.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite. Anomalie du siège de la deuxième petite molaire supérieure gauche, ayant poussé en rétroversion par suite de l'atrésie de la voûte palatine. Diastème entre les incisives inférieures centrales et latérales.

OBS. XV. — *Chorée au début. Réaction de Wassermann, négative.*

P... F..., âgée de sept ans. Est amenée à la consultation pour sa chorée. Enfant gentil, sage à l'école, très intelligent. Le père est âgé de trente-huit ans et très bien portant. La mère émotive, a eu, à quinze ans, une paralysie de la main gauche, qui persiste légèrement. A marché à vingt-six mois, a parlé tôt, a eu sa première dent tard ; a eu deux enfants ; aucune fausse couche.

Développement. — Né à terme. Marché, à onze mois. Parlé, à sept mois. Première dent, avant six mois. N'a pas eu de convulsions.

Examen. — Extension droite, flexion gauche, au réflexe de Babinski. Syncinésie très marquée. Réflexes rotuliens difficiles à obtenir. Laxité ligamentaire moyenne. Gros foie. Oreilles déformées.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires de lait supérieures gauche et droite. Le frère n'a aucun tubercule supplémentaire.

OBS. XVI. — *Hémiplégie gauche, comitiale. Grand névropathe. Héredo-albuminurie ; du côté maternel, convulsions toniques.*

C... R..., âgé de douze ans, est amené à la consultation au sujet de ses crises épileptiques. Le père, employé, est bien portant. La mère a eu une forte crise d'albuminurie au moment de la naissance de l'enfant et elle a encore de l'albumine ; pilosité faciale. On ne signale pas de fausse couche. L'enfant a eu des convulsions toniques à cinq mois ; elles ont persisté jusqu'à quinze mois. A quinze mois, hémiplégie gauche. Crises de colère violentes.

Développement. — Né à terme. Accouchement très difficile. Marché, à quatre ans. Première dent, à quatre mois. Premiers mots, à quinze mois. A uriné tard au lit.

Examen. — Tête aplatie à la face postérieure. Oreilles grandes en forme d'anse et déformées. Dépression rachitique crânienne. Voix très aiguë. Nævi pigmentaires. Jambe gauche beaucoup plus courte que la droite. Réflexes rotuliens plus vifs à gauche. Réflexe de Babinski, extension gauche. Flexion droite. Syncinésie nette.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

OBS. XVII. — *Débilité intellectuelle. Adénite bacillaire cervicale. Héredo-alcoolisme du côté paternel.*

P... L..., quatorze ans et neuf mois. Est envoyé à la consultation par le Patronage de l'Enfance, parce qu'il emprunte de l'argent, soit aux commerçants, soit à des amis de ses parents. La mère se dit bien portante. Pas de fausse couche. Le père alcoolique (absinthique). Une sœur du père est épileptique. La grand'mère (côté paternel), paralysée. L'arrière-grand'mère (côté paternel), morte folle.

Développement. — Né à terme. Marché, à seize mois. Parlé, à quinze mois. Premières dents, à six mois ; quatre dents, à huit mois. Pas de convulsions. A trois ans urinait encore au lit. A eu de l'albuminurie pendant quatre ans. Adénite bacillaire en évolution.

Examen. — Facies vieillot. Maniérisme. Asymétrie faciale. Puberté normale. Lichen plan depuis l'âge de six mois. Réflexes rotuliens

normaux. Réflexes de Babinski en flexion. Kyste du cordon spermatique.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures droite et gauche. Anomalie de structure de l'émail.

Obs. XVIII. — *Névropathie précoce. Débilité cérébrale.*

G... B..., sept ans (cinquième enfant). Est amené à la consultation, parce qu'il a des frayeurs nocturnes. Ne peut rester tranquille dans la journée. Mange même debout. La mère dit être nerveuse. Pas de fausse couche. Le père a trente-huit ans, menuisier; sobre; est albuminurique.

Développement. — Né à terme. Bonne grossesse sans albumine. Marché, à treize mois. Premiers mots, à huit mois. Premières dents, à six mois. N'a pas eu de convulsions. Petite taille. Syncinésie.

Examen. — Aucune conservation des attitudes. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion. Laxité ligamentaire moyenne. Foie petit.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures, gauche et droite.

On n'observe aucun tubercule supplémentaire chez ses frères et sœurs, soignés à la clinique. Une sœur, âgée de deux ans et demi, a eu des convulsions. Un frère débile.

Obs. XIX. — *Perversité. Voleur. Héredo-alcoolisme du côté paternel. Le père est un pervers également.*

F... M..., âgé de huit ans. Est adressé à la consultation par le Tribunal pour enfants, afin de savoir où l'enfant pourrait être dirigé. La mère se dit bien portante. Le père aurait un caractère brutal et mauvais comme l'enfant. Cependant, il ne volerait pas. L'examiné ne va plus à l'école. Vole tout ce qu'il peut trouver, principalement de l'argent; 20 fr., 30 fr., 50 fr., etc. Fait sauter les serrures. Méchant avec ses frères et sœurs; il a brûlé exprès son petit frère au bras. A la consultation ne veut pas répondre aux questions qui lui sont posées.

Examen. — Dépression rachitique crânienne. Double prognathisme. Voûte palatine ogivale. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes de Babinski: extension droite, flexion gauche. Laxité ligamentaire moyenne.

Examen dentaire. — Microdontisme. Tubercules supplémentaires sur les deuxièmes molaires de lait supérieures gauche et droite. Il n'en existe pas sur la première molaire supérieure permanente gauche; celle de droite n'a pas terminé son évolution.

Obs. XX. — *Bacillose en évolution. Excitation permanente. Entérite.*

E... B..., âgé de huit ans. L'enfant est amené à la consultation pour cette excitation permanente. Le père, qui est alcoolique, est mobilisé. La mère bacillaire, morte vingt et un mois après la naissance de l'enfant, après quatre ans de maladie, était très nerveuse également. Pas de fausse couche.

Développement. — Né à terme. Parlé, à treize mois. Marché, à treize mois. Première dent, à sept mois. Pas de convulsions. La mère fut très précoce dans son développement.

Examen. — Les cheveux sont roux. (Les parents étaient châains). Les sourcils blonds presque blancs. Le visage couvert de taches de rousseur. Oreilles décollées. Inégalité pupillaire. La main gauche paraît moins développée que la droite. Réflexes rotuliens normaux. Réflexe de Babinski en flexion. Grande laxité ligamentaire.

Examen dentaire. — Les deux incisives centrales sont très développées, la gauche est en antéverson. Sauf les premières grosses molaires permanentes, les dents de lait existent encore au maxillaire supérieur. Au maxillaire inférieur les quatre incisives permanentes ont fait leur évolution. Les deux incisives latérales inférieures ont un volume supérieur à celui des deux incisives centrales. Comme au maxillaire supérieur, les dents de lait ne sont pas tombées, mais les premières grosses molaires inférieures permanentes ont fait leur éruption. Articulation anormale. Les incisives supérieures et inférieures se rencontrent bout à bout. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

Obs. XXI. — *Perversité.*

L... E..., âgée de cinq ans et demi. Est amenée à la consultation, le 23 octobre 1917, parce que l'enfant se masturbe et cherche tous les moyens de se rencontrer avec des petits garçons. Le père, d'origine turque, serait un brutal. Caractère similaire à celui de l'enfant qui est égoïste et mauvais. Il aurait eu une double hernie opérée à l'âge de vingt ans. La mère, française, serait bien portante, s'est mariée à seize ans. Pas de fausse couche. La grand'mère de l'examinée, côté maternel, est loquace et excitée. Le grand-père, côté maternel, aurait eu la syphilis à dix-huit ans et serait mort à quarante-trois ans, d'accidents syphilitiques.

Développement. — Né à terme. Marché, à quatorze mois. Premières dents, à cinq mois. Premiers mots, à six ou sept mois. Parlait couramment à dix-huit mois. N'a pas eu de convulsions. A eu de légères bronchites. La rougeole cette année.

Examen. — Peau pigmentée. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes de Babinski en flexion. Pas de laxité ligamentaire.

Examen dentaire. — Les premières grosses molaires supérieures gauche et droite ont cinq tubercules, et présentent en outre un tubercule supplémentaire sur leur face interne.

Obs. XXII. — *Perversité. Fugues. Vols.*

A... B..., âgé de neuf ans. Est amené à la consultation par ses parents adoptifs qui cherchent une maison où l'on pourrait le placer, après examen médical. Père espagnol, alcoolique, volait également. Mère espagnole, morte, on ne sait de quelle affection.

Développement. — Nous ne pouvons avoir aucun renseignement sur sa première enfance, l'enfant ayant été recueilli, il n'y a que trois ans, par ses parents adoptifs.

Examen. — Taille petite. Les oreilles sont grandes et décollées. Les

orteils présentent des anomalies. Les réflexes rotuliens sont très vifs. Le réflexe de Babinski est en extension.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires (de lait) supérieures gauche et droite. Les premières grosses molaires permanentes n'ont pas fait leur éruption. Erosion sur les deux incisives centrales supérieures et sur le groupe des quatre incisives inférieures.

OBS. XXIII. — *Maladie de Little. Wassermann* (résultat non encore connu).

G... P..., âgé de huit ans. Est amené à la consultation pour la maladie de Little. Le père, gardien de la paix, est très bien portant. La mère se dit bien portante également. Pas de fausse couche. N'a eu qu'un enfant.

Développement. — Né avant terme, à sept mois. A marché, à trois ans. A parlé, à quinze mois. A eu sa première dent à quinze ans. A été propre à trois ans. Coqueluche grave à trois mois.

Examen. — Déformation des oreilles. Déformation du gros orteil gauche. Au pied droit, le cinquième orteil est recouvert par le quatrième. Les tendons fléchisseurs et extenseurs ont été sectionnés aux deux jambes. Réflexes rotuliens vifs. Pas de réflexe paradoxal de l'avant-bras. Réflexe de Babinski en extension. Réflexe crémastérien vif. Pas de laxité ligamentaire.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures permanentes gauche et droite.

OBS. XXIV. — *Ascolarité. Petits vols. Cicatrices d'adénite bacillaire.*

J... R..., âgé de douze ans. L'enfant est envoyé à la consultation par le Patronage de l'Enfance. Il est amené par son beau-père qui désire se débarrasser de lui. Père mort bacillaire. Mère remariée.

Développement. — Nous ne pouvons recueillir aucun renseignement sur sa première enfance. L'enfant a eu, il y a plusieurs années, une adénite cervicale dont il porte les cicatrices.

Examen. — Conservation des attitudes. Submatité du sommet droit. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion gauche, extension droite. Grande laxité ligamentaire. Pieds plats. Aux mains, les doigts sont courts. Les oreilles sont larges et décollées. Thorax en carène.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les deux premières grosses molaires supérieures gauche et droite. Anomalies de siège des incisives supérieure et inférieure.

OBS. XXV. — *Paralysie infantile à forme méningée.*

R... G..., âgée de huit ans. Est amenée à la consultation, à cause du raccourcissement de sa jambe. Père alcoolique, bossu, convulsions toniques dans l'enfance. Mère bien portante. Pas de fausse couche. Deux enfants.

Développement. — Né à terme. Marché, dix sept mois. Parlé, vingt

mois. Première dent, huit mois. A été propre à vingt mois. A eu, dans son enfance, des convulsions toniques.

Examen. — Monoplégie gauche (jambe). Déformation du bassin du côté gauche. Pied-bot gauche. Grande laxité ligamentaire. Réflexes rotuliens très vifs. Réflexe de Babinski en flexion. Syncinésie. Conservation des attitudes.

Examen dentaire. — Voûte palatine ogivale. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

Obs. XXVI. — Perversité.

L... H..., âgé de dix ans. Est amené à la consultation par sa mère, qui désire le placer après avis médical. L'enfant vole, est brutal, méchant avec ses frères et sœur, bat sa mère. Le père, exalté et brutal, dont la mère est divorcée, faisait tous les trois mois une scène à sa femme, sans motifs, et menaçait de la tuer. La mère du père est une exaltée.

Développement. — Né à terme. Marché, à quinze mois, a parlé et eu sa première dent, normalement, dit la mère. N'a pas eu de convulsions. Urine encore parfois au lit.

Examen. — Pied droit : les deuxième et quatrième orteils sont légèrement en marteau. Pied gauche. Rien de particulier. Aux mains gauche et droite, l'auriculaire se trouve en camptodactylie interne. Nævi pigmentaires nombreux. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes de Babinski en flexion. Foie petit.

Examen dentaire. — Atrésie du maxillaire supérieur. Les incisives supérieures chevauchent les unes sur les autres. L'articulation se fait bout à bout. Anomalies de siège des incisives inférieures. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

Obs. XXVII. — *Crise de mélancolie ou démence précoce. Dépression et mutisme depuis six mois. Wassermann (résultat non encore connu).*

M... G..., âgé de dix-sept ans. Est amené à la consultation par sa grand'mère, pour cet état de mélancolie qui a commencé il y a six mois. Aucun renseignement sur le père, qui a abandonné la mère très peu de temps après la conception. La mère a fait, après cet accouchement, une psychose puerpérale. A eu trois fausses couches après la naissance de son premier enfant. Morte de faiblesse, dit la grand'mère.

Développement. — Né à terme. Parlé à deux ans. Marché, à trois ans. Première dent, normalement. Urine encore au lit, mais très rarement. N'a jamais eu de convulsions.

Examen. — Onycophagie. Puberté précoce. Pilosité des cuisses et des fesses très marquée. Réflexes rotuliens extrêmement vifs. Réflexe de Babinski en extension.

Examen dentaire. — Incisives centrales supérieures implantées obliquement et présentant des anomalies de structure (érosion). Erosion linéaire sur le groupe des incisives inférieures. Les canines se terminent par des pointes très aiguës (inférieures et supérieures). Diastème

entre les incisives centrales : entre celles-ci et les latérales supérieures ; les incisives inférieures présentent la même anomalie. Petits tubercules supplémentaires à la face interne des premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

Obs. XXVIII. — *Rachitisme. Précocité. Perversité. Père bacillaire, pervers également.*

R... S..., âgé de douze ans. Est envoyé à la consultation, par le Tribunal pour enfants, au sujet d'une décision à prendre pour son placement, après avis médical. L'enfant vole, découche, vagabonde. La mère est bien portante. A eu trois fausses couches et deux enfants. Le père a été réformé, il y a treize ans, pour tuberculose. Fortes crises de rhumatismes. Caractère violent et pervers, excité génital. La grand'mère, côté paternel, est très violente.

Développement. — Né à terme. Marché, à douze mois ; a parlé et eut sa première dent, normalement. N'a pas eu de convulsions. La sœur, treize ans, a eu un développement normal. Caractère paisible. La mère nous dit que ses fausses couches, survenues après ses deux enfants, et datant de deux mois ou deux mois et demi, furent occasionnées par un excès de travail. Elle est couturière et piquait à la machine. Dépression rachitique crânienne.

Examen. — Asymétrie faciale (le père en présente également). Oreilles grandes et très décollées. Conservation des attitudes. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en extension. Grande laxité ligamentaire.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les deux premières grosses molaires supérieures droite et gauche. Tubercules supplémentaires moins accusés sur la face postérieure des deux incisives centrales supérieures.

Obs. XXIX. — *Amoralité. Paresse. Perversité. Vols. Wassermann négatif.*

P... K. ., est âgé de dix-sept ans. Est amené à la consultation, par son père, afin de savoir où diriger l'enfant, celui-ci ayant volé. Il est brutal, nerveux, agité la nuit ; n'a jamais témoigné aucune affection à ses parents. L'examiné, qui est beau garçon, a les pieds et les mains très sales. Seul garçon sur sept enfants, et seul ayant un caractère maladif. Père d'origine hongroise. Se dit très bien portant. Mère alsacienne, bien portante également. Rien à signaler dans les antécédants maternels. Du côté paternel, la grand'mère a eu, à la suite d'une quatrième couche, une paralysie des membres inférieurs. Est restée quarante ans dans cet état. Était devenue morphinomane. Grande différence d'âge entre elle et son mari. Avant sa paralysie, avait beaucoup souffert des jambes.

Développement. — A été normal, nous dit le père, sans pouvoir préciser.

Examen. — Puberté précoce. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion. Anomalie des orteils à droite et à gauche (orteils légèrement en marteau). Mains : les doigts sont très longs. Aplatissement latéral de la face. Déviation du nez,

Examen dentaire. — Atrésie de la voûte palatine. Atrésie du maxillaire inférieur. Anomalies de siège au maxillaire inférieur. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite, et sur la face interne de la première grosse molaire inférieure droite.

OBS. XXX. — *Névropathie.*

H... D..., âgé de treize ans. Est amené à la consultation, par sa belle-mère, qui le trouve très nerveux. Mère, morte en couches, avait une maladie nerveuse. Père somnambule. L'examiné a un frère de onze ans, très nerveux également, atteint d'incontinence d'urine, une sœur âgée de neuf ans et demi, somnambule. La mère a fait une fausse couche. Du côté maternel, le grand-père est un alcoolique. La grand-mère, qui vit, urine encore au lit.

Développement. — Né à terme. Marché, à vingt mois. Parlé, à dix-huit mois. Première dent, à cinq mois. A été propre à trois ans.

Examen. — Puberté précoce. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion. Masturbation.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur la première grosse molaire supérieure droite. La gauche ayant disparu par suite de carie, il est impossible de voir s'il existait un tubercule supplémentaire, ce qui est infiniment probable. Ni le frère ni la sœur ne présentent cette anomalie.

OBS. XXXI. — *Débilité cérébrale ; intermittences de dépression et d'excitation par intoxication digestive. Hérité similaire des tubercules supplémentaires. Trois Wassermann négatifs.*

A... M..., âgé de neuf ans. Est amené à la consultation pour son état de retard physique et intellectuel. Mère bien portante, a fait deux fausses couches. Père peintre-décorateur, a abandonné la mère lors de la naissance du second enfant. Était bien portant, nous dit la mère. Celle-ci n'a pas eu de fausse couche. A eu deux enfants : un garçon de neuf ans, une fille de sept ans.

Développement du garçon. — Né à terme. Marché, à vingt mois. Première dent, à quatre mois. Quatre dents à dix-neuf mois. Premiers mots, à dix-neuf mois. N'a pas eu de convulsions.

Examen. — Ectopie testiculaire. Pilosité très développée. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes de Babinski en flexion.

Examen dentaire de A... M., neuf ans. — Hauteur exagérée de la lèvre supérieure. Anomalies de siège. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

Examen dentaire de V... M., sœur, âgée de sept ans. — Hauteur normale de la lèvre supérieure. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures de lait gauche et droite.

Examen dentaire de M^{me} M..., mère. — Anomalies de siège. Atrésie de la voûte palatine. Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite, sur les quatre incisives supérieures, et sur les deux canines supérieures. Hauteur exagérée de la lèvre supérieure.

OBS. XXXII. — *Débilité cérébrale. Troubles nerveux après accident grave. La mère était alcoolique. Une sœur atteinte de débilité motrice, une autre sœur hystérique. Wassermann négatif.*

M... B., âgé de quinze ans, est amené à la clinique pour des troubles nerveux survenus après un accident (fracture du bassin dans un engrenage). La mère, très nerveuse, s'est mise à boire après son premier enfant. Est morte, il y a deux ans, d'un accident, étant grise. N'a pas eu de fausse couche. Père se dit bien portant.

Développement. — Né à terme, troisième enfant. Marché, à un an; a parlé et eu sa première dent, normalement. Propre, jeune. Pas de convulsions.

Examen. — Puberté normale. Anomalies des orteils, les deuxième et troisième orteils plus longs que les gros orteils. Pieds un peu plats. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski en flexion.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite.

L'examen dentaire des deux sœurs ne présente rien de particulier.

OBS. XXXIII. — *Enurésie. Hérité similaire. Tubercules supplémentaires chez la mère et chez les enfants.*

R... D..., âgé de treize ans, et R... D..., âgé de onze ans, sont amenés à la consultation pour leur enurésie. La mère se dit bien portante. A uriné au lit jusqu'à neuf ans. A eu trois filles d'un premier mariage qui ont uriné au lit jusqu'à treize ans. Les deux fils, sujets de cette observation, issus d'un second mariage, urinent encore au lit. Le père est bien portant.

Développement. — R... D..., treize ans, né à terme. Marché, à dix-huit mois. Première dent, à sept mois. Parlé, normalement. [Pas de convulsions. Deux broncho-pneumonies.

R... D..., onze ans, né à terme. Marché, à dix-huit mois. Première dent, à six ou sept mois. Parlé, vers le dixième mois. Pas de convulsions.

Examen de R... D..., treize ans. Oreilles mal formées. Organes génitaux infantiles. Grosse rate. Nævi pigmentaires. Réflexes rotuliens très vifs. Réflexes de Babinski, en flexion.

Examen dentaire de R... D..., treize ans. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures droite et gauche, plus prononcés à droite. Diastème entre les incisives centrales et latérales inférieures, et entre les incisives latérales et les canines inférieures.

Examen dentaire de R... D..., onze ans. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires gauche et droite, et sur les incisives centrales supérieures. Diastème entre les incisives centrales et latérales inférieures, et les latérales et les canines inférieures.

Examen dentaire de M^{me} D... — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite. Erosion sur le groupe des incisives et des canines inférieures. Il n'y a pas d'érosion

sur les premières grosses molaires supérieures droite et gauche. Au maxillaire inférieur elles ont disparu.

OBS. XXXIV. — *Enfant nerveux. Aucun symptôme de syphilis.*

G... D..., âgé de onze ans et demi. La mère très bien portante. Arthritique. Rougeole, à deux ans. Scarlatine, à trente ans. A eu deux enfants, âgés de seize ans et onze ans et demi. Pas de fausse couche. Grand-père, côté maternel, bien portant. Grand'mère, côté maternel, névropathe : une sœur de la mère, anormale (débilité intellectuelle). Luette bifide, nombreuses anomalies dentaires. Le père, névropathe, brutal, amoral, déséquilibré, asthmatique. Rhume des foins. Il présente diverses anomalies : déformation des gros orteils en camptodactylie interne. Absence congénitale de prépuce. Eczéma chronique. Très musicien. Le grand-père, côté paternel, musicien, amoral, asthmatique. Mort à soixante-treize ans. La grand'mère, côté paternel, bonne santé, fille de musicien.

Développement. — Né à terme. Marché, à douze mois. Parlé, premiers mots, à sept ou huit mois, première dent, à sept mois. Pas de convulsions. Propre jeune. A eu la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la scarlatine et l'ictère, entre quatre et dix ans.

Examen. — Léger phimosis. Oreille gauche plus grande que l'oreille droite. Réflexes rotuliens vifs. Réflexes de Babinski, en flexion. Gros orteils en camptodactylie interne. Cinquième orteil droit et gauche très petit. Camptodactylie interne des auriculaires aux deux mains.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur les premières grosses molaires supérieures gauche et droite. Egalement sur les quatre incisives supérieures.

Le frère aîné, seize ans, névropathe. Crises nerveuses. Puberté très précoce.

OBS. XXXV. — *Arthrite bacillaire du coude.*

M... G..., seize ans. Est amené à la consultation pour une forte douleur au coude, que l'on pense être occasionnée par une arthrite bacillaire. La mère se dit bien portante. Aucune fausse couche ; a eu trois enfants. L'aîné est mort à dix-neuf ans, de tuberculose osseuse. Le père, alcoolique, est mort à quarante-sept ans.

Développement. — Né à terme. Marché, tard. Parlé, à deux ans. Premières dents, on ne sait à quel âge elles ont fait leur éruption. A uriné au lit jusqu'à neuf ans. A eu pendant trois mois, dans sa première année, des convulsions légères.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur la face linguale des deux canines supérieures. Erosion sur les incisives supérieures et les canines, et sur les incisives et les canines inférieures.

OBS. XXXVI. — *Caractère difficile.*

A... B..., âgé de neuf ans, est adressé à la consultation par le Patronage, afin de savoir où le placer. Père, alcoolique, brutal. Condamné aux travaux publics pour désertion en temps de guerre. La mère est une grande débile intellectuelle. L'enfant paraît dur, mais n'est pas un pervers. Le frère aîné est très doux.

Développement. — Né à terme. Marché, à un an. Parlé, premiers mots à six mois. Premières dents, de bonne heure. Pas de convulsions. A uriné longtemps au lit.

Examen. — Oreilles mal formées, très décollées. Réflexes rotuliens extrêmement vifs. Réflexes de Babinski en extension gauche, flexion droite. Réflexe crémastérien vif.

Examen dentaire. — Tubercules supplémentaires sur la première grosse molaire supérieure droite. La première grosse molaire supérieure gauche a complètement disparu. Tubercules supplémentaires sur la deuxième grosse molaire supérieure gauche. La droite étant en voie d'éruption, nous n'avons pu voir si le tubercule supplémentaire existait.

Récapitulation des 36 observations précédentes.

Hérédités pathologiques (non spécifiées).....	12
Hérédité alcoolique.....	9
Hérédité bacillaire.....	4
Hérédité névropathique.....	8
Hérédo-syphilis confirmée.....	2
Bacillose en évolution.....	1

10 réactions de Wassermann négatives. Pas de positives.
2 dont les résultats ne sont pas encore connus.

Dans les deux cas d'hérédo-syphilis, on n'a fait qu'un seul Wassermann dont le résultat a été négatif.

Notre distingué confrère M. Mantoux a bien voulu nous communiquer le résumé de huit observations recueillies par lui dans son service de l'hôpital Laënnec, ce dont nous le remercions très vivement.

Obs. I. — C..., vingt-cinq ans, père mort de tuberculose. Aucun signe clinique pouvant faire soupçonner la syphilis. Marié, pas d'enfant ; sa femme n'a jamais fait de fausse couche ; de très bonne santé habituelle ; blessé en 1914. Évacué en octobre 1916 pour tuberculose pulmonaire, présente des signes d'infiltration avec ramollissement des sommets, beaucoup plus accentué à droite qu'à gauche. Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

L'état général est excellent ; le sujet est vigoureux et bien constitué. Les doigts sont très longs et se terminent en larges spatules ; le médus et l'annulaire sont déviés du côté externe ; camptodactylie de l'auriculaire à concavité interne, moins prononcée à gauche qu'à droite, ongles très larges. Pied gauche, orteils très longs, minces à leur point d'implantation et spatuleux à leur extrémité libre ; ongles très larges et très longs : le quatrième orteil a de la tendance à passer sous le troisième et le cinquième à s'engager sous le quatrième ; le gros orteil tend également à passer sous le second. Le pied droit présente les mêmes particularités. Légère anomalie de forme des oreilles. Phymosis,

(A suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le bureau de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France porte à la connaissance de ses membres l'avis suivant au sujet de l'Impôt sur le revenu.

LOI DU 31 JUILLET 1917

IMPOTS CÉDULAIRES

Déclarations obligatoires.

Il est rappelé aux chirurgiens-dentistes que, indépendamment de la déclaration de leur revenu global, prescrite par la loi du 30 décembre 1916, ils sont tenus, en vertu des articles 30 et suivants de la loi du 31 juillet 1917, de faire, avant le 1^{er} avril 1918, la déclaration du revenu net provenant de l'exercice de leur profession pendant l'année précédente.

Cependant, certains commentateurs de la loi estiment que cette déclaration n'est obligatoire qu'autant que les intéressés n'ont pas produit une déclaration pour l'impôt général sur le revenu indiquant ces bénéfices.

Il leur est également rappelé qu'aux termes de l'article 26 de cette même loi du 31 juillet 1917 ils sont tenus de remettre, dans le courant du mois de janvier de chaque année, au Contrôleur des Contributions directes, un état indiquant :

1^o Les noms et adresses des personnes qu'ils ont occupées au cours de l'année précédente.

2^o Le montant des appointements et salaires payés à chacune d'elles pendant la dite année ainsi que les avantages en nature dont elles ont pu profiter sans qu'ils soient tenus de les chiffrer.

3^o La période à laquelle s'appliquent ces paiements, si elle est inférieure à une année, mais supérieure à 30 jours consécutifs.

Toutefois, la disposition qui précède n'est applicable qu'en ce qui concerne les personnes dont les appointements ou salaires, ramenés à l'année, dépassent le minimum assujetti à l'impôt :

Soit : 1.500 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de moins de 10.001 habitants ;

2.000 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de 10.001 à 100.000 habitants ;

2.500 francs si le contribuable est domicilié dans une commune de plus de 100.000 habitants ;

3.000 francs si le contribuable est domicilié à Paris, dans le

département de la Seine et dans les communes de la banlieue dans un rayon de 25 kilomètres des fortifications de Paris.

Les mobilisés dans la zone des armées n'auront de déclarations à faire que trois mois après la démobilisation.

Les mobilisés dans la zone de l'intérieur sont soumis aux mêmes obligations que les autres contribuables. Voir à cet effet le nouveau décret de janvier 1918.

RÉPONSES DU MINISTRE DE LA GUERRE

A la suite d'une demande adressée au ministre de la Guerre par le Président de la F. D. N. touchant l'accession des dentistes engagés spéciaux au grade de dentiste militaire, M. Blatter a reçu la réponse suivante :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE — CABINET DU SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT
DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Paris, le 15 janvier 1918.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer, en réponse à votre question relative aux dentistes engagés spéciaux, que ceux-ci concourent pour l'avancement au même titre que les autres militaires; par suite un engagé spécial pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste peut être nommé au grade de dentiste militaire.

Agrérez, etc.

Pour le *Sous-Secrétaire d'Etat et par autorisation*
Le chef du Secrétariat particulier,

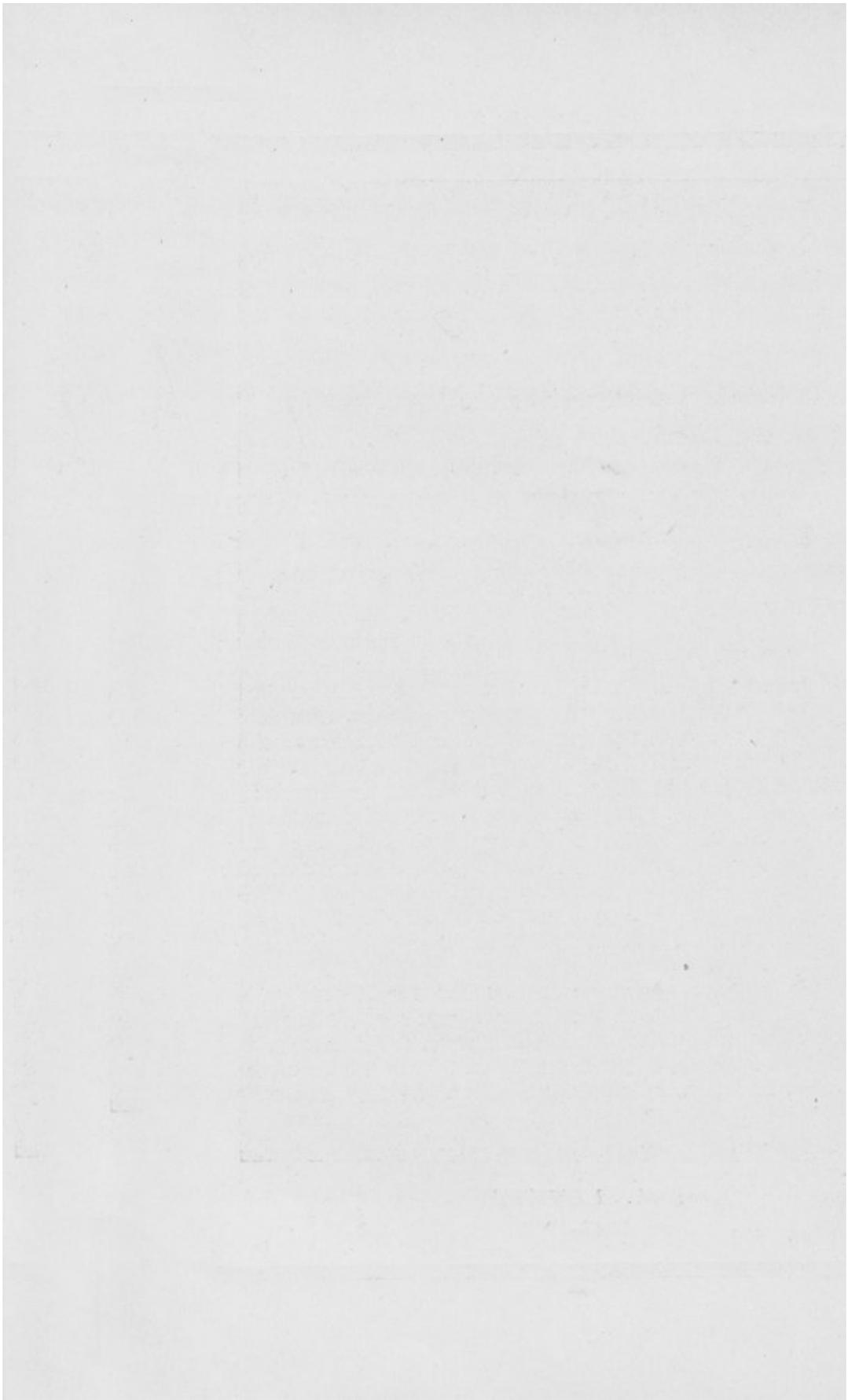
Signé : BLANCHET.

19648. — M. Guichard, député, demande à M. le ministre de la Guerre si un officier de réserve, exerçant depuis dix ans la profession de chirurgien-dentiste, actuellement inapte définitivement à la suite de blessures de guerre, ne pourrait pas être employé dans un centre de prothèse dentaire, suivant sa profession. (*Question du 21 décembre 1917*).

Réponse. — Cette question ne pourra être solutionnée qu'après examen de la demande à adresser par l'intéressé par la voie hiérarchique. (*Journal officiel du 10 janvier 1918*).



M. LEVETT
1847-1918



NÉCROLOGIE

Maurice Levett

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France sont en deuil : Maurice Levett est mort. C'était une personnalité connue de tous et une notabilité professionnelle dont nous tenons à retracer rapidement la longue et belle carrière consacrée pour la plus grande partie à l'enseignement odontologique.

Maurice Myer Levett naquit le 2 juillet 1847 à New-York, où, après ses études dentaires, il obtint en 1870 le diplôme de docteur en chirurgie dentaire. Quelques années après il vint s'établir à Paris. Séduit par le projet de création de la première école dentaire française, il s'y associa et fut membre fondateur de l'Ecole dentaire de Paris en 1880. Aussitôt l'institution ouverte, 53, rue Richer, il fut sollicité d'y entrer comme professeur de dentisterie opératoire. Il avait toutes les qualités convenant pour l'enseignement de cette branche, qu'il y donna pendant 20 ans. Tous les praticiens que l'Ecole dentaire de Paris a formés pendant cette longue période l'ont eu pour maître et ont conservé le souvenir de ses excellents conseils de technicien habile.

D'une grande régularité et d'un dévouement parfait, animé de bienveillance, mais ne ménageant pas ses critiques et même ses reproches, il se faisait aimer et estimer de tous ses élèves.

En 1900 il résigna ses fonctions pour se consacrer à la clientèle privée ; mais cet exil volontaire auquel il se condamnait ne devait pas être de longue durée, car en 1904 il revenait à sa chère école reprendre son poste, qu'il conserva jusqu'au 9 juillet 1912, date à laquelle l'honorariat lui fut conféré.

Il avait reçu la médaille d'or des professeurs le 27 novembre 1909.

Nous ne pouvons, à ce propos, résister au désir de rappeler les paroles qui furent prononcées, à l'occasion de cette remise par notre Directeur, à la séance de distribution des récompenses :

« Levett a le mérite bien rare d'être un des fondateurs de l'Ecole. Alors que beaucoup de membres de la profession considéraient notre tentative de création d'une école comme un acte de témérité et que d'autres souriaient avec incrédulité en entendant parler, Levett, avec l'expérience qu'il avait acquise en Amérique, nous apporta ses encouragements, nous aida dans notre œuvre et fut le premier professeur de dentisterie opératoire.

« A combien d'élèves a-t-il enseigné notre art et a-t-il prodigué les utiles conseils expérimentés de sa longue pratique et de son

habileté? Le calcul serait trop long à faire. Beaucoup de ses élèves sont aujourd'hui des praticiens réputés et quelques autres sont devenus ses collègues dans le corps enseignant. Mais tous, élèves d'autrefois et praticiens d'à-présent, rendent hommage à l'excellent enseignement qu'ils ont reçu de Levett et le Conseil de direction est heureux de pouvoir l'en remercier aujourd'hui en lui remettant la médaille d'or des professeurs. »

Ses collègues et confrères nourrissaient à son égard une telle estime qu'ils décidèrent d'organiser, lors de sa retraite, une manifestation de sympathie qui réunit un très grand nombre d'adhérents et de souscripteurs et eut lieu avec un grand éclat le 30 novembre 1912. Le souvenir en est encore trop présent dans toutes les mémoires pour que nous ayons besoin d'y insister.

Malgré sa retraite et son honorariat, Levett vint se mettre à la disposition de l'École dentaire de Paris à la déclaration de guerre, lorsqu'elle organisa ses services dentaires militaires (Comité de secours et Dispensaire militaire) et lui apporta sa précieuse collaboration bénévole.

Mais Levett ne se borna pas à un rôle didactique, il participa aux travaux des Congrès dentaires internationaux de Paris en 1889 et en 1900, il présenta des communications à la Société d'odontologie de Paris et fit des démonstrations pratiques remarquées à l'*American Dental club of Paris*, dont il devint président par la suite.

Citons au hasard dans ses travaux :

Manuel opératoire de la réimplantation des dents (1881).

Reconstitution d'une dent fracturée et mortifiée à la suite d'une chute sur une patiente de 13 ans, *Odontologie*, 1884, p. 245.

L'or adhésif et l'or mou (Communication à la société d'odontologie, *Odontologie*, 1887, p. 1),

Démonstration au Congrès dentaire international de 1889 d'une matrice de son invention pour l'obturation des dents.

Démonstration au Congrès dentaire international de 1900 de l'or et de l'étain.

Emploi de l'or et de l'étain (Communication à la Société d'odontologie, février 1901).

La dévitalisation des dents (Communication à l'American dental Club, 1908).

Démonstration de cavités pour inlays d'or et de porcelaine (Cercle odontologique, 1907).

L'anesthésie de la pulpe et de la dentine (*Odontologie*, 30 mai 1907).

Levett avait été naturalisé français en 1905.

Il est mort le 29 janvier 1918, à l'âge de 70 ans, regretté de tous ceux qui l'ont connu.

En raison de ses longs services à l'Ecole dentaire de Paris, celle-ci a décidé, de concert avec l'A. G. S. D. F., de se charger de ses obsèques, qui ont eu lieu le 1^{er} février.

Ces deux sociétés y étaient représentées par de nombreux confrères et les élèves avaient envoyé une délégation et une couronne.

Au cimetière Montparnasse, M. Blatter, au nom de l'Ecole dentaire de Paris¹ et de la profession, M. Roy, au nom des professeurs de l'Ecole et des anciens élèves de M. Levett, et M. G. Roussel au nom de l'*American Dental Club*, ont prononcé des paroles émues que nous reproduisons ci-dessous.

Nous adressons à la famille de M. Levett, auquel l'Ecole gardera une profonde reconnaissance, nos très profonds regrets, nos sincères condoléances et l'assurance de notre sympathie émue.

ALLOCUTION DE M. BLATTER.

La mort n'est pas l'effondrement de tout l'être humain ; c'est une cruelle séparation qui laisse vivant le noble culte du souvenir, de la reconnaissance et de l'amour.

Le spectacle douloureux de cette tombe si brutalement ouverte, où Maurice Levett repose éternellement, éveille tant de souvenirs, un passé professionnel si long qu'il est impossible de garder le silence sans briser les liens de la reconnaissance.

Je viens, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, au nom de tous nos groupements et de la profession, adresser à notre éminent et regretté confrère et collègue un suprême adieu.

Maurice Levett a participé à la fondation de l'Ecole dentaire de Paris il y a 37 ans. Docteur en chirurgie dentaire de l'Université de New-York en 1870, il vint quelques années après s'établir à Paris et fut un des premiers à apporter son concours à la jeune institution en qualité de professeur de dentisterie opératoire. Praticien habile, expérimenté, consciencieux et éclairé, il donna pendant 20 ans consécutifs ses excellentes leçons à tous les étudiants qui se pressaient à ses cours.

Après une interruption de quelques années dans son enseignement, il revint à l'institution où il resta encore près de dix ans, prodiguant à tous avec la même ardeur, avec la même vigueur, la science de sa technique pour le plus grand profit de nos élèves. A la fin de 1912 il se retirait définitivement et recevait l'honorariat.

Naturalisé français en 1905, il ne manqua pas, quand la guerre éclata, de venir se mettre à la disposition de l'Ecole pour ses

1. Le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godon, était en congé et en traitement dans le Midi de la France.

services de blessés et de malades militaires et il nous continua sa collaboration jusqu'à la veille de sa mort.

L'École perd en lui un de ses créateurs, un de ses ouvriers de la première heure, son premier professeur de dentisterie opératoire, qui fut notre maître à tous. Elle avait essayé de reconnaître son dévouement en lui décernant la médaille d'or des professeurs en 1909.

Mais la disparition de Maurice Levett ne frappe pas seulement l'institution à laquelle il était particulièrement attaché, elle atteint la profession tout entière, dont il était une des lumières dans le champ si vaste de la technique opératoire.

Il prit une part active à nos Congrès nationaux et internationaux, où il fit de nombreuses démonstrations que ceux qui en ont été les témoins ne sauraient oublier; il présenta également à nos diverses sociétés professionnelles d'intéressantes communications et il publia dans l'*Odontologie* des articles remarquables.

Lorsqu'il cessa d'exercer, à la fin de 1912, une manifestation confraternelle fut organisée en son honneur le 30 novembre. Le souvenir vibrant des multiples marques de considération, de respect, d'admiration et d'amitié dont il fut l'objet dans cette circonstance est encore trop présent à tous les esprits pour qu'il soit besoin de le faire revivre.

Avec Maurice Levett, c'est une grande figure professionnelle, une notoriété dentaire qui disparaît. Mais il ne disparaît pas tout entier, car chacun de nous garde en sa mémoire, comme un trésor précieux, les principes et les indications qu'il répandait avec bonhomie, et en son cœur une vive affection pour celui qui fut pour beaucoup d'entre nous soit un maître écouté, soit un collègue apprécié, soit un confrère estimé.

Son nom vivra parmi nous, et, en adressant à sa famille l'expression de nos regrets, nous y joignons l'assurance de notre sympathie émue et affligée.

ALLOCUTION DE M. MAURICE ROY.

C'est avec une profonde émotion que j'ai appris la mort de notre excellent collègue Levett, et cette émotion sera partagée, j'en suis sûr, par les générations d'élèves qui se sont succédés à l'École dentaire de Paris depuis trente-huit ans bientôt, et tous ses collègues, dont il avait été le professeur, pleurent aujourd'hui le maître qui les avait guidés dans leurs premières études de dentisterie opératoire. Il était en effet le doyen des professeurs de notre école et le seul qui restât en exercice de tous les professeurs du début de cette institution dont un grand nombre sont déjà, hélas! disparus.

Lorsque, en mai 1880, le Cercle des Dentistes, cette pléiade de jeunes confrères, réunis par le désir commun de se perfectionner et de soustraire leur art à la routine et à l'empirisme, décida de fonder l'Ecole dentaire de Paris, c'est à un jeune praticien récemment arrivé d'Amérique, diplômé de l'Université de New-York, qu'il demanda de vouloir bien enseigner la dentisterie opératoire. Celui-ci n'hésita pas à apporter son concours à l'institution naissante et à faire profiter les Français des connaissances qu'il avait acquises dans son pays d'origine. Il avait d'autant plus de mérite à le faire, lui Américain, que les créateurs de la nouvelle école ne cachaient pas leur désir, en s'instruisant à leur tour, de lutter très courtoisement du reste et de la meilleure manière contre l'invasion des praticiens étrangers en faisant des dentistes français les égaux de ceux sortis des écoles américaines, dont le savoir était justement réputé. L'Amérique était en effet le premier pays qui avait organisé l'enseignement dentaire quarante ans auparavant et seule l'Angleterre, vingt ans avant la France, avait suivi l'exemple de l'Amérique.

Mais les considérations étroites d'intérêt personnel n'étaient pas le fait du D^r Levett; il était fils de cette jeune et libre Amérique qui est aujourd'hui aux côtés de la France et de même que ses compatriotes viennent aujourd'hui nous aider à défendre la civilisation et la liberté contre la barbarie, dont nous venons de voir de si tristes exemples sous nos yeux, il vint, il y a trente-huit ans, aider les dentistes français à lutter pour le progrès et pour la science odontologique.

Il fut séduit dès l'abord par l'attrait de cette tâche d'initiation à accomplir en faveur de ses confrères français dont l'ardeur généreuse ne sera pas un des moindres sujets d'admiration pour nos confrères de l'avenir lorsqu'ils liront l'histoire de ces débuts de l'enseignement dentaire en France, et le nom du D^r Levett, premier professeur de dentisterie opératoire dans notre pays, y est indissolublement attaché.

Pendant trente-huit ans, sauf une courte période d'interruption, Levett a poursuivi sa carrière professorale avec un dévouement et une ponctualité jamais lassés.

En 1912 il avait pris sa retraite et à cette occasion il avait été l'objet d'une belle manifestation de sympathie dans une fête organisée par ses amis et ses anciens élèves qui étaient venus lui apporter le témoignage de leur sympathie et de leur reconnaissance.

A la suite de la mobilisation du corps enseignant de l'Ecole, la Direction fit de nouveau appel à son ancien professeur et sans hésiter il revint prendre sa place toujours avec le même dévouement et, il y a quinze jours encore, il était parmi nos élèves, pro-

diguant à chacun ses conseils éclairés, les préparant à leur rôle de bons et adroits opérateurs comme il l'était lui-même.

Cet enseignement si minutieux, si attentif, nous le connaissons bien tous, nous ses collègues, puisque tous nous avons été ses élèves. Il avait eu en effet le privilège d'avoir été le maître de dentisterie opératoire de tous les membres de notre corps enseignant et de la plupart des trente-sept promotions de D. E. D. P. qui sont sorties de notre institution pour se répandre dans le monde entier, pouvons-nous dire. Après les pères, il avait formé les fils de nombre de ses anciens élèves; aussi laissera-t-il parmi ceux-ci le souvenir le plus durable et dans la mémoire de chacun d'eux revivra toujours l'image de celui que nous appelions familièrement le petit père Levett. Qui ne se rappelle sa silhouette fine, élégante avec une jeunesse d'allure qui n'aurait jamais fait soupçonner son âge des générations actuelles, allant de fauteuil en fauteuil, examinant le travail en cours et donnant le conseil précis qui va corriger la mauvaise manœuvre ou permettre de venir à bout d'une difficulté particulière, sévère parfois, mais toujours juste et bon!

C'est avec une sincère émotion que j'évoque ces souvenirs d'un passé déjà bien lointain pour moi; je les revois dans ma pensée dans le cadre de nos modestes salles de l'appartement de la rue Richer qui fut le berceau de l'École et où je reçus les bonnes leçons de celui que nous pleurons aujourd'hui.

Mon cher Levett, après une carrière professorale aussi bien remplie, vous pouvez partir en paix, vous avez bien et vaillamment fait votre devoir. Vous avez travaillé pour former la jeunesse. Préparer l'avenir, c'est une des plus belles tâches qui soit dévolue à l'homme et vous vous en êtes acquitté avec un dévouement qui vous mérite l'estime et la reconnaissance de tous.

Vous laissez chez tous vos collègues, chez tous vos élèves un souvenir qui ne s'effacera jamais et, lorsque tous ils auront été vous rejoindre dans l'éternel repos que vous avez si bien gagné, votre nom ne périra pas, car il restera éternellement attaché à celui de l'École dentaire de Paris dont vous fûtes le premier professeur de dentisterie opératoire et qui vous en gardera toujours un souvenir profondément reconnaissant.

Au nom de vos collègues du corps enseignant de l'École, au nom de vos nombreux élèves, adieu mon cher Levett et bien sincèrement et bien affectueusement, merci.

ALLOCUTION DE M. ROUSSEL.

C'est avec une profonde émotion que je viens, au nom des membres de l'American Dental Club de Paris, vous dire un dernier adieu.

Votre mort, qui nous frappe comme un malheur imprévu, est une perte bien cruelle pour notre société; vous laissez derrière vous bien des regrets et le souvenir ineffaçable des rapports si cordiaux que vous avez eus avec chacun de ses membres depuis la fondation.

Votre énergie ayant toujours été au-dessus de votre ambition, vous avez été un auxiliaire utile et un des présidents les plus actifs; votre modestie qui ressemblait à de l'effacement permettait avec vous des rapports les plus cordiaux. Vous avez semé pour les autres sans espoir de retour, vertu bien grande que de ne pas attendre de récompense! Vous vous êtes efforcé de faire profiter les autres de votre talent dont vous ne tiriez pas vanité, de votre activité et de votre temps, noble tâche où vous avez épuisé vos forces et passé vos jours dont vous auriez pu profiter pour vous-même.

Votre œuvre ne restera ni dans le silence, ni dans l'oubli, car vous avez poursuivi un but et vous l'avez atteint en instruisant plus de 30 promotions d'élèves.

Votre modestie et votre dignité vous ont empêché d'obtenir la juste récompense que tous vos confrères désiraient ardemment pour vous; ç'eût été pour notre profession un honneur, car vous n'étiez pas de ceux qui ne travaillent que pour eux-mêmes, mais vous partez avec un cortège qui vous fait encore plus honneur: l'estime et l'admiration de tous vos collègues et en particulier ceux de l'American Dental Club of Paris.

Adieu, mon cher D^r Levett, adieu.

Notre collègue M. Emile Miégeville, membre du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre, à l'âge de 69 ans, sa belle-mère, M^{me} Vve Lécuyer, décédée le 16 février. Les obsèques ont eu lieu le 19. L'Ecole dentaire de Paris, l'A. G. S. D. F. et l'*Odontologie* y étaient représentées.

Nous adressons à notre collègue, à sa femme, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, ainsi qu'à sa famille, nos regrets, nos condoléances et l'assurance de notre sympathie.

Smith-Housken.

On annonce la mort de notre confrère M. Ole Smith-Housken, de Christiana, principal collaborateur de l'*Odontologie* pour la Norvège, survenue le 20 novembre 1917.

Nous éprouvons de vifs regrets de la perte de ce distingué confrère, que nous avons vu souvent dans les Congrès internationaux et dans les réunions de la F. D. I. et nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M^{lle} Georgette Flaujère, chirurgien-dentiste, avec M. Henri Richard-Chauvin, dentiste militaire au 1^{er} zouaves de marche, célébré au Havre, le 1^{er} décembre dernier.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

Académie de médecine

L'Académie de médecine a procédé le 19 décembre à l'élection de son Bureau pour 1918.

Le Prof. Pozzi a été élu vice-président par 44 voix sur 50 votants.

Rappelons qu'il a présidé en 1892 la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses à l'École dentaire de Paris.

Nous le prions d'agréer nos vives félicitations.

A la Faculté de médecine.

M. le Dr Léon Frey, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris, commencera son cours le samedi 2 mars 1918, à 13 h. 1/2 (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure, pendant les mois de mars et d'avril.

Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants en médecine de 5^e année d'études, comportera 15 leçons théoriques, avec démonstrations pratiques et 5 séances cliniques.

Avis.

Une brochure contenant les vœux du Congrès dentaire inter-alliés de 1916 est à la disposition des membres de l'A. G. S. D. F. qui en feront la demande pour des démarches utiles.

Quelques exemplaires des comptes-rendus du Congrès dentaire international de 1900 disponibles sont mis en vente au prix réduit de 20 fr. les 4 tomes, au lieu de 40 fr.

Il en est de même de la *Notice sur l'Histoire de l'Art dentaire*, mise en vente au prix réduit de 2 fr.

Adresser les demandes, accompagnées d'un mandat-poste, au bibliothécaire de l'École dentaire de Paris, M. H. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES OBSERVATIONS DE BLESSÉS DES MAXILLAIRES

Par MM. MAURICE ROY et GEORGES VILLAIN, en collaboration
avec M. WALLIS-DAVY.

(Présentation à la Société d'odontologie, 16 décembre 1917.)

Parmi les blessés en traitement dans notre service de l'hôpital canadien de Saint-Cloud nous en avons fait venir quelques-uns qui nous ont paru plus particulièrement intéressants et que nous allons vous présenter.

Observation I.

FRACTURE SYMPHYSAIRE (INTRA-ABAISSEURS) SANS DÉPLACEMENT DE L'ARCADE DENTAIRE AVEC CONCASSEMENT DE LA PORTION BASILAIRE TRÈS ABAISSÉE, GROS HÉMATOME.

Soldat Bert... Marc, classe 1915, 46^e chasseurs alpins.

Blessé le 23 octobre 1917 à la Malmaison par balle l'ayant atteint à la partie gauche du menton à 2 cm. au-dessous de la lèvre inférieure.

Entré dans le service le 25 octobre, deux jours après sa blessure.

Cedème considérable de toute la région sus-hyoïdienne et sous-angulaire des deux côtés s'étendant jusqu'à la région mastoïdienne, œdème ecchymotique de la lèvre inférieure, du vestibule et du plancher buccal, de la base de la langue; hématome de toute cette région. (Pl. I a, fig. 1, 2). La langue est plaquée à la voûte palatine et rétractée en arrière, ses mouvements sont très limités.

Plaie secondaire à la partie inférieure droite du menton.

Diagnostic. — Fracture médiane (intra-abaisseurs) par concassement de toute la base de l'os avec trait médian unique de la portion supérieure. Les fragments basillaires sont fortement abaissés et séparés les uns des autres (Pl. I b) : les deux grands fragments séparés au niveau du trait médian par un espace de 2 mm. avec légère élévation du fragment droit.

Au premier examen, on a constaté une fracture symphysaire



Planche I a.

Fig. 1 et 2. — Soldat Bert... Marc à son entrée dans le service.
Fig. 3 et 4. — Le même, muni de la mentonnière Guerini pour relèvement des fragments basilaires.

de la mâchoire inférieure avec peu de déplacement au niveau des dents, mais l'état œdémateux de la région ne permet pas son exploration à son arrivée et la radiographie devait par la suite montrer l'état réel de la fracture.

Traitement. — En raison de l'hématome considérable avec tort



Planche 1 b. — Radiographie (renforcée par un trait dessiné) du soldat Bert...
Marc à son entrée dans le service.

œdème et état adynamique que présentait ce blessé, il y avait lieu de drainer dans la région sous-maxillaire ; c'est ce qui fut fait le lendemain de son entrée, une incision profonde fut faite dans la région-sus-hyoïdienne médiane et une autre dans la région ves-

tibulaire, un drain fut placé entre la plaie mentonnière pré-existante et la plaie sus-hyoïdienne. L'état du malade s'améliora rapidement et l'œdème disparut progressivement.

Une radiographie prise le lendemain de son entrée nous permit de constater que la fracture n'était pas aussi simple qu'il avait semblé au premier examen, elle montrait en effet que, si le maxillaire inférieur avait été peu touché dans sa partie alvéolaire où les dents étaient intactes et peu déplacées avec un seul trait de fracture alvéolaire médian, il y avait un concassement de toute la portion basilaire de l'os avec fort abaissement de tous les fragments séparés les uns des autres (Pl. I b).



Planche I c. — Radiographie (soulignée dans la région non atteinte par la lésion) du soldat Bert... Marc, 7 semaines après sa blessure.

Pour l'immobilisation immédiate des fragments, en outre d'un arc d'Angle monté sur des bagues comme attelle provisoire, cette disposition de la fracture nous amena à appliquer à ce blessé pour remonter les fragments basilaires un appareil de Guerini (de Naples), sorte de fronde formée d'une plaque d'aluminium placée sous le menton et reliée par des élastiques à une coiffe crânienne portant des agrafes sur ses parties latérales. Un trou fut pratiqué dans la plaque pour laisser libre passage à l'extrémité du drain (Pl. I a, fig. 3, 4).

Sous l'influence de ce dispositif les fragments basilaires furent remontés. L'état de la région s'étant amélioré, le drain fut retiré par la suite et les plaies se fermèrent à l'exception d'un petit trajet sous-mentonnier qui persiste encore aujourd'hui.

Cette amélioration de l'état buccal permit de prendre des empreintes et de faire une gouttière de contention en argent que le blessé porte actuellement. Les fragments basilaires étant remontés maintenant et l'œdème des tissus complètement disparu, nous suppléons le port de l'appareil de Guerini dont nous signalons l'excellent résultat ici.

L'intérêt de cette observation c'est le concassement de la partie basilaire de l'os avec abaissement très grand des fragments, bien qu'il n'y eût pas de grand délabrement apparent des tissus; elle montre en outre la nécessité, même en présence d'une fracture sans déplacement des fragments, de contrôler l'état du foyer de fracture par la radiographie.

Pronostic. — La mandibule est actuellement reconstituée dans sa portion basilaire; la consolidation, en très bonne voie, comme l'indique la planche I a, permet de compter sur une guérison absolue.

Observation II.

DESTRUCTION DES DEUX TIERS DE LA BRANCHE HORIZONTALE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. RÉGÉNÉRATION DE LA TOTALITÉ DE L'ARC MANDIBULAIRE

Soldat Ph..., Georges, classé 1907, 4^e zouaves.

Blessé le 23 octobre 1917 à la Malmaison par balle ayant pénétré à 2 cm. au-dessous de la commissure labiale gauche et sortie à la partie inférieure de la joue droite.

Entré dans le service deux jours après, le 25 octobre.

L'orifice d'entrée du projectile, près de la commissure gauche, se présente sous forme d'une petite plaie noirâtre. L'orifice de sortie, à la partie inférieure de la joue droite, est une large plaie anfractueuse irrégulière de 7 cm. de long sur 5 cm. de large. Contenant un grand nombre de petites esquilles et communiquant largement avec une vaste plaie en entonnoir de la bouche s'étendant de $\overline{7}$ à $\overline{4}$. Ces deux plaies présentent de nombreux points sphacelés (Pl. II a, fig. 1, 2).

Le maxillaire inférieur est complètement broyé depuis $\overline{4}$ jusqu'à la branche montante droite (Pl. II b; un assez grand nombre d'esquilles sont adhérentes à la plaie, au niveau de $\overline{8,7}$ un plus gros fragment très mobile, portant des racines, est complètement dénudé sur sa face vestibulaire, mais adhère par sa partie posté-

rière et sa face linguale est recouverte de fibro-muqueuse (A, Pl. II b).



Planche II a.

Fig. 1 et 2. — Soldat Ph... Georges à son entrée dans le service.

Fig. 3 et 4. — Le même deux mois après.

Un fragment est exposé extérieurement (A, fig. 1 et 2, Pl. II a).
Des esquilles volumineuses contenant notamment trois inci-

sives et les parties alvéolaires correspondantes adhérentes seulement à un lambeau muqueux ont été enlevées le lendemain de la blessure, ainsi qu'une autre esquille libre.

Diagnostic : Destruction des deux tiers de la branche horizon-

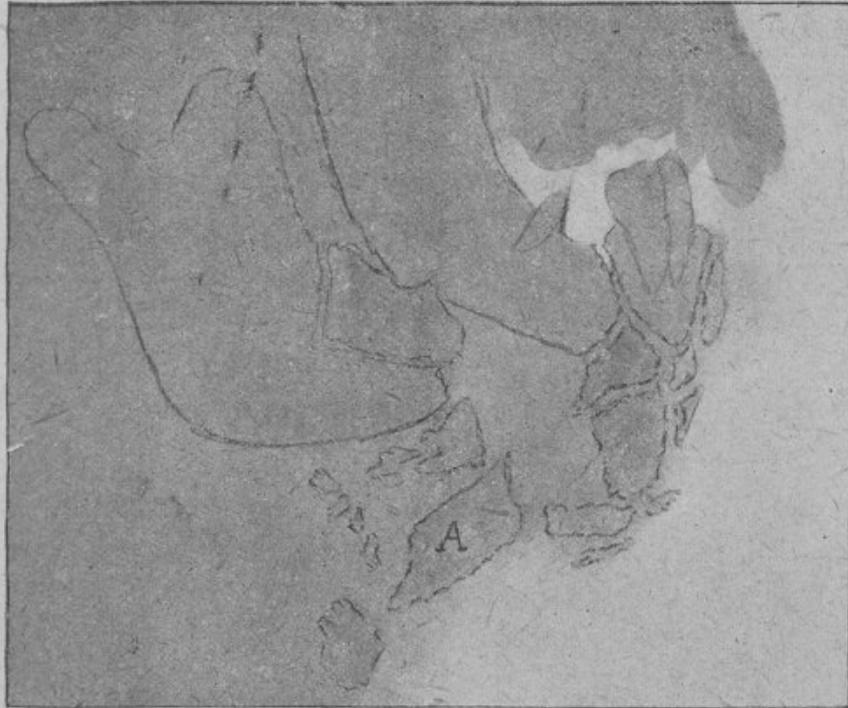


Planche II b. — Radiographie (renforcée par un trait dessiné) du soldat Ph... Georges à son entrée dans le service (cette radio est prise gélatine contre joue gauche).

tale du maxillaire inférieur, assez nombreuses petites esquilles adhérentes, déviation vertico-linguale des deux branches montantes.

Il ne reste au maxillaire inférieur en fait de dents que $\overline{4, 5}$ et les racines de $\overline{7 | 7}$.

Au maxillaire supérieur $\underline{2}$ a été fracturée par le projectile ; la denture est en assez mauvais état il ne reste comme dents que : $\underline{8, 1 | 1, 2, 3, 5, 7}$ et les racines de $\underline{5, 4, 2 | 4}$.

Traitement. — Dès son arrivée dans le service nous nettoyâmes soigneusement la plaie, détachant les débris sphacelés et enlevant les nombreuses esquilles libres, nous respectons au contraire toutes les esquilles, petites, mais suffisamment adhérentes, qui tapisent la plaie, de même le petit fragment postérieur très mobile signalé plus haut dont la face vestibulaire était dénudée.

L'état des plaies s'améliora rapidement, mais en même temps les parties restantes du maxillaire tendaient à se dévier non moins rapidement. La contention de ces parties n'était pas des plus faciles, la branche horizontale du maxillaire inférieur était en effet détruite complètement dans les deux tiers de son étendue et n'était plus représentée dans cette partie que par la plaie



Planche II c. — Radiographie soulignée dans les régions non atteintes du blessé Ph.. Georges, 2 mois après la blessure, voir Planche II b (cette radio est prise plaque contre joue gauche, même position que la Planche II b, mais la gélatine en dehors, la figure est donc reversée).

tapissée de petites esquilles; à gauche la partie restante s'arrêtait à la 1^{re} prémolaire et ne portait que les deux prémolaires intactes et assez solides; à droite, ne se trouvait, en avant de la branche montante, que le petit fragment correspondant aux deux dernières molaires qui était presque flottant et rattaché seulement par la fibro-muqueuse à sa face linguale. Sur une empreinte

approximative de sa bouche on confectionna un appareil en caoutchouc composé de deux gouttières emboîtant les deux dents restantes à gauche et ce que l'on pouvait atteindre du fragment droit si mobile, ces deux gouttières étaient reliées entre elles par une barre de caoutchouc formant pont et destinée à se loger dans l'entonnoir formé par la plaie en vue d'orienter dans la mesure du possible les esquilles et les lambeaux de périoste qui semblaient vouloir s'organiser.

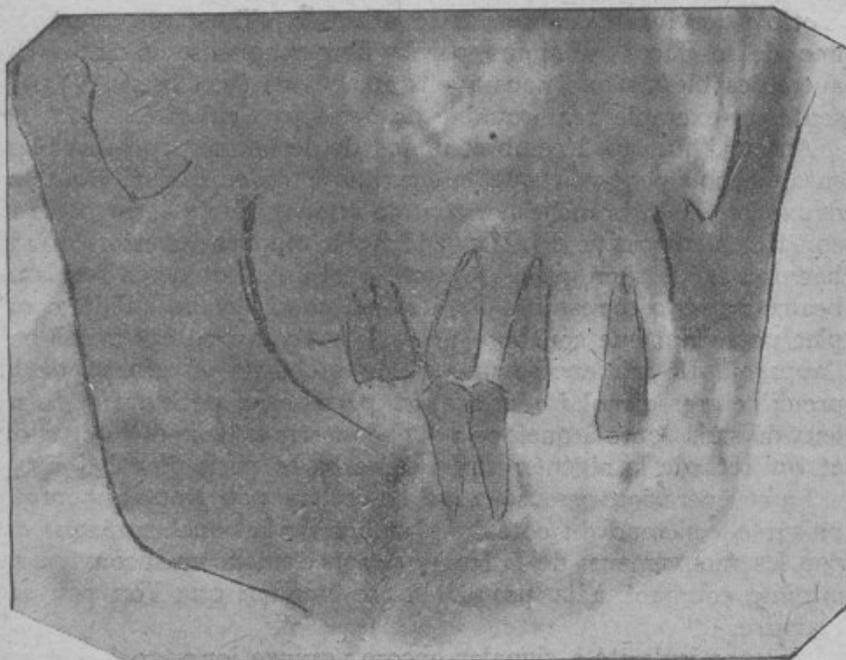


Planche II d. — Radiographie soulignée dans les régions non atteintes par la lésion du blessé Ph... Georges, 2 mois après la blessure, voir Planche II b (cette radio est prise gelatine en dehors, la figure est donc inversée).

Vu l'état des parties, l'exactitude de l'appareil ne pouvait être que très relative, mais on le chauffa assez fortement pour lui donner la position et la courbure voulue au moment de sa mise en place, le 3 novembre, neuf jours après l'entrée du blessé et onze jours après sa blessure.

Concurremment avec cet appareil buccal, on plaça à ce blessé une fronde de Guerini avec plaque d'aluminium pour remonter les parties molles du plancher de la bouche et les esquilles adhérentes qu'elles portaient. (V. ce dispositif Pl. I a).

La cicatrisation de la plaie se poursuivit normalement, diverses

esquilles furent éliminées, et nous eûmes en même temps la satisfaction de voir la région maxillaire détruite prendre de plus en plus de consistance et la régénération osseuse se faire dans d'excellentes conditions sur le tuteur formé par l'appareil. Le fragment droit (A, fig. 1, 2 de la Pl. II a et A, Pl. II b), qui était si mobile et tellement dénudé que l'on pouvait croire à son élimination, se fixait après l'élimination, d'un mince séquestre, justifiant une fois de plus ce que l'un de nous a déjà signalé autrefois¹, que le maxillaire, malgré une dénudation étendue, est susceptible de vivre et de ne pas se nécroser, s'il est recouvert sur une de ses faces au moins par la fibro-muqueuse vivante. Un autre des blessés que nous avons amenés ici (V. Observ. V) présente un exemple remarquable de cette particularité.

Aujourd'hui, 16 décembre, moins de deux mois après sa blessure, chacun peut voir que le maxillaire de ce soldat, dont les deux tiers de la branche horizontale étaient détruits, est presque complètement ossifié (Pl. II c et II d); la plupart des esquilles adhérentes laissées en place se sont organisées et, avec les lambeaux de périoste restants ont reformé un arc mandibulaire complet possédant une courbure normale grâce au tuteur formé par l'appareil. Il y a encore un peu de mobilité, au niveau de la première grosse molaire droite, où persiste un petit trajet fistuleux dû sans doute à quelque petit séquestre en voie d'élimination et qui retarde la régénération osseuse en ce petit point.

La régénération osseuse a même été un peu trop exubérante puisqu'elle s'étend du côté du plancher de la bouche, gênant un peu les mouvements de la langue; mais c'est là un inconvénient minime comparé à la pseudarthrose étendue que l'on pouvait craindre.

Une particularité à signaler encore: quinze jours après la pose de l'appareil, nous nous sommes aperçus d'une déviation notable en dehors des deux prémolaires gauches restantes, cependant assez solides; après examen attentif nous nous sommes rendu compte que cette déviation s'étendait en réalité à toute une partie du fragment gauche restant par suite d'une fracture verticale que nous avions méconnue en arrière de ces dents; les dents supérieures formant plan incliné sur celles-ci avaient porté le fragment en direction vestibulaire gauche, entraînant l'appareil dont ce fragment était le principal soutien. Nous fîmes immédiatement ajouter un plan incliné du côté lingual à cet appareil, ce qui remit immédiatement les choses en position correcte et vous

1. MAURICE ROY. — Un cas intéressant de réparation osseuse consécutivement à un abcès alvéolaire grave. *L'Odontologie*, 15 déc. 1913, p. 483.

voyez que l'occlusion des deux prémolaires restantes est très satisfaisante.

Observation III.

FRACTURE RÉTRO-DENTAIRE, PRÉ-ÉLÉVATEURS ; RÉDUCTION, CONSOLIDATION EN PARFAITE POSITION.

Soldat N..., Théodore, 41^e d'infanterie.

Blessé le 22 avril 1917, à Moronvilliers par balle entrée par la région sterno-mastoïdienne droite et sortie à un centimètre en arrière de la commissure gauche.

Entré dans le service le 3 mai 1917.

Le blessé présente une plaie suppurante irrégulière de cinq cm.



Planche III a. — Radiographie renforcée par un trait dessiné du soldat N... Théodore, muni de son appareil de réduction immédiate composé d'une bielle propulsive montée sur bague d'Angle.

de long au niveau de la commissure gauche, l'orifice d'entrée, peu étendu, suppure également.

On constate l'existence du côté gauche d'une fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur, fracture pré élévateurs avec deux traits obliques, l'un en avant l'autre en arrière de $\overline{6}$ avec perte de substance alvéo-maxillaire (Pl. III a).

Diagnostic : Fracture mandibulaire préélévateurs gauche.

Le fragment gauche est dévié en haut et en dehors, il ne porte plus de dent, mais seulement les racines des molaires brisées par le projectile ; le fragment droit est dévié à gauche.

Traitement. — Pour corriger cette dernière déviation, on plaça immédiatement au blessé une bielle propulsive montée sur deux bagues fixées sur $|3$ et $|6$ (Pl. III a). Puis, par la suite, on lui confectionna sur le fragment droit une gouttière reliée par une bielle avec une gouttière supérieure et portant à son extrémité droite deux tiges parallèles, l'une fileté, l'autre lisse, sur lesquelles venait se monter une selle en argent placée sur le fragment gauche et destinée à refouler celui-ci en arrière, grâce à la tige fileté qui permettait d'éloigner progressivement la selle et le fragment sur lequel elle s'appuyait (Pl. III b). Une bielle reliait cet appareil à une attelle supérieure pour éviter la compression de la selle ou raquette sur la branche montante.

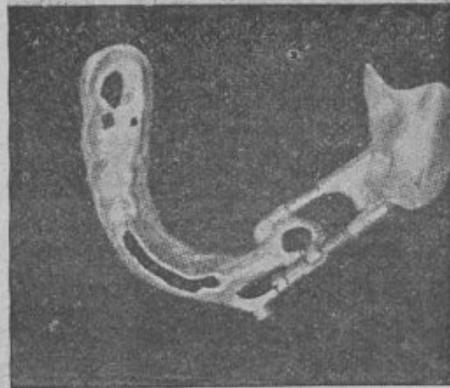
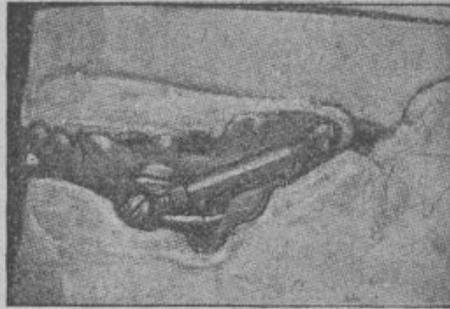


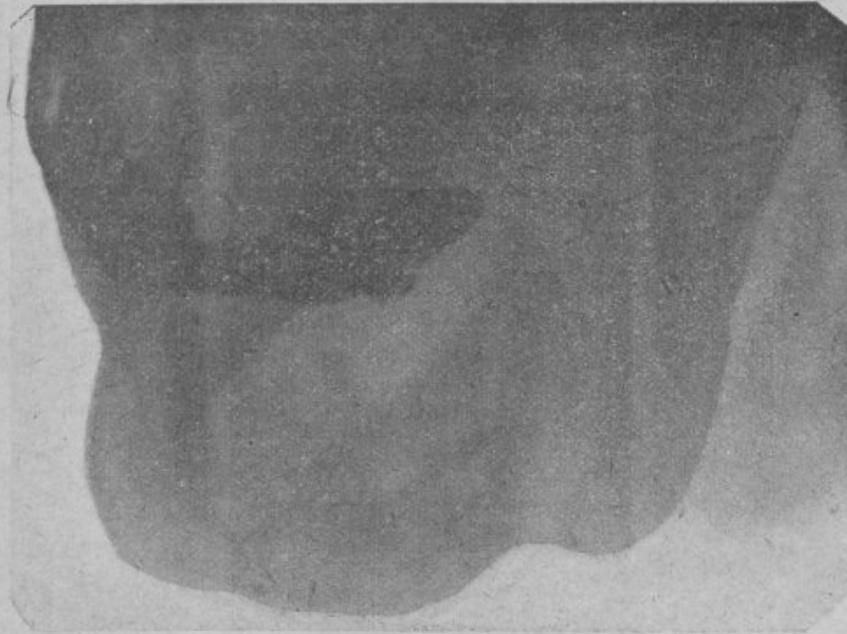
Planche III b. — Appareil mixte à raquette et bielle de réduction et contention des fractures pré-élevateurs, retro-dentaires.

Le 25 mai, un mois après la blessure, cet appareil était scellé et le fragment gauche était réduit en bonne position au bout d'une dizaine de jours.

Le 26 juin, une radiographie indique une consolidation déjà

très avancée, mais aussi la présence de deux racines qui sont alors extraites. L'appareil est maintenu, mais la consolidation étant bien amorcée, la bielle est supprimée avec l'attelle supérieure.

Le 10 octobre, la radiographie indique une consolidation parfaite avec légère exostose (Pl. III c).



Pl III c. — Radiographie du soldat N... Théodore, cinq mois après sa blessure. Consolidation absolue.

Vous voyez aujourd'hui ce blessé complètement guéri en excellente position et sans déformation faciale, la branche montante gauche étant en situation normale.

Observation IV.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR INTRA-ABAISSEURS GAUCHE AVEC PERTE DE SUBSTANCE; FRACTURE DU LARYNX; ÉLIMINATION PAR PLAIE PRÉ-LARYNGÉE DES FRAGMENTS MANDIBULAIRES

Soldat P..., Louis, classe 1917, 18^e chasseurs à pied.

Blessé le 25 novembre 1917, par éclat d'obus qui l'a atteint à la partie gauche du menton et à la région médiane du larynx, au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde.

Entré dans le service le 30 octobre 1917.

Large plaie anfractueuse irrégulière et suppurante de forme triangulaire, à base inférieure, 8 cm. de haut sur 4 cm. de large, partant du milieu de la lèvre inférieure au niveau du bord libre et se dirigeant obliquement vers la gauche jusque dans la région sus-hyoïdienne ; on aperçoit dans cette plaie un grand nombre de petites esquilles et une partie dénudée du fragment gauche de la mâchoire inférieure (Pl. IV a).



Planche IV a. — Soldat P... Louis à son entrée dans le service.

La plaie du cou est irrégulière, anfractueuse et on y constate quelques petits débris de cartilages laryngés.

Le blessé tousse constamment et est complètement aphone ; il est obligé d'écrire ce qu'il veut dire.

Ecchymoses de la face du côté gauche au niveau de la région malaire et de la paupière supérieure gauche et petite ecchymose conjonctivale.

Le maxillaire inférieur est fracturé au niveau de $\overline{2,3}$; la canine est disparue, mais l'incisive est complètement renversée sur l'apex au niveau du bord libre des dents voisines, elle est encore adhérente aux parties molles.

Le petit fragment qui porte $\overline{4,5,6,7}$ (qui sont en bon état) est en assez bonne occlusion ; le fragment droit, dont $\overline{1}$ est en contact avec $\overline{4}$, est dévié à gauche et notablement abaissé, déviation par version disto-latéro-linguale ; toutes les dents existent sur ce fragment sauf $\overline{6}$. Perte de substance par destruction de

de la portion correspondant à $\overline{2,3}$ sur toute la hauteur du maxillaire; dans la partie basilaire, la destruction s'étend jusqu'au niveau de $\overline{7}$, la plaie externe communique largement avec le foyer de fracture et une ouverture en cratère de 1 cm. de diamètre la fait communiquer avec le plancher de la bouche.

Une radiographie faite le même jour nous montre que de nombreux fragments osseux existent à la partie supérieure du cou, entraînés là sans doute par le projectile (Pl. IV b.)

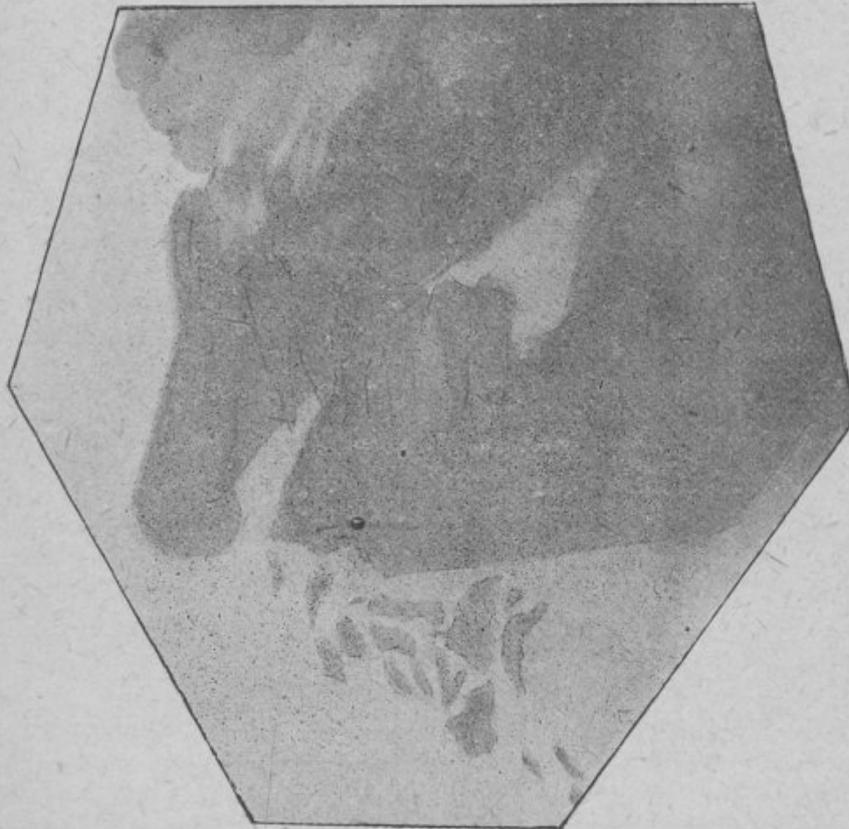


Planche IV b. — Radiographie soulignée du soldat P... Louis à son entrée dans le service.

Au maxillaire supérieur aucune lésion.

Diagnostic. — Fracture du maxillaire inférieur avec perte de substance au niveau de l'incisive latérale et de la canine gauche, s'étendant, à la partie basilaire, jusqu'au niveau de la seconde grosse molaire. Large perte de substance à la partie gauche du menton, fracture du larynx avec plaie du cou.

Traitement. — A l'arrivée de ce blessé, les plaies furent nettoyées et débarrassées des esquilles libres et des petits débris de cartilage laryngé qui se trouvaient dans la plaie du cou.

On lui confectionna ensuite, suivant la méthode préconisée par l'un de nous¹, sur chacun des fragments des gouttières reliées entre elles par des plans horizontaux formés par une lame métallique soudée à l'extrémité de l'une des gouttières et glissant entre deux autres lames fixées à l'extrémité correspondante de l'autre

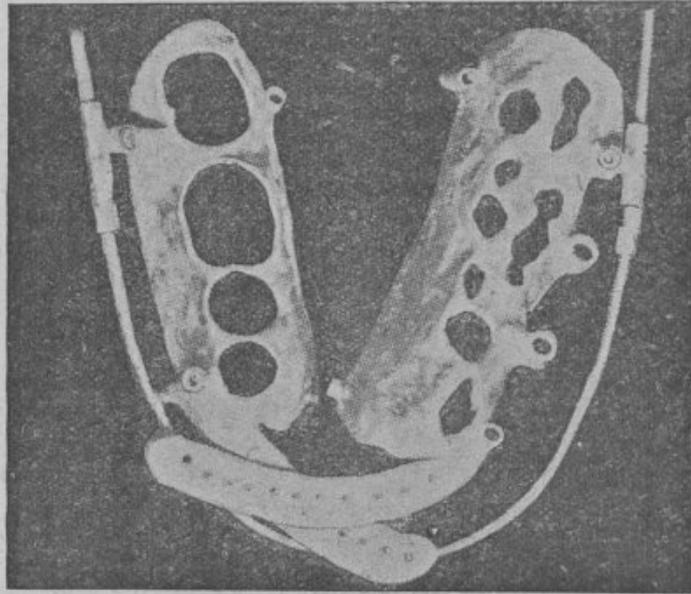


Planche IV c. — Appareil de réduction progressive neutralisant les forces verticales antagonistes.

gouttière. Une série de trous dans les lames permettait de fixer ces deux gouttières à différents écartements, mais toujours dans un plan horizontal. L'écartement est obtenu au moyen d'un anneau de caoutchouc placé sur deux crochets soudés à l'extrémité de chacune des lames opposées et qui tend à écarter les fragments.

Chez ce blessé nous n'avons toutefois pas pratiqué encore cet écartement, car, en raison de la perte de substance basilaire et de la lésion des parties molles à ce niveau, l'ossification a peu de

1. G. Villain. Traitement physiologique des fractures mandibulaires, Société d'Odontologie, 12 mars 1916. V. *Odontologie*, juillet, août, octobre 1916; comptes rendus du Congrès dentaire interalliés, p. 303, 349 et 401.

tendance à se produire et nous préférons laisser se former un début de cal sur les fragments rapprochés et à ce moment nous nous proposons de tirer lentement sur ce cal embryonnaire; la réduction, encore à l'heure actuelle, aurait des chances d'être suivie de pseudarthrose puisque, six semaines après sa blessure, il n'y a pas encore de formation osseuse perceptible.

La plaie mentonnaire s'est fermée assez lentement en raison de la présence de l'extrémité du fragment gauche assez fortement dénudé; aujourd'hui elle est cicatrisée complètement.

La plaie pré-laryngée, qui avait tout d'abord assez rapidement diminué, présentait bientôt des phénomènes d'inflammation; quelques petites esquilles maxillaires en furent extraites; mais, quelques jours après, les phénomènes ne s'étant pas amendés, et des parties osseuses étant perçues par le stylet dans le trajet, nous fîmes une incision verticale à ce niveau et par curettage nous retirâmes de la plaie un grand nombre d'esquilles et quelques débris de la canine.

Une deuxième intervention du même genre faite quinze jours après nous a permis de retirer encore quelques fragments osseux, dont un de 2 cm. et demi de long représentant le bord inférieur du maxillaire.

Somme toute, et c'est ce qui fait le principal intérêt de cette observation, ce blessé a éliminé par sa plaie pré-laryngée la totalité des esquilles que la radiographie nous avait montrées entraînées par le projectile dans la région supérieure du cou (*Pl. IV b*). A noter également que, malgré la lésion laryngée, la voix est revenue progressivement et, à l'heure actuelle, le blessé a retrouvé sa voix presque normale; à l'examen laryngoscopique les lésions visibles sont insignifiantes.

Observation V.

TRÈS LARGE PLAIE AURICULO-COMMISSURALE DE LA JOUE; FRACTURE INTRA-ÉLÉVATEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC DÉNUDATION COMPLÈTE DE LA FACE EXTERNE DE L'OS D'UN CÔTÉ; GUÉRISON SANS PERTE DE SUBSTANCE.

Soldat Pe..., Albert, classe 1919, 24^e chasseurs à pied.

Blessé le 23 octobre 1917 à la Malmaison, par éclat d'obus qui l'a atteint à la partie inférieure de la face et a fendu celle-ci de la commissure labiale au lobule de l'oreille droite, les deux lambeaux complètement séparés.

Entré dans le service le 31 octobre.

A son arrivée, il présente une vaste plaie irrégulière et très anfractueuse mettant très largement la bouche en communication

avec l'extérieur, cette plaie s'étend de la commissure droite au lobule de l'oreille du même côté; en avant de celui-ci, elle remonte sur une longueur de 2 cm.; la plaie a dû être suturée, la l'H. O. E., les points de suture n'ont tenu qu'au niveau de la commissure labiale, qui est affrontée en bonne position sur une étendue de 2 cm. Le lambeau inférieur, retenu par ce seul point, pend considérablement (Pl. Va, fig. 1).

La plaie mesure 11 cm. de long sur 7 1/2 de large; par cette vaste brèche on aperçoit le maxillaire inférieur fracturé (visible sur la photographie, fig. 1, Pl. V) et qui est dénudé depuis la canine droite jusqu'à la partie moyenne de la branche montante; ce décollement s'étend jusqu'aux insertions temporales sur l'apophyse coronéide; le masséter ne paraît pas décollé; sur la branche horizontale l'os est à découvert jusqu'à son bord inférieur, décollé lui-même, le stylet pouvant nettement l'explorer. La fibromuqueuse paraît adhérente sur toute la face linguale du maxillaire, contrairement à la face vestibulaire, complètement dénudée.

Toutes les molaires et prémolaires de ce côté ont disparu. Quelques racines ou fragments de racines subsistent seuls. Il existe un trait de fracture visible de l'extérieur, ce trait part de la partie moyenne de la branche montante au niveau de la ligne oblique externe et paraît descendre obliquement au niveau de la 2^e grosse molaire. La mâchoire inférieure ne paraît pas déviée et on ne constate à l'exploration directe que ce seul trait de fracture.

On voit nettement par la plaie la partie inférieure du maxillaire supérieur droit qui a été broyée depuis la canine gauche jusqu'à la tubérosité, toute la région alvéolaire de ce côté est ouverte et déchiquetée.

Le malade présente $\frac{3, 4, 5, 6, 7}{3, 2, 1 \mid 1, 2, 3, 4, 5, 7}$

Diagnostic. — Très large perte de substance de la joue droite; fracture latérale droite du maxillaire inférieur (intra-élévateurs), quelques fibres antérieures du masséter restant adhérentes au grand fragment (Pl. IV c), fracture largement ouverte avec dénudation complète de la face vestibulaire de l'os, de la canine jusqu'à une ligne verticale passant au niveau des insertions antérieures des muscles temporal et masséter.

Traitement. — Nous procédâmes immédiatement au nettoyage des plaies cutanées et buccales qui suppuraient abondamment et, quatre jours après, la plaie s'étant très améliorée, nous nous préoccupâmes de favoriser le rapprochement des lèvres de cette énorme brèche. La suture n'était pas possible sur ces tissus encore suppurants et œdématisés, mais nous appliquâmes sur la joue, parallèlement à

chacun des bords de la plaie, une bande de diachylon sur lequel on avait au préalable cousu une série d'agrafes de vêtement dont



Planche V a.

Fig. 1. — Soldat Pe... Albert à son entrée dans le service.

Fig. 2. — Le même immédiatement après la pose du dispositif de rapprochement des lambeaux.

les crochets étaient de direction opposée sur les deux bandes ; un fil de fer était passé dans chaque série d'agrafes et des anses de

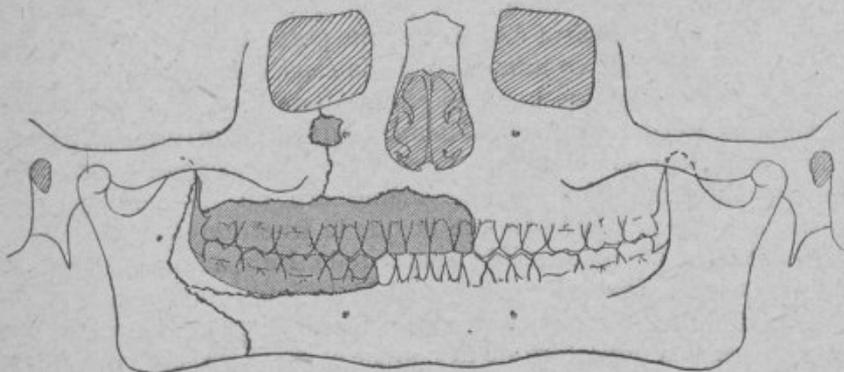


Planche V b. — Lésion osseuse du soldat Pe... Albert.

fil métallique, placées à chaque extrémité de ce fil métallique, rapprochaient les bords de la plaie par l'intermédiaire des bandes de diachylon sur lesquelles la traction s'exerçait. Un fil de mail-

lehort recourbé en U formant ressort, placé entre les deux rangs d'agrafes, ajoutait son action à celle des fils.

Ce dispositif, qui était parfaitement toléré, a favorisé la réunion de la plaie qui s'est faite rapidement.

Du côté du maxillaire, on aurait pu avoir quelque inquiétude pour l'avenir, car, si la fracture était assez simple, malgré l'énorme lésion des parties molles, le maxillaire était en effet, nous l'avons dit, complètement dénudé sur sa face externe et son bord inférieur et l'on aurait pu craindre une nécrose étendue de l'os ; mais celui-ci était complètement recouvert par la fibro-muqueuse à sa face interne et dans ces conditions, ainsi que nous l'avons signalé chez le premier malade que nous vous avons présenté, il était probable que l'os serait intégralement conservé. C'est ce qui s'est produit et, hors un séquestre de quatre cm. de long sur 1/2 cm. de large représentant la ligne oblique externe du maxillaire et dû à une fracture horizontale à ce niveau, ce blessé a conservé la totalité de sa mandibule qui est en bonne voie de consolidation. Il y a encore une racine dont l'extraction sera faite ultérieurement.

L'immobilisation de la mâchoire n'était pas facile à réaliser, il n'y avait plus aucune dent ni en haut, ni en bas du côté droit. Quinze jours après son entrée on bloqua les deux mâchoires entre les repas au moyen de deux petites gouttières avec vis placées sur les dents du côté gauche. Le blocage intermittent fut employé dans ce cas, car nous étions dans l'impossibilité de placer un appareil à bielle et raquette (v. Pl. III b), en raison de la vaste lésion jugo-maxillaire et parce que le trait de fracture, quoique simple et intra-élévateurs, ne permettait pas de supposer avec certitude, comme nous le faisons habituellement dans les cas analogues, que la sangle musculaire formée par les insertions massétériques et ptérygoïdiennes suffirait à maintenir le fragment antérieur sur lequel quelques fibres du masséter semblaient encore s'insérer. Nous avions même cru un moment que ces insertions n'existaient pas que et que la fracture était pré-élévateurs et nous l'avons traitée comme telle. Puis, au bout de quinze jours, la cicatrisation de la plaie de la joue étant achevée, on enleva définitivement les verrous de blocage pour permettre des mouvements d'ouverture de la bouche et des massages pour lutter contre la rétraction cicatricielle qui entraînait de la constriction des mâchoires.

Une semaine après son entrée, ce blessé a présenté une tuméfaction de la région sous-orbitaire ; nous avons signalé dans les blessures du maxillaire supérieur la fréquence de cette complication, qui est due à une infection d'origine sinusienne allant se faire

jour dans cette région. En vue d'enrayer la formation d'une fistule nous fîmes à la curette une ouverture large du sinus par la paroi alvéolaire broyée par le projectile, mais le drainage ne se fit pas très bien, le sinus paraissant anormal soit par suite de fracture, soit par suite d'une disposition particulière (le blessé avait de l'ozène antérieurement à sa blessure). On dut par la suite ouvrir au bistouri une collection sous-orbitaire dont l'origine sinusienne fut démontrée immédiatement par le fait que les lavages par la voie alvéolaire ressortaient à la fois par le nez et par le trajet fistuleux sous-orbitaire.



Planche Vc. — Radiographie du soldat Pe... Albert, deux mois après sa blessure.

La fistule buccale se ferma assez rapidement, malgré le passage quotidien de canule pour lavages du sinus que l'état des parties ne permettait pas de laisser en permanence et il persiste encore à l'heure actuelle une fistule sous-orbitaire qui donne un peu de pus et dont la communication avec le nez est mal assurée pour les raisons sus-indiquées, ce qui entrave sa guérison complète ¹.

1. Après l'extraction d'une racine de dent dont la présence fut révélée par examen radiographique et postérieurement à cette présentation la fistule a totalement disparu.

La consolidation de la fracture mandibulaire est très avancée, comme l'indique la radiographie (Pl. V c).

Observation VI.

FRACTURE MANDIBULAIRE POST-ÉLÉVATEURS DROITE AVEC BROIEMENT ET PERTE DE SUBSTANCE DE LA RÉGION TEMPORO-MAXILLAIRE (CONDYLE ET APOPHYSE TRANSVERSE).

Il s'agit d'un blessé ayant perdu le condyle gauche avec les 2/3 de la branche montante et la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

Maintenu en bonne position par un appareil à bielle à manivelle, assurant les mouvements normaux de la mandibule, ce blessé guérit avec rétablissement intégral des mouvements mandibulaires, sans déviation à l'ouverture buccale, la radiographie montrant une néo-articulation temporo-maxillaire.

Cette observation a été publiée dans la *Revue de prothèse maxillo-faciale* d'octobre 1917, à laquelle nous renvoyons le lecteur.

PRÉSENTATION D'UN BLESSÉ

Par M. Albert DEBRAY

Dentiste militaire. Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

(*Société d'Odontologie de Paris, 16 décembre 1917.*)

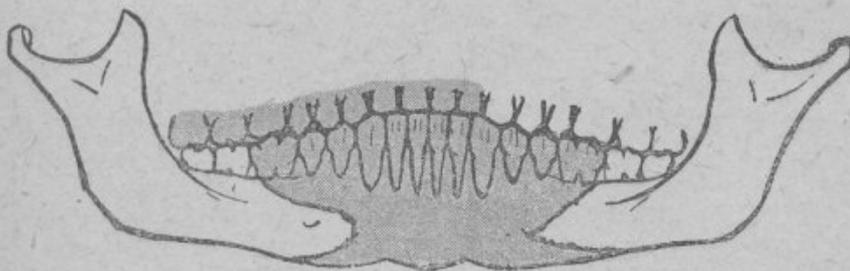
Le militaire que je vous présente, Mochica Michel, n° 3105, est un blessé ancien, puisque sa blessure remonte au 6 juin 1915.

Il a reçu une balle, entrée à 4 cm. en arrière et au-dessous de la commissure labiale gauche, déchirant cette partie de la joue jusqu'à la commissure, provoquant de gauche à droite et un peu de bas en haut une fracture et la perte de la portion antérieure du maxillaire inférieur, depuis la 2^e grosse molaire gauche jusqu'à la 2^e grosse molaire droite, brisant également toutes les dents et leur portion alvéolaire du maxillaire supérieur depuis la canine gauche jusqu'à la dent de sagesse droite. Cette balle est sortie par la joue droite provoquant une très large plaie.

Evacué le 10 juin 1915 dans un service du Val-de-Grâce, le patient y subit deux interventions chirurgicales pour la réfection de ses joues et on lui confectionna ensuite deux gouttières pour maintenir ses deux fragments.

A son entrée à notre hôpital 112, le 23 mai 1917, le blessé présente une forte pseudarthrose très lâche; il mord en deux temps, le fragment droit étant beaucoup plus élevé que le fragment gauche.

Nous cherchâmes tout d'abord à confectionner des appareils modifiant et rétablissant la synergie musculaire des deux fragments. Ce ne fut pas chose facile et je dois avouer



que nous avons eu pour débiter un échec. Il faut aussi dire que depuis près de deux ans ce blessé traînait dans un service d'hôpital sans que l'on s'occupât de rétablir l'usage fonctionnel de sa mâchoire. Pendant ce temps la discordance des mouvements des deux fragments ne fit que s'accroître à ce point qu'à l'occlusion, le fragment gauche s'articulant normalement, le fragment droit remontait sans cesse faute de dents antagonistes et venait mordre en plein palais.

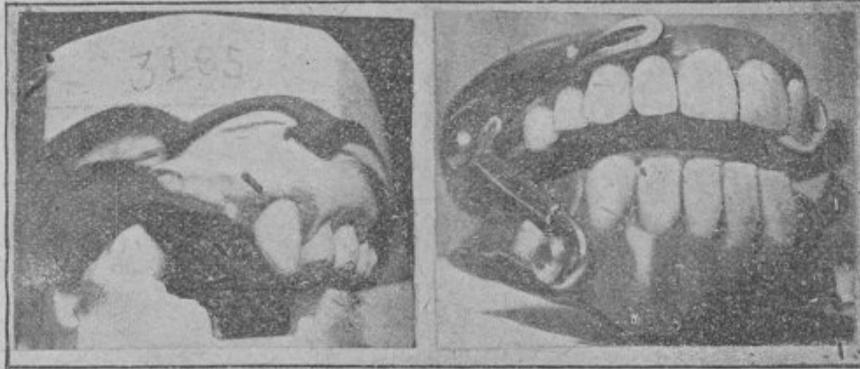
Notre premier appareil consistait en une plaque du haut en vulcanite qui avait pour but d'abaisser le fragment droit du maxillaire inférieur et de rétablir au moyen de couches successives de gutta un parallélisme des deux fragments. Le port de cet appareil ne donna aucun résultat.

Le 2° appareil consiste en : 1° une attelle métallique s'adaptant sur le fragment droit; 2° une pièce dentaire supérieure avec dents, comme pour un appareil de mastication. Ces deux appareils étaient réunis par une bielle coudée de

G. Villain, munie d'un ressort Brenot. Le résultat désiré fut obtenu rapidement grâce à cette bielle qui, agissant constamment sur le fragment inférieur, le descendait et le maintenait à la même hauteur que le fragment du côté opposé.

Un mois après nous pouvions confectionner nos appareils définitifs que nous présentons aujourd'hui.

1° L'appareil inférieur qui consiste en deux attelles métalliques réunies par un bloc de vulcanite portant les dents



manquantes ; 2° L'appareil supérieur qui comprend une attelle métallique entourant toutes les dents restantes, quatre crochets en or pour aider à l'ancrage de l'appareil, plus une plaque de vulcanite supportant les dents manquantes. Ces deux appareils sont réunis par une bielle à ressort qui maintient, grâce au ressort de la bielle, le fragment droit et rétablit l'occlusion normale.

Grâce à cette bielle, décrite dans le dernier numéro de la *Restauration maxillo-faciale*, ce blessé peut, malgré l'énorme perte de substance, retrouver l'usage de la mastication comme un simple édenté.

UN PROCÉDÉ POUR LA COULÉE DU MÉTAL D'IMPRIMERIE

Par M. CHASTEL.

(*Société d'Odontologie de Paris, 16 décembre 1917.*)

Le métal d'imprimerie est utilisé pour la confection d'obturateurs en caoutchouc mou (voiles artificiels à clapet de Delair). Son emploi a l'avantage de permettre la séparation facile du caoutchouc et des deux masses de ce métal entre lesquelles le caoutchouc est cuit. Les modèles en métal d'imprimerie sont coulés dans des moules en terre comme les modèles de zinc servant à l'estampage des pièces métalliques. Cependant une difficulté se présente dans la coulée et c'est ce dont je veux parler ici. Si on laisse la cristallisation se faire naturellement, il se produit une contraction considérable qui amène des déformations telles que les modèles obtenus sont complètement inutilisables. Ces déformations sont caractérisées par des trous qui se produisent *toujours sur la surface inférieure* de la masse de métal et cette surface est justement celle sur laquelle le voile est cuit. La cristallisation commence par la surface superficielle de la masse de métal coulé, tandis que la surface inférieure en contact avec la terre du moule reste la dernière en fusion. C'est donc aux dépens de cette surface non encore cristallisée que se produit la contraction qui provoque les déformations. Il suffit, pour obvier à cet inconvénient, de maintenir en fusion à l'aide d'un chalumeau la surface superficielle jusqu'à ce que la surface inférieure soit cristallisée. La contraction s'opère alors aux dépens de la surface superficielle et les modèles obtenus ainsi sont parfaits.

(Pratiquement on tient seulement en fusion le centre de la surface superficielle en donnant de petits coups de chalumeau. On tâte avec une pointe de métal pour se rendre compte de l'état de la cristallisation. Lorsqu'on sent que la partie inférieure de la masse commence à durcir, on arrête l'opération qui doit durer environ 25 minutes).

A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE D'UN PRÉTENDU STIGMATE DENTAIRE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. V. GALIPPE.

(Suite.)

Examen de la bouche. — Atrésie de la voûte palatine ; première grosse molaire supérieure droite présente quatre tubercules supplémentaires, dont un ne dépasse pas le volume d'une grosse tête d'épingle (dent multicuspidée) ; la première grosse molaire correspondante du côté gauche a disparu. La canine supérieure droite est trilobée et se termine par une pointe très aiguë.

La réaction de Wassermann a été pratiquée en mars 1917 à l'occasion d'une affection cutanée de nature douteuse, qui a été diagnostiquée ultérieurement pityriasis rosé de Gibert ; elle s'est montrée négative.

OBS. II. — C... (Ludovic), trente ans. Infiltration des sommets avec prédominance à droite. *Wassermann négatif*. Le cœur présente quelques extrasystoles.

OBS. III. — G... (Louis), vingt-quatre ans. Induration du sommet droit, souffle systolique au foyer aortique. Pas de rhumatismes. *Wassermann négatif*.

OBS. IV. — L... (Louis), vingt-six ans. Tuberculose pulmonaire ouverte. Perte de substance à droite. *Wassermann négatif*.

OBS. V. — P... (Florentin), vingt-cinq ans. Infiltration du sommet droit. *Wassermann négatif*.

OBS. VI. — S... (Henri), trente-et-un ans. Infiltration du sommet droit. *Wassermann négatif*.

OBS. VII. — D... (Henri), trente-cinq ans. Sclérose du sommet droit. Adénite cervicale. Syphilis acquise dix ans auparavant. *Wassermann positif*.

OBS. VIII. — D... (Raymond), vingt-neuf ans. Tuberculose pulmonaire ouverte avec perte de substance. *Wassermann positif*. Leucoplasie linguale. Syphilis acquise.

Tous ces malades (de II à VIII) soignés par M. Mantoux présentaient un tubercule supplémentaire sur la face interne des premières grosses molaires supérieures droite et gauche.

Les deux dernières observations sont particulièrement intéressantes, puisqu'elles démontrent qu'on peut avoir des tubercules supplémentaires et contracter la syphilis, et que, d'autre part, le fait d'être tuberculeux n'empêche pas un syphilitique d'avoir un Wassermann positif, comme on l'a prétendu, à tort pensons-nous.

Dans un travail publié dans la *Presse médicale*, numéro du 20 septembre 1917, MM. Marius Mozer et Ch. Chenet se sont proposé de vérifier l'assertion en vertu de laquelle la présence de tu-

bercules supplémentaires serait un signe d'hérédo-syphilis. Chez des hérédo-syphilitiques avérés, ils n'ont rencontré qu'une seule fois des tubercules supplémentaires. Dans 19 cas où les malades présentaient des tubercules supplémentaires très nets, la réaction de Wassermann fut toujours trouvée négative.

Dans un de ces cas, la présence des tubercules supplémentaires coïncidait avec un bec-de-lièvre.

Des observations qui précèdent, il est permis de conclure que l'anomalie dentaire consistant dans la présence d'un *tubercule supplémentaire* à la face interne de la couronne des premières grosses molaires supérieures est relativement très fréquente.

Cette anomalie est parfaitement connue, et depuis longtemps, ce n'est ni une difformité spéciale, ni une anomalie spécifique.

Dans la longue série des stigmates de dégénérescence, *les tubercules supplémentaires* ne comportent, *par eux-mêmes*, qu'un pronostic bénin.

Ils témoignent d'un trouble de l'ontogénèse sans que l'on puisse, pas plus du reste qu'à n'importe quelle autre anomalie, leur assigner une origine certaine et invariable.

Comme beaucoup d'autres anomalies, *les tubercules supplémentaires* peuvent prendre un caractère familial, et dans les observations recueillies par M. le D^r André Collin et M^{me} G. Souffland, il y en a deux où l'on a constaté la présence de cette anomalie à la fois chez la mère et chez les enfants, et particularité assez rare, elle s'observe à la fois sur les deux dentitions.

Nous n'avons rencontré jusqu'ici aucun porteur de cette anomalie qui n'en présentât une ou plusieurs autres, soit sur son système maxillo-dentaire, soit sur tout autre organe, sans compter les troubles psychiques. Pour trouver des anomalies, il faut vouloir les chercher et savoir les reconnaître.

En raison de sa fréquence, il est tout naturel qu'on ait signalé cette anomalie chez des hérédo-syphilitiques, surtout dans les services ou dans les clientèle spécialisés ; mais c'est à tort, suivant nous, qu'on a voulu établir un lien nécessaire entre elle et l'hérédo-syphilis. Le D^r Mantoux, qui a un service de tuberculeux, n'a jamais songé, et avec raison, à signaler une relation quelconque entre les tubercules supplémentaires dentaires et la tuberculose.

Ce que nous avons dit des tubercules supplémentaires, nous pourrions le répéter avec autant de force des autres anomalies dentaires dont on a voulu faire des stigmates certains et exclusifs de l'hérédo-syphilis.

A un moment donné, la chasse aux stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis est devenue une sorte de sport. Beaucoup s'y

employaient avec plus de zèle que de discernement, et l'on voulait avoir sa dent, tout comme Hutchinson. Nous indiquerons, ci-après, pourquoi ces recherches étaient condamnées à rester stériles. Elles avaient contre elles l'observation clinique, les lois de la biologie générale et les enseignements de la tératogénèse expérimentale.

Comme on le verra plus loin, on n'est arrivé qu'à un résultat tout à fait regrettable, c'est-à-dire à jeter la confusion dans les esprits.

C'est en vertu de cette confusion, dont la responsabilité incombe à certains syphiligraphes, que l'un d'eux a pu dire que très peu de médecins, en dehors des syphiligraphes, savent, à première vue, reconnaître une dentition d'hérédosyphilitique. Heureusement ! peut-on dire, car si tous les médecins commettaient la même erreur que le syphiligraphe précité, il n'y aurait plus dans le monde que des hérédosyphilitiques ! C'est une erreur énorme que de considérer comme témoignant de l'hérédosyphilis les anomalies de forme, de structure, de siège des dents, l'atrésie de la voûte palatine, l'absence ou le nanisme d'une incisive latérale, qui se rencontrent chez des sujets issus de parents non spécifiques. Il semble que les médecins auxquels je fais allusion se soient donné pour but de compliquer à plaisir une question déjà suffisamment embrouillée par eux. Et pour en revenir aux tubercules supplémentaires, peut-on admettre que, si ce tubercule est faiblement indiqué, il n'indiquerait pas l'hérédosyphilis, mais que, s'il est très saillant, ce sera l'indice certain de l'hérédosyphilis ? On peut concevoir quel sera l'embarras d'un médecin imbu des idées que nous combattons, se trouvant en présence d'un tubercule supplémentaire formant une saillie moyenne !

Dans un mémoire publié, en 1907, sur l'*Erosion dentaire considérée comme stigmate de dégénérescence*, je disais, et je n'ai pas changé d'avis depuis : « J'ai protesté bien des fois et je proteste une fois de plus contre la prétention aussi illogique qu'injustifiée des syphiligraphes de considérer comme appartenant en propre à la syphilis toutes les anomalies qu'ils observent chez les hérédosyphilitiques. Tout ce que produit la syphilis en matière de dystrophie, toutes les autres infections ou intoxications peuvent également la provoquer. Il n'y a qu'une différence de fréquence, et toute la question est de savoir s'il y a, par exemple, plus de syphilitiques que d'alcooliques, et de comparer ce que peut donner l'infection des uns au regard de l'intoxication des autres. Et, pour ce qui a trait à l'alcoolisme, je rappellerai que dans une séance récente de l'Académie de médecine, à propos d'une remarquable communication du professeur L. Landouzy sur les affections

cardio-vasculaires congénitales hérédo-syphilitiques (en collaboration avec M. Læderich), le professeur Pinard ayant pris la parole pour faire observer combien étaient fréquentes les malformations cardio-vasculaires d'origine éthylique, M. Landouzy a déclaré que, depuis longtemps, son opinion était faite sur ce point, et qu'il était d'accord avec son collègue. Pour montrer le polymorphisme de l'action dystrophiant de l'alcool chez les hérédo-éthyliques, il suffira de lire l'observation suivante, rapportée par M. M. Brunon, dans son mémoire lu à l'Académie de médecine (séance du 18 mai 1907), sous ce titre : *l'Alcool et l'Enfant*. « Une forte fille de dix-neuf ans a un enfant ; il est superbe. Elle se marie et épouse un alcoolique. Elle a quatre enfants : le premier, rachitique, marche avec des béquilles ; le second est idiot ; le troisième a une luxation congénitale de la hanche ; le quatrième est normal ; le cinquième est venu mort, il n'avait que quatre doigts à chaque main.

Quiconque attribuerait exclusivement à l'hérédité éthylique chacune des malformations précitées, commettrait la même erreur que les syphiligraphes dont nous parlions tout à l'heure.

En procédant ainsi, on jette des idées fausses dans l'esprit des jeunes générations. S'il est bon d'enseigner qu'il faut toujours songer à la syphilis, il est dangereux de la voir partout et d'en faire la base de la pathologie humaine !

Quel trouble doit éprouver un jeune médecin, lorsqu'il se trouve en présence d'une de ces nombreuses anomalies attribuées si généreusement à l'hérédo-syphilis ? Persistance des dents de lait, syphilis ! Anomalies de forme, de siège, de structure, syphilis ! Prognathisme inférieur, syphilis !

Il y a donc lieu de réagir énergiquement contre une pareille tendance, véritable défi jeté à la fois à l'observation clinique et au bon sens !

Grâce à l'indifférence qui a accueilli les premiers travaux des stomatologistes, des erreurs aussi préjudiciables que celles que nous venons de signaler ont pu prendre pied dans la science médicale, en raison de l'autorité incontestée de leurs auteurs, mais sur d'autres points.

Le devoir des stomatologistes est tout tracé ; ils ont maintenant le nombre et, eux aussi, l'autorité conférée par leurs travaux et les progrès réalisés par ceux-ci. C'est à eux qu'incombe le devoir et de réformer les erreurs et de modifier la nomenclature qu'on tend à leur imposer.

Cette terminologie est vraiment trop fantaisiste et ne répond ni à la réalité des faits, ni à nos habitudes de langage. Le pittoresque d'une définition ne peut racheter son impropriété, et il

nous est impossible d'accepter *l'infantilisme dentaire, la désorientation dentaire, l'amorphisme dentaire, l'atrophie cuspidienne*, et de comparer une dent à un *chapiteau rabougri*!

Et si nous envisageons maintenant le développement de la dent, pouvons nous admettre que, parlant à des médecins, on compare la dent à un *fragment calcaire*, et la pulpe à un *bourgeon charnu*? Non, cent fois non! Et nous revendiquons, pour notre spécialité, le droit d'user d'une nomenclature plus scientifique.

Il n'est pas possible d'admettre que le microdontisme, portant sur une ou plusieurs dents, soit fonction de l'hérédo-syphilis. Cette anomalie se rencontre fréquemment et en dehors de tout soupçon d'hérédo-syphilis, et elle peut être héréditaire. Nous en avons donné de nombreux exemples, en particulier, pour ce qui regarde les incisives latérales. L'absence d'une ou de deux incisives latérales ou de toute autre dent n'a et ne saurait avoir la signification exclusive qu'on lui prête.

Dans la grande variété de formes que présentent les dents humaines, il n'est pas rare d'en observer montrant la forme en tournevis, c'est-à-dire plus larges au collet qu'au bord tranchant, et cela sans aucune lésion de l'émail. Quand on nous représente une dent érodée, en forme de tournevis, on ne nous montre qu'une déformation accidentelle de la dent produite par l'érosion, avec disparition plus ou moins profonde de l'émail et une altération de la dentine sous-jacente. Or, nous ne saurions trop le répéter, l'érosion n'est nullement l'apanage exclusif de l'hérédo-syphilis.

Il y a des morts qu'il faut que l'on tue! Telle est l'opinion en vertu de laquelle on considère l'érosion dentaire comme appartenant exclusivement à la syphilis héréditaire; c'est en vain que Magitot, que Fournier, se sont élevés contre cette opinion erronée, c'est en vain que Fournier a dit: « Les érosions sont des lésions banales, communes, que la syphilis s'approprie souvent, mais qui dérivent d'affections nombreuses; c'est un signe adjuvant, mais ce n'est pas un signe pathognomonique. »

L'érosion se manifeste sous des formes et avec des degrés de gravité extrêmement variés. A chacune de ces formes on a donné des appellations plus ou moins pittoresques, mais n'ayant aucune valeur scientifique. Chacun a voulu avoir sa variété. Mais comment admettre que, si une forme quelconque d'érosion n'a pas de signification, un degré plus avancé, ou une modification de cette forme puisse être pathognomonique!

M. Fournier n'admettait pas davantage que la fameuse dent d'Hutchinson, la dent fantôme, dont tout le monde parle et que personne n'a pour ainsi dire jamais vue, méritât l'épithète de pathognomonique.

J'ai moi-même publié une longue étude critique sur la dent d'Hutchinson (*Revue de Médecine*, 1901), dans laquelle j'ai démontré, conformément à l'opinion de M. Fournier, que, sous cette dénomination, on n'avait décrit qu'une forme d'érosion, anomalie de structure qui se manifeste sous l'influence des causes les plus diverses.

Dans une communication faite au Congrès de Londres, en 1881, Magitot a cité l'observation d'un homme présentant la forme d'érosion dite en *gâteau de miel* et qui était indemne de syphilis, n'avait jamais présenté d'éclampsie infantile, mais avait souffert d'entérite grave dès le deuxième mois de sa naissance. Il n'était donc pas aussi exclusif qu'on l'a prétendu. C'est lui, également, qui, dans ce même mémoire, a formulé l'unité de l'érosion : « L'érosion est une et ses diversités d'aspect résultent uniquement des variations dans l'époque d'apparition de la cause, dans la durée d'intervention de celle-ci et dans l'état correspondant du chapeau de dentine, au moment de l'invasion des accidents ».

Les idées de Magitot sur le mécanisme de l'érosion ne sont guère plus admises aujourd'hui, mais il n'en garde pas moins le mérite d'avoir réuni sous un vocable unique les manifestations diverses, d'un même trouble de l'évolution dentaire.

Pour admettre que l'érosion est fonction de la syphilis, il faudrait accepter en même temps que la syphilis est aussi vieille que l'humanité, Magitot a observé des dents érodées, sur des crânes préhistoriques et qui avaient été trépanés. Bien plus, il a figuré un exemple de dents érodées chez le bœuf, animal qui ne passe cependant pas comme susceptible de contracter la syphilis, et il invoquait l'opinion de A. Fournier qui, disait-il, dans sa longue pratique, n'avait jamais saisi cette relation.

Qui de nous n'a vu des malades porteurs de chancres indurés et présentant de l'érosion dentaire, même sous la forme de l'en-coche dite d'Hutchinson !

Ainsi que l'ont dit MM. Filderman et Coustaing, dans leur important mémoire sur *l'Erosion*, comprenant 64 observations et de nombreuses figures, l'érosion est une anomalie de forme et de structure affectant tous les tissus de la dent ; elle est l'expression d'une perturbation plus ou moins profonde de l'autogénèse provoquée par une infection ou une intoxication quelconques.

Par application du principe de la corrélation des anomalies, on relève chez les érodés, toutes les fois qu'on les recherche systématiquement, des anomalies siégeant sur divers appareils. Les érodés rentrent donc dans la classe des dégénérés. L'érosion peut être l'expression d'une hérédité pathologique, homotypique ou hétérotypique.

Il y a donc lieu pour le clinicien de ne pas limiter son examen aux dents seulement, mais de l'étendre à tous les appareils.

A la Consultation de neurologie infantile du Dr André Collin, nous avons vu beaucoup d'enfants ayant eu des accidents convulsifs ou atteints de débilité mentale, à tous les degrés. Vouloir attribuer exclusivement à l'héredo-syphilis, comme on l'a fait, l'origine de ces manifestations morbides est évidemment une exagération insoutenable. Voici quelle est sur ce point l'opinion de notre distingué confrère ;

« Avant de préjuger de la cause des convulsions, il importe de diviser celles-ci en convulsions bénignes et malignes. Cette distinction clinique implique une étiologie et un pronostic tout différents.

Les premières ou *convulsions bénignes* sont des réactions désordonnées du système nerveux de l'enfant au-dessous d'un an.

Elles surviennent surtout chez les *enfants issus de souche névropathique ou alcoolique*.

Elles n'offrent point dans leur symptomatologie de phase tonique.

Elles comportent un excellent pronostic.

Les secondes ou *convulsions malignes* se reconnaissent des autres en ce sens qu'elles ont une phase tonique avec asphyxie plus ou moins accentuée.

Elles témoignent toujours de la participation du cortex et des méninges à une toxi-infection.

Il est impossible de leur assigner une étiologie spécifique.

Toute cause d'infection ou d'intoxication cortico-méningée est capable de les produire.

Il ne semble pas que les maladies infectieuses héréditaires, notamment la syphilis, y prédisposent les jeunes sujets.

La syphilis peut être la cause de cette infection du cortex, au même titre que les infections banales qui se localisent sur le système nerveux.

La majorité des germes pathogènes connus peut créer une encéphalite avec toutes les complications que cet état morbide peut comporter : hémiplégie, idiotie, épilepsie, débilité mentale, etc. »

Beaucoup de syphiligraphes font une erreur de raisonnement tout à fait regrettable. Quand ils rencontrent une anomalie dentaire (nous nous en tenons volontairement à celles-ci) chez un héredo-syphilitique dont le Wassermann est positif, ils en concluent que l'anomalie visée est d'origine syphilitique, comme si toutes les tares rencontrées chez un héredo-syphilitique avaient fatalement la même origine. Or, il faudrait prouver que, si cet individu n'était pas de souche syphilitique, il n'aurait pas présenté

cette même anomalie ; il faudrait prouver également que celle-ci n'est pas héréditaire, qu'aucun membre de sa famille ne la présente, ou ne l'a présentée. On peut être tuberculeux, alcoolique, névropathe, contracter la syphilis et se reproduire. Or, quel médecin sera assez habile clinicien pour se reconnaître au milieu du conflit de ces hérédités, et faire exactement la part de ce qui revient à chacune d'elles ? Les infections, les intoxications peuvent former des alliances entre elles, et la résultante de ces alliances est tellement complexe, qu'il est pour ainsi dire impossible de dire que telle anomalie est imputable à telle cause et non à telle autre. Et si, d'aventure, le syphilitique qui a procréé était lui-même porteur d'anomalies, il transmet celles-ci, sous une forme similaire ou dissemblable, comme il les aurait transmises, même s'il n'avait pas été syphilitique, la syphilis n'intervenant alors que comme agent d'aggravation.

Par le fait qu'un individu a contracté la syphilis, il n'a pas le pouvoir de renoncer à son hérédité, laquelle continue à peser lourdement sur ses épaules et peut contribuer à imprimer à sa syphilis une allure particulière.

Mon illustre et vieil ami, l'historien Frédéric Masson, bien que n'étant ni médecin, ni biologiste, a éloquemment dépeint les complexités et les incertitudes de l'hérédité en général :

« De qui procéderont-ils, ces inconnus nés de lui ? De quel lointain ancêtre reproduiront-ils les traits de caractère et les vices ? De quelles tares physiques seront-ils marqués ? Les générations à l'infini s'agitent pour revenir au jour, et l'homme qui croit immortaliser les caractères essentiels de son individu ne se trouve avoir renouvelé que les décevants aspects d'aïeux qu'il ignore. Un afflux de races est en lui, mélangées, douteuses, obscures ; un autre afflux de races aboutit à la femme que sa vanité de mâle croit uniquement destinée à recevoir et à porter son image ; des milliers et des milliers de faces mortes tressaillent dans leurs flancs ; mais par un phénomène d'égoïsme et d'orgueil, l'homme est assuré qu'il a tout engendré alors que son atavisme entier engendre par lui et qu'il ne peut même savoir si c'est de sa propre race ou de celle de sa femme que sortiront les descendants qu'il se promet. »

(A suivre).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du dimanche 16 décembre 1917.

Présidence de M. JEAY, président.

La séance est ouverte à 9 heures 3/4 du matin à l'Ecole dentaire de Paris.

Il est donné lecture : 1^o d'une lettre d'excuses de *M. Frey*, qui, pour raison de santé, est obligé de s'absenter ;

2^o D'une lettre de *M. Morche*, qui est transmise pour attribution et pour réponse à l'Ecole dentaire de Paris.

I. PRÉSENTATION DE BLESSÉS ET D'APPAREILS

MM. Roy, G. Villain, Knodler, Wallis-Davy, Contard, Barrieu et Debray présentent plusieurs blessés et plusieurs appareils et fournissent les explications nécessaires sur les cas de ces patients et la construction de ces appareils.

* * *

M. Knodler, au nom de *M. Bouillant*, présente une série de malades porteurs d'obturateurs palatins et vélo-palatins composés de balles de caoutchouc, creuses et molles. La présentation de nombreux cas simultanés traités par cette méthode a permis aux membres de la Société de juger de l'excellence des résultats phonétiques obtenus.

DISCUSSION.

M. Gernez. — Le blessé présenté par *M. Knodler* me suggère une observation. Au point de vue fonctionnel les palatoplasties ne donnent pas toujours un résultat phonétique parfait. Affaire d'éducation ultérieure.

A cet sujet, Trélat ayant opéré à Paris un Portugais, la palatoplastie fut parfaite, mais le Portugais apprit à parler le français avec son infirmière, et comme elle lui apprit à bien articuler devant une glace, il arriva à parler français très distinctement alors qu'il raisonnait en parlant portugais.

Actuellement, chez l'adulte nous avons au point de vue technique fait d'énormes progrès en palatoplastie ; nous opérons à l'anesthésie locale.

Mais si le résultat opératoire est presque toujours parfait, il n'en est pas toujours de même du résultat fonctionnel (phonation) ; or ce que certains malades demandent c'est le résultat fonctionnel et les résultats que vous présentez avec vos appareils sont parfaits au point de vue phonétique.

Autre anecdote : Trélat fait une palatoplastie parfaite à un jeune berger cévenol ; après l'opération, entendant qu'il parlait encore « l'iroquois des palais fendus », le garçon s'enfuit sans vouloir être éduqué phonétiquement.

*
* *

M. Contard présente plusieurs blessés atteints de pseudarthroses médianes restaurée par des appareils de prothèse amovibles rétablissant les rapports normaux des fragments avec les maxillaires antagonistes.

Après quelques jours, l'équilibre des fragments est parfaitement établi, les appareils sont en sustentation absolue ; les résultats fonctionnels, très satisfaisants, permettent aux blessés d'attendre dans les meilleures conditions possibles, le cas échéant, la restauration chirurgicale par greffe. Il est vraisemblable que le rétablissement des conditions anatomo-physiologiques normales de la mandibule contribuera dans une assez large mesure au futur succès de la greffe osseuse qui pourrait être tentée pour ces cas.

DISCUSSION.

M. G. Villa'n insiste sur la valeur de cette méthode et les heureux résultats fonctionnels obtenus. Elle est basée sur la recherche de l'équilibre normal, c'est-à-dire le rétablissement absolu des rapports d'occlusion des fragments avec le maxillaire antagoniste.

*
* *

M. Debray (Albert) présente également un blessé en donnant lecture d'une note (V. d'autre part.)

*
* *

MM. Roy, G. Villain, Wallis-Davy présentent 6 blessés (V. p. 97).

DISCUSSION.

M. G. Villain. — A propos du 2^e blessé que nous vous présentons (V. p. 95. Obs. II) je vous signale encore une méthode rapide pour construire une attelle provisoire.

Couper une bande de maillechort large de 3 centim. et ayant la longueur de l'arcade. Laisser les deux extrémités de cette bande

plus larges que le tiers central, le centre n'ayant que 1 centim. de large. Recourber cette bande afin qu'elle suive la forme de l'arcade, et recourber ses extrémités en forme de gouttière destinée à emboîter les molaires ou fragments édentés de chaque côté. Garnir l'intérieur de gutta ou de stents et mettre en bouche, puis refroidir.

M. Gernez. — Au sujet du dernier blessé présenté par MM. Roy et G. Villain (V. p. 97, Ob. VI), il y a deux particularités intéressantes au point de vue de la pathologie générale :

1^o Comme le faisait remarquer M. Roy, on a laissé toutes les esquilles adhérentes.

Au maxillaire plus que partout ailleurs il faut respecter les esquilles. Je passe sous silence les résultats navrants que j'ai vus d'esquillotomies primitives faites par des gens s'attachant à la lettre de la doctrine. Il faut que les esquillotomies primitives soient faites avec un soin jaloux, respectant les esquilles même légèrement adhérentes, évitant de détériorer celles qui le sont encore. C'est en procédant avec des méthodes de douceur et de patience qu'on obtient des résultats comme ceux de Roy et de Villain.

2^o Ce blessé a eu une véritable résection traumatique de la temporo-maxillaire. Condyle temporal, condyle maxillaire ont été détruits et avec l'appareil à biele verticale et horizontale il a conservé son articulé dentaire.

C'est à retenir dans les résections de l'articulation temporo-maxillaire pour ankylose. Autrefois pour permettre un fonctionnement normal dans l'ankylose unilatérale, il fallait faire la résection bilatérale; je pense qu'il faudra maintenant ne faire que la résection du côté malade et placer aussitôt un appareil à bielle si bien mis au point par M. G. Villain.

* * *

M. Barrieu, du Service du Val-de-Grâce, présente 3 blessés et ajoute : Dans une des dernières réunions de la Société d'Odontologie, je vous ai expliqué la thèse de l'équilibre. Depuis lors nous appliquons cette méthode et je viens vous présenter ce matin des malades appareillés d'après cette position d'équilibre.

Voici un blessé de 1914, il a été traité dans différents services et nous est arrivé au Val-de-Grâce en juillet dernier porteur d'un appareil admirablement bien fait par M. Solas.

(M. Barrieu détaille l'observation du blessé et ajoute) :

Lorsqu'il nous est arrivé, il était dans un état déplorable, quoique porteur, je le répète, d'un appareil admirablement bien fait qui avait pour fonction de maintenir les trois fragments en

position, mais qui ébranlait les dents d'une façon considérable, de telle sorte que celles-ci étaient complètement luxées.

J'ai construit un appareil composé de deux petites palettes linguales qui prennent le minimum d'appui sur les dents. Ces deux palettes ont été mises en équilibre de façon à ce que ces deux fragments s'ouvrent dans des plans absolument parallèles et le tout a été solidarisé. Une petite gouttière linguale a été faite sur le fragment inférieur, maintenant les dents au moyen de deux petits crochets.

Je vais placer l'appareil, qui est extrêmement difficile à introduire. Vous allez voir le résultat de l'équilibre. Il est à remarquer que les fragments latéraux droit et gauche doivent s'ouvrir dans des plans absolument parallèles et s'ouvrir de la même course que l'appareil. Par conséquent il y a un minimum d'effort sur les dents. Il ne subit pas de mouvement de torsion et ne risque pas d'ébranler ou de luxer les dents, comme nous en avons vu déjà pas mal.

DISCUSSION.

M. Solas. — Nous avons fait un appareil qui ne devait pas rester aussi longtemps en bouche. Ce blessé avait une double pseudarthrose. Par suite de sa réforme, il est parti avec un appareil qui aurait demandé à être surveillé un peu plus.

La chose essentielle que je tiens à signaler, c'est que ce n'est pas un appareil destiné à rester en bouche, autrement nous aurions l'air d'avoir fait un appareil un peu incomplet.

M. Barrieu. — Dans le même ordre d'idées, voici un mutilé qui a été blessé dans les mêmes conditions. Il présente une pseudarthrose simple. Il est à remarquer que dans les mouvements d'ouverture on constate une déviation linguale. Lorsque l'appareil a été placé en bouche, après avoir été mis en équilibre, les fragments ont suivi exactement la même course.

Voici un cas où j'essaie d'obtenir une consolidation. Ce blessé est déjà en voie de consolidation et l'intérêt de l'appareil c'est que les fragments se déplacent avec des mouvements absolument parallèles.

II. — DE LA CONSERVATION ET DE L'UTILISATION DES BRIDES CICATRICIELLES DANS LES PERTES DE SUBSTANCES ÉTENDUES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, PAR MM. LES D^r GERNEZ ET R. LEMIERE.

M. le D^r Gernez. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du D^r Lemièrre et au mien, quelques réflexions sur des cas assez intéressants que nous avons observés.

Nous avons observé au début des malades qui présentaient des pertes de substances étendues des maxillaires, des pertes étendues avec perte de tégument, j'insiste sur ce fait. Si vous voulez un exemple, c'est le soldat, qui reçoit un éclat d'obus énorme lui fracassant la mâchoire et lui enlevant la peau et les muscles depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Nous avons été amenés, ayant vu plusieurs de ces cas, à nous demander si véritablement toutes les sutures primitives, toutes les autoplasties merveilleuses dont on avait parlé étaient aussi bonnes qu'on voulait bien le dire au point de vue fonctionnel.

Nous avons vu, M. Lemièrre et moi, de nombreux cas qui ont assis notre pratique. On voit des gens qui ont des résultats autoplastiques magnifiques, mais des fonctions absolument nulles. La mâchoire sert à mastiquer.

Si un homme a une jambe avec une cicatrice superbe, mais ne peut pas s'appuyer dessus, cela ne lui sert à rien du tout.

M. Gernez donne lecture de sa communication (V. n° du 30 janvier 1918) au cours de laquelle il fournit quelques explications complémentaires et soumet à l'assemblée diverses photographies.

Pour résumer, conclut M. Gernez, je crois qu'il est évident que vous avez fait par votre prothèse une sorte de révolution et que tout ce que nous savions en 1914 est maintenant chose nulle et non avenue.

DISCUSSION.

M. le Président. — Il est bien entendu, Monsieur Gernez, que vous laissez les tissus se cicatrifier, mais que vous abondez dans le sens suivant : la prothèse doit être appliquée en temps voulu pour éviter ces énormes déformations qui sont si difficiles à rattraper après.

M. Gernez. — Parfaitement.

M. Roy. — Pour ma part, moi qui ai fait de grosses interventions sur les brides cicatricielles et qui ai même préconisé un mode de traitement des brides cicatricielles par résection, je suis très heureux d'avoir entendu la communication de M. Gernez, qui semblerait aller à l'encontre de ce que j'ai défendu et proposé comme traitement des brides cicatricielles par la prothèse opératoire succédant immédiatement à la section des brides afin d'empêcher celles-ci de se reformer. Mais dans ces cas c'est une question d'espèce. Dans ces brides il vient d'établir une division très intéressante. Ces trois classifications de brides permettent de classer malgré tout un peu nos interventions.

Il a décrit :

Les brides inter-fragmentaires ;

Les brides inter-tégumentaires ;

Les brides tégumento-fragmentaires.

Or les interventions que j'ai préconisées sur les brides sont toujours des interventions tégumento-fragmentaires, de sorte que, malgré la contradiction apparente, nous sommes tout à fait d'accord. Ces sortes de brides gênent la prothèse, elles ont des conséquences déplorables au point de vue esthétique : les malades ont des cicatrices en cul de poule, tout cela est dû à des brides tégumento-fragmentaires. Les interventions que j'ai préconisées sont dirigées, je le répète, contre ces brides tégumento-fragmentaires.

Les autres brides, je les respecte ; Villain et moi nous avons discuté, nous avons vu des malades avec des brides très sérieuses. Nous avons vu même un malade avec une bride tellement forte que ce n'est qu'en tirant très fortement sa mâchoire quand il est entré ici que nous nous sommes aperçus qu'il avait une pseudarthrose étendue. Sa bride reconstituait presque sa branche montante. Or il aurait été fâcheux d'aller toucher à cette bride cicatricielle. Je retiens surtout votre classification des trois sortes de brides.

M. Gernez. — Il y en a encore peut-être d'autres, mais cette division est, malgré tout, très nette pour s'entendre ultérieurement très bien quand on discutera sur ces choses là :

- 1^o Brides inter-fragmentaires ;
- 2^o Brides inter-tégumentaires entre les fragments et les téguments soit internes, soit externes ;
- 3^o Brides inter-maxillaires — ce sont celles-là qui sont à conserver, en les dirigeant.

M. Roy. — Ces brides inter-maxillaires ont un inconvénient, c'est qu'elles sont une cause de constriction des mâchoires.

M. Gernez. — Dans les pertes étendues, ce n'est pas la même chose, dans ces cas-là il faut absolument les conserver.

M. Roy. — Il y a encore là des cas d'espèce.

M. Georges Villain. — La Société d'Odontologie, par l'organe de son Président, remerciera M. le Docteur Gernez d'avoir bien voulu nous apporter une contribution au traitement des brides cicatricielles. Nous devons le remercier à un autre titre. Il vient en effet, comme chirurgien, de corroborer la thèse que nous défendons depuis si longtemps, à savoir que dans le traitement des lésions maxillo-faciales il faut appliquer la prothèse en temps voulu et opportun, et n'agir au point de vue chirurgical qu'avec l'appui de la prothèse.

M. Ruppé avait soulevé la question de l'utilisation des brides cicatricielles il y a plus de deux ans. Dans le rapport que j'ai fait au Congrès dentaire inter-alliés j'avais repris les idées de Ruppé en indiquant comment ces brides cicatricielles devaient être guidées dans leur organisation quant à la forme. Ces brides peuvent nous gêner dans certains cas pour l'application de la

prothèse, mais si elles sont surveillées, organisées, si par des applications de poids lourds, de ressorts, nous arrivons à guider ces brides, à leur donner une forme, plus tard elles seront d'un grand secours pour nous, lorsque les appareils viendront prendre appui sur ces brides.

Je suis heureux de voir M. Gernez venir nous dire, en qualité de chirurgien : Je suis d'avis d'organiser les brides cicatricielles parce qu'il faut avant tout assurer l'appui fonctionnel.

M. Gernez, dans ses conclusions, a dit que les mutilés devaient être surveillés pendant des semaines et des mois et qu'il était indispensable que ces mutilés restassent dans la région, dans le centre où ils ont été traités. Or il y a une heureuse circulaire du Service de Santé qui veut que les grands mutilés soient renvoyés dans leur région d'origine. Ils seront ainsi placés dans le centre qui, les ayant appareillés et soignés dès leur blessure, continuera, leur vie durant, à les appareiller puisque le plus souvent leur appareil nécessitera des visites fréquentes et des transformations assez rapprochées.

Si le mutilé est dans un centre qui disparaîtra après la cessation des hostilités, il se trouvera dans des conditions extrêmement défavorables. Il faudrait que dans chaque centre régional il y ait une personne ayant connu la marche du traitement et qui puisse rester là. Il faudrait en somme dans chaque centre un mobilisé de la région.

Il y a une question qu'il faut envisager, c'est l'intérêt du mutilé. Nous avons actuellement 6 ou 7 Centres. A Lyon, nous avons Pont ; à Paris il y a un grand nombre de praticiens qui habitent la région et qui par suite de leur âge peuvent y rester. Ailleurs, au contraire, les praticiens mobilisés appartiennent tous à d'autres régions. Il arrivera alors ce que nous voyons déjà, quand un blessé nous vient d'un centre où les méthodes de traitement diffèrent essentiellement des nôtres.

Dans tel centre on traite de telle ou telle façon, dans un autre centre la méthode est différente. Or si un blessé change de centre, il change en même temps de traitement, car, comme on ne connaît pas la méthode suivie antérieurement, on recommence tout le travail, d'où perte de temps. D'autre part, on aboutit souvent à un résultat moins bon. On ne peut cependant réclamer une méthode de traitement uniforme imposée à tous ; les progrès réalisés dans notre technique sont immenses, l'émulation que provoque l'indépendance dans la recherche et l'application des méthodes est une garantie suffisante que la liberté du traitement doit être laissée à chaque technicien responsable. Je crois que la question que soulevait M. Gernez dans ses conclusions devrait être étudiée. Je

propose que la Société d'Odontologie formule un vœu à cet égard.

M. Godon. — On peut renvoyer au Bureau le soin de formuler le vœu, d'accord avec *M. Gernez*.

M. Gernez. — Je n'ai fait que de discuter la question.

Pour nous, il y a des problèmes formidables qui se poseront pour l'après-guerre. Il est absolument évident que c'est là une très grosse question.

Par exemple, pour les appareils de prothèse, un opéré de cuisse a 18 ou 13, ou 23 ou 24 de moignon : on lui remet un appareil qui n'a pas très exactement ces mesures, cela n'a pas grande importance, car un pilon ne se mesure pas au millimètre. L'adaptation de l'appareil dépend bien plus de la façon dont le mutilé arrangera ses courroies et rembourrera ses joints d'appui. Au contraire, chez vous les appareils se mesurent au 1/10 de millimètre. Un amputé marchera avec un appareil qu'il ira chercher chez X... ou chez E..., il arrangera lui même son appareil, mettant un petit sac d'un côté, une petite rondelle de l'autre, et il marchera.

Les Belges se sont beaucoup occupés de ces questions. Il y en a qui ont des doigts prothétiques leur permettant de se servir complètement de leurs mains, ce sont des appareils qui sont extrêmement difficiles à construire, mais ce n'est absolument rien comparativement à vos appareils. Peut-on comparer une jambe artificielle et un appareil de prothèse avec bielle horizontale et verticale ? Vous ne pouvez pas faire des appareils en série.

Je vous donne ici l'expression sincère de ma pensée.

Combien voyez-vous de ces malheureux fracturés du maxillaire qui maigrissent avec l'appareil le plus parfait.

J'ai le moulage du blessé Lemaitre qui a été pris presque au moment où il est arrivé chez nous aujourd'hui. Il a le nez effilé, les pommettes n'existent pour ainsi dire presque plus. C'est un malade qui est en voie de dénutrition. Que savons-nous de ces gens qui ont perdu tout d'un coup leur système masticatoire ? Ceux qui ont perdu leurs dents petit à petit se sont adaptés progressivement à leur nouvel état, leurs sécrétions glandulaires se sont adaptées au nouvel état de choses progressivement. Mais les gens qui tout d'un coup ont perdu leurs fonctions masticatoires, ces gens-là se trouvent dans un état tout différent. Nous ne connaissons pas ce qui se passe dans leur cas, nous ne commençons qu'à le connaître et nous découvrirons une foule de choses que nous ne connaissons pas. Nous ne pouvons savoir ce que cela nous donnera. Nous ne savons pas évaluer actuellement quelle invalidité auront les gens qui n'auront presque plus de fonctions masticatoires.

Après la guerre, il y aura un problème formidable à résoudre pour les prothésistes. Tout ce qu'on pourra donner aux blessés

au point de vue chirurgical, nous le leur aurons donné et les chirurgiens n'auront pour ainsi dire presque plus rien à faire, mais ce sont les prothésistes qui seront tout alors.

M. Godon. — On étudie dès maintenant au Service de santé les problèmes d'après guerre pour les mutilés. Nous ne saurions trop intervenir de bonne heure en signalant aux autorités compétentes nos desiderata, en leur exposant ce que nous avons fait et ce qui reste à faire. C'est pourquoi je crois qu'on peut dès maintenant saisir le Bureau de la Société d'Odontologie pour qu'il prépare la mise au point de la question.

M. Blatter demande s'il n'y a pas de réunions de chirurgiens au Val-de-Grâce au cours desquelles il lui serait possible de poser la question.

M. Gernez. — Nous n'en avons plus.

M. Blatter. — Je suis très heureux d'avoir entendu ce que vient de nous dire M. Gernez; il confirme ce qu'a déclaré M. Sebileau : à savoir que le dentiste était le collaborateur du chirurgien. M. Sebileau a soutenu la même thèse au Congrès dentaire inter-alliés. Aujourd'hui un autre chirurgien développe les mêmes idées. Je suis heureux d'adresser à M. Gernez mes remerciements et mes félicitations.

M. le président. — Comme président de la Société d'Odontologie, je remercie M. Gernez à double titre : parce qu'il est venu ici à la fois comme chirurgien spécialiste et aussi comme professeur à l'Ecole dentaire.

Vous êtes un des plus qualifiés d'entre nous pour nous apporter des démonstrations comme celle que vous venez de nous faire et qui sont un appui énorme pour soutenir nos thèses.

Il est très heureux que ce soit à la Société d'Odontologie que vous ayez donné cette communication. Pourtant nous vous demandons, si l'occasion s'en présente, de vouloir bien exposer ces idées-là dans un milieu un peu plus militaire que le nôtre. Il s'agirait de nous entendre à ce sujet et, si vous le voulez bien, nous pourrions en faire mention dans les rapports officiels adressés au Service de santé.

M. Gernez. — Tout ce que vous voudrez, parce que c'est la vérité...

M. le président. — Avant de donner la parole à M. Roy, je dois présenter les excuses de M. Frey qui m'a adressé une lettre dans laquelle il me dit qu'étant souffrant il ne lui est pas possible d'être des nôtres aujourd'hui.

* Vous savez tous, messieurs, la part extrêmement active prise par notre distingué confrère M. Frey et nous regrettons tous son absence qui nous prive de ses critiques si fines et surtout de son esprit si méthodique.

III. — RÉGÉNÉRATION COMPLÈTE DE LA MOITIÉ DU MAXILLAIRE
INFÉRIEUR NÉCROSÉ, PAR M. ROY.

M. Roy donne lecture de cette communication.

DISCUSSION.

M. Gernez signale brièvement le cas d'un très grave accident de première dentition qu'il a été appelé à traiter et où il y a eu mort de la langue.

M. Roy. — Il y a un autre cas que je vous montrerai dans lequel il y a une destruction presque totale de la mâchoire inférieure par nécrose.

M. le président. — Nous remercions *M. Roy* de sa très intéressante communication.

Nous remercions également *M. Gernez* des observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

IV. — UN PROCÉDÉ POUR LA COULÉE DU MÉTAL D'IMPRIMERIE
PAR M. CHASTEL.

Le président. — J'ai reçu de *M. Chastel*, du Val-de-Grâce, empêché d'assister à la séance, une note sur ce sujet, dont je vais vous donner lecture (V. d'autre part).

V. — VŒU RELATIF AU TRAITEMENT DES BLESSÉS.

Le président. — *M. Godon* demande que le Bureau soit saisi par vous du soin de poursuivre l'idée du vœu émis par *M. Georges Villain* au sujet d'une organisation plus complète dans les centres de prothèse maxillo-faciale et qui, pour l'après-guerre surtout, serait un réel progrès. C'est une question que nous aurons à étudier puisque tous nous avons été d'accord là-dessus et nous chercherons à mettre la chose au point.

Dès à présent, je vous propose d'adopter sous la forme suivante le vœu émis par *M. G. Villain* :

« La Société d'Odontologie de Paris, réunie en séance plénière, le 16 décembre 1917, considérant la nécessité d'une longue surveillance, pendant plusieurs années, des appareils délivrés aux mutilés du maxillaire, émet le vœu :

« 1^o que les blessés soient aussi rapidement que possible dirigés sur le centre hospitalisé spécial de la région de leur résidence ;

« 2^o que dans chaque centre régional soient affectés un ou plusieurs spécialistes de la région afin que la marche du traitement soit entièrement connue de ceux qui auront la charge de présider à l'appareillage et à la surveillance de celui-ci, la vie durant du mutilé. »

Le vœu est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à midi.

Le président,
CH. JEAY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROJET DE LOI PORTANT CRÉATION D'OFFICIERS DENTISTES

M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, dans la 2^e séance du jeudi 28 mars, au nom du ministre de la Guerre et du ministre des Finances, le projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire.

Le projet sera imprimé sous le n^o 4553, distribué et renvoyé à la commission de l'armée.

(*Journal officiel* du 29 mars 1918, page 1153).

Nous sommes particulièrement heureux de cet important résultat, dû aux démarches réitérées et incessantes de la Fédération dentaire nationale et surtout de son dévoué président, M. Blatter, auquel nous adressons nos vives félicitations et nos remerciements.

M. Blatter avait été reçu quelques jours avant par M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, qui lui avait promis que le projet de loi laissé par M. Justin Godart serait déposé à très bref délai, ajoutant qu'il était plus à mieux que personne pour apprécier les services éminents rendus par les dentistes à la défense nationale et qu'ils obtiendraient la légitime satisfaction qui leur était due.

UNE LETTRE DE M. JUSTIN GODART

Le Président de la F. D. N. a reçu de M. Justin Godart la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de reproduire.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Paris, le 8 février 1918.

Monsieur le Président,

A l'occasion de mon départ du Sous-Secrétariat d'Etat vous avez bien voulu m'exprimer les sentiments de vive sympathie de la Fédération dentaire nationale. Je vous en remercie. Ces sentiments me touchent d'autant que l'importance de l'œuvre de guerre de la Fédération a été plus grande. Et je tiens à lui renouveler

mon témoignage et à répéter ici, une fois de plus, que la Fédération a rendu à nos soldats d'immenses services.

Je garde de tous vos collègues et de vous, Monsieur le Président, un souvenir affectueux et vous prie d'assurer la Fédération de mon sincère et durable dévouement.

Justin GODART.

Ajoutons que M. Justin Godart a fait hommage à l'Ecole dentaire de Paris de son portrait avec une dédicace flatteuse. Nous reproduisons l'un et l'autre.



A l'Ecole dentaire de Paris
qui, par son Dispensaire Militaire, a rendu de si
éminents services à la Défense Nationale.
Justin Godart

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA GUERRE A UNE QUESTION ÉCRITE

19582. — M. Sixte-Quenin, député, demande à M. le ministre de la Guerre : 1^o s'il est exact que, conformément à une réponse faite par son département, et en raison de ce que le décret du 19 août 1917 indique les brancardiers comme faisant partie des unités combattantes, il ait décidé que les sanitaires rapatriés d'Allemagne ne devaient pas y être affectés ; 2^o dans le cas de l'affirmative, pourquoi on refuse d'appliquer cette décision au groupe des brancardiers divisionnaires, secteur postal 40... (*Question du 18 décembre 1917.*)

Réponse. — Le décret du 11 janvier 1918 (inséré au *Journal officiel* du 14) a décidé que les groupes de brancardiers ne seraient plus classés dans les unités combattantes. (*Journal officiel* du 10 février 1918.)

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE RELATIVE AUX ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE ET AUX MÉCANICIENS-DENTISTES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — SOUS-SECRETARIAT D'ÉTAT DU SERVICE DE
SANTÉ MILITAIRE

1^{re} division technique.

Paris, le 25 février 1918.

Le Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé militaire à M. le Général Commandant en Chef (D. A. Santé) et à MM. les Directeurs du Service de Santé de toutes les régions, y compris l'Afrique du Nord, S/C de MM. les Généraux commandant les régions.

Certains militaires demandent à bénéficier de l'exception prévue par le paragraphe 3 de l'article II de la loi du 10 août 1917, comme mécaniciens-dentistes. Cette qualité conférant la dispense du versement dans les unités combattantes, il est indispensable qu'elle soit nettement établie par des pièces justificatives ou par des épreuves destinées à constater la valeur technique de ces militaires.

En conséquence, dès la réception de la présente instruction, tous les militaires qui demanderont, en se basant sur la loi du

10 août 1917, à ne pas être versés dans les unités combattantes, en arguant de leur qualité de mécanicien-dentiste, devront :

1^o S'ils sont étudiants en chirurgie dentaire, adresser une demande écrite, par la voie hiérarchique, et joindre à cette demande un certificat constatant qu'ils ont subi avec succès devant une Faculté de Médecine l'examen de validation de stage qui termine les deux années de stage prescrites au début des études en chirurgie dentaire.

Ce certificat de validation sera considéré comme une justification suffisante de la qualité de mécanicien-dentiste.

2^o S'ils sont ouvriers mécaniciens-dentistes, ils devront adresser une demande écrite, par la voie hiérarchique, et joindre à la demande un ou plusieurs certificats dont la signature devra être légalisée, constatant qu'ils ont été employés comme mécaniciens-dentistes, pendant deux ans au moins, dans le laboratoire de prothèse d'un Docteur en médecine exerçant l'art dentaire ou d'un chirurgien-dentiste diplômé.

Ces certificats seront soumis, pour avis, dans les régions, au médecin-adjoint technique de Stomatologie, et dans les armées, à un médecin chef de Centre d'édentés d'armée désigné par le chef supérieur du Service de santé de l'armée.

Si, après l'examen des certificats, les intéressés ne peuvent être considérés comme mécaniciens-dentistes, ou s'ils ne peuvent, pour des raisons quelconques, joindre à l'appui de leur demande les certificats indiqués, ils seront soumis à des épreuves pratiques destinées à justifier leur valeur technique (confection de tout ou partie d'un appareil et interrogations sur la prothèse dentaire).

Ces épreuves pratiques seront subies dans les laboratoires de prothèse de Centres d'édentés des armées ou de l'intérieur désignés par le directeur du Service de santé de la région ou le chef supérieur du Service de santé de l'armée, devant le chef de Centre assisté de deux dentistes militaires.

A la suite de l'examen des certificats présentés ou des épreuves subies devant les chefs de Centre désignés, deux cas peuvent se présenter :

1^o L'intéressé doit être considéré comme mécanicien-dentiste. Dans ce premier cas, le chef de Centre devra adresser au chef du corps auquel appartient le militaire, une note indiquant que celui-ci a subi des épreuves ou présenté des certificats suffisants pour être considéré comme mécanicien-dentiste.

2^o L'intéressé ne doit pas être considéré comme mécanicien-dentiste. Dans ce second cas, le chef de Centre devra adresser au chef du corps auquel appartient le militaire une note indiquant que celui-ci ne doit pas être considéré comme mécanicien-dentiste.

et en conséquence doit être immédiatement mis à la disposition du commandant.

Dans les deux cas, la note adressée au chef du corps devra être annexée au livret matricule du militaire ; elle devra porter le cachet du Centre et être datée et signée par le chef du Centre, sous sa responsabilité personnelle.

Les certificats et les résultats des épreuves (la valeur de ces derniers devant être évaluée par $\frac{N}{100}$) seront mentionnés sur un livre spécial conservé dans chaque centre, mais *aucun certificat ni aucune note ne doivent être remis au militaire.*

Pour les militaires employés *actuellement* comme mécaniciens-dentistes dans les Centres de prothèse dentaire ou maxillo-faciale des armées ou de l'intérieur, les chefs de Centre devront immédiatement, pour chacun d'eux, prendre les mêmes dispositions que pour ceux qui ont subi les épreuves, suivant qu'ils considéreront ou non ces militaires comme mécaniciens-dentistes.

Signé : Louis MOURIER.

NÉCROLOGIE

Notre Rédacteur en chef, M. le Dr Roy, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa mère, décédée le 1^{er} mars, à l'âge de 72 ans.

Les obsèques ont eu lieu le 3; nos diverses sociétés y étaient représentées.

Nous adressons à notre dévoué collègue et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariages.

Nous apprenons les mariages suivants :

De notre confrère M. Jean Meyer avec M^{lle} Marie Lepleu, célébré le 26 octobre 1917; de notre confrère M^{lle} Etiennette Bennejeant D.E.D.P., D.F.M.P., avec M. Emile Lefrançois, célébré le 17 janvier 1918; de notre confrère M. Jean Cadic, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, avec M^{lle} Marguerite Helmreich, célébré le 19 janvier 1918; de M^{lle} Jane Galland, dactylographe à l'École dentaire de Paris, avec M. Georges Bonnefoy, célébré le 11 février 1910.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de la Société d'Odontologie a eu lieu le Dimanche 3 mars 1918, à 9 heures du matin, à l'École dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant;

1^o *Partie professionnelle* (à 9 heures précises):

M. G. Villain. — Les obligations et les droits du chirurgien-dentiste dans la question des impôts (Impôts cédulaires sur les revenus. — Impôts sur les bénéfices de guerre. — Déclaration des salaires du personnel. — Assurances personnelles).

2^o *Partie scientifique* (à 10 heures précises) :

Le professeur P. Sebileau, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie. — Les pérимандibultes suppurées. — Les faux adéno-phlegmons sous-maxillaires.

M. Roy. — Les stigmates dentaires dans l'hérédosyphilis.

M. Herpin. — M. M. — Considérations sur le traitement des fractures du maxillaire inférieur.

3^o Questions diverses.

Concert au profit des mutilés de la face.

Une matinée de bienfaisance au profit des 100 mutilés de la face de l'hôpital 112 à Saint-Ouen a eu lieu le mercredi 20 mars, au théâtre Edouard VII, à 2 heures 1/2. Le programme était des plus attrayants et le succès a été complet.

Au cours de la représentation le général Bizot a remis la médaille des épidémies à M^{me} Casset, directrice de l'hôpital, à laquelle nous adressons nos félicitations.

Ajoutons que l'Ecole dentaire de Paris assure le service dentaire de l'hôpital 112.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LA GREFFE OSSEUSE DANS LES CAS DE PERTE DE SUBSTANCE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le D^r PONT, de Lyon.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 13 janvier 1918.)

Depuis ma communication sur ce sujet au Congrès Dentaire Interallié, je n'ai pas grand'chose à changer au point de vue des idées et des conclusions que j'ai formulées.

J'aurais voulu vous présenter le plus grand nombre possible de blessés auxquels j'ai pratiqué la greffe osseuse pour vous montrer la justesse de mes conclusions. Mais ces blessés ont été vus par quelques-uns d'entre vous, qui sont venus visiter mon service, et d'autre part je n'ai pu mieux faire que de convoquer ce matin deux de mes anciens blessés, habitant Paris, qui, je l'espère, voudront bien se rendre à mon invitation pour vous permettre d'examiner les résultats obtenus.

Je rappellerai donc, en les développant quelque peu aujourd'hui, les conclusions de ma communication sur la greffe osseuse.

« Lorsque un blessé présente une fracture du maxillaire inférieur avec perte de substance plus ou moins étendue, il faut immobiliser les fragments le plus rapidement possible en bonne position. Cette immobilisation, complétée dans certains cas par le blocage de l'articulation temporo-maxillaire, doit être maintenue pendant très longtemps. L'expérience a montré, en effet, que l'on peut obtenir des

consolidations inespérées par une immobilisation sérieuse et prolongée. Je peux à ce point de vue vous citer une observation excessivement intéressante qui montre que, même chez les personnes âgées, la soudure peut se faire par l'ostéogénèse et formation d'un cal osseux très résistant :

OBSERVATION N° 1.

M. le capitaine P..., 42 ans, du 23^e régiment d'infanterie, blessé le 22 décembre 1915 à l'Hartmannswillerkopf par éclats, présentait à son arrivée au Centre de Stomatologie de Lyon une plaie partant du bord libre de la lèvre inférieure, s'étendant sur toute la hauteur de la région mentonnière. Le maxillaire inférieur était fracturé au niveau de l'incisive latérale gauche avec perte de cette dent. Un autre trait de fracture, mais moins important, isole la canine de la première prémolaire droite.

Hématome de la région sublinguale et suppuration abondante. La phonation et la déglutition sont gênées par suite de la présence d'esquilles et de projectiles dans le plancher buccal.

On fait faire une radiographie d'urgence à l'hôpital Desgenettes par le D^r Arcelin.

Cette radiographie révèle une fracture symphysaire du maxillaire inférieur avec perte de substance osseuse et présence de deux éclats (24 décembre 1915).

Le 3 janvier 1916, sous anesthésie générale, on fait l'extraction des projectiles montrés par la radiographie, ainsi que de quelques esquilles mobiles. On enlève également le bloc osseux supportant la canine et la première prémolaire droite qui était en voie de nécrose. Le lendemain pose d'un arc double pour en mobiliser les deux fragments.

22 jours après la blessure, le blessé a une hémorragie secondaire de l'artère dentaire inférieure. On fait l'hémostasie dans un tamponnement serré.

Quelques jours après, 20 janvier 1916, le blessé présente un foyer de pneumonie qui cède d'ailleurs rapidement par un traitement approprié. Lorsque l'état général du blessé est

satisfaisant, et lorsque la suppuration a disparu, on fait l'immobilisation du maxillaire inférieur par le procédé du blocage (5 mars 1916). Une radiographie faite à ce moment révèle une zone de décalcification des fragments.

On laisse l'appareil de blocage jusqu'au 3 mai. Le 17 mai 1916 on enlève l'arc du maxillaire inférieur et, on constate une mobilité anormale au niveau du foyer de frac-

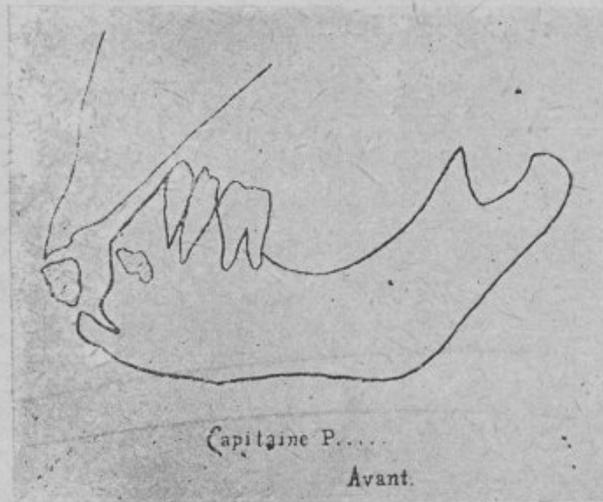


Fig. 1.

ture. On fait faire une nouvelle radiographie. D'après cette épreuve la perte de substance serait moins considérable, mais il n'y a pas de cal osseux visible.

On décide alors de faire un nouveau blocage pour essayer d'obtenir la formation d'un cal, l'état général du blessé est d'ailleurs excellent. Cette deuxième épreuve fut d'une durée de 46 jours, après quoi on enleva les appareils en laissant seulement l'arc du maxillaire inférieur.

Une radiographie en date du 18 juillet 1916 montre la formation d'un cal osseux et indique que la fracture n'est pas loin de la consolidation.

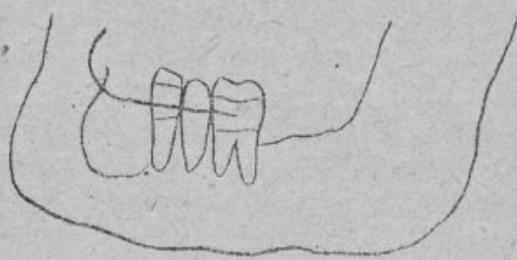
Le blessé est alors envoyé en convalescence d'un mois, les fragments étant bien immobilisés.

Le 28 août, à son retour, on enlève l'arc de contention,

on fait l'extraction de l'incisive latérale inférieure gauche et l'on renvoie cet officier en convalescence pour deux mois.

Le 4 novembre, la fracture est consolidée parfaitement, il existe bien une perte de substance sur la hauteur du corps de l'os, mais par contre le cal est plus volumineux et moins calcifié.

On peut donc considérer la fracture comme guérie et le blessé, après avoir reçu un appareil de prothèse restauratrice, est envoyé à son dépôt.



Capitaine P....

Après.

Fig. 2.

Cette observation de régénération osseuse est une des plus typiques que nous ayons observées, elle montre l'efficacité d'une contention parfaite et suffisamment prolongée dans un cas difficile où le mauvais état général faisait pressentir une lésion incurable.

Ainsi donc il ne faut pas craindre de faire de l'immobilisation d'une façon prolongée ; des radiographies prises de temps en temps montreront s'il y a un cal en voie de développement et nous engagerons à continuer le traitement. Bien entendu pour que l'immobilisation soit opérante, il faut qu'elle soit parfaite, c'est pourquoi dans certains cas, comme je l'ai dit tout à l'heure, il ne suffit pas d'immobiliser les fragments par des arcs et des cals, mais il faut immobi-

liser le maxillaire inférieur et le maxillaire supérieur par le blocage de l'articulation temporo-maxillaire.

Il est bien entendu aussi que l'immobilisation des fragments ne sera suivie de réaction ostéogénique que si toutes les esquilles nécrosées ont été enlevées soigneusement, et si surtout il n'y a pas de dent en communication avec le foyer de fracture.

Si ces principes élémentaires n'étaient pas observés, non seulement l'immobilisation la plus prolongée serait inutile, mais la greffe serait aussi suivie d'un échec complet. En conséquence, le chirurgien ne saura trop faire appel en l'espèce au radiographe et au dentiste. Toutes les dents suspectes devront être soignées ou enlevées suivant le cas. Voici à ce sujet une observation qui montre que, grâce à l'extraction d'une dent en communication avec le trait de fracture, on a obtenu très rapidement une consolidation en maintenant l'immobilisation des fragments qui jusque-là n'avait donné aucun résultat, et que l'on a évité ainsi au blessé une greffe osseuse d'autant plus inutile qu'elle aurait été inopérante.

OBSERVATION N° 2.

Régénération osseuse grâce à l'extraction de dents en rapport avec le foyer de fracture.

M..... Jean, 23 ans, 2^e artillerie de campagne, blessé le 6 octobre 1915 à Tahure par éclat d'obus, fut évacué sur un hôpital de l'arrière.

Le projectile avait pénétré au niveau de la région sous-maxillaire droite et était venu se loger dans la narine gauche, d'où il fut extrait.

Il fut ensuite évacué sur Lyon, le 23 novembre 1916. La plaie était cicatrisée et le blessé était porteur d'un appareil de contention du maxillaire inférieur, composé de deux gouttières reliées entre elles par une vis destinée à ramener en dehors le fragment droit incliné du côté lingual. Cet appareil était relié par des caoutchoucs à une armature métallique englobant les dents de la mâchoire supérieure,

dans le but de ramener l'arcade dentaire inférieure en occlusion normale (Traction inter-maxillaire). Cet appareil est immédiatement enlevé dans le but d'étudier les lésions et de se rendre compte de la consolidation de la fracture.

On constate alors une fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur au niveau de la deuxième prémolaire et de la première molaire, avec mobilité des fragments.

Une radiographie faite à ce moment (n° 3797) révèle une perte de substance de la partie moyenne de la branche horizontale. Le radiographe ne nous communique que le calque de la radio et conclut : « *Pas de dent en rapport avec le foyer de fracture* ». On décide alors de faire un blocage du maxillaire inférieur pour favoriser l'ostéogénèse (25 décembre 1916).

Le 19 février 1917, la fracture n'étant pas consolidée malgré le blocage et d'autre part la perte de substance étant réduite, on décide d'intervenir et de faire une greffe osseuse. A l'examen du cliché radiographique n° 3797 *et contrairement à l'interprétation*, on constate que la deuxième molaire droite, la canine et même l'incisive latérale sont en rapport avec le foyer de fracture, on décide donc de les extraire immédiatement et de continuer le blocage.

Le 4 avril 1917, radiographie. Cette radiographie, n° 7094 H. Cre n° 9, montre une fracture esquilleuse en voie de consolidation avec plusieurs zones de réaction ostéogénique.

Le 6 avril 1917 on cesse tout blocage de façon à permettre une alimentation plus substantielle, et on décide de faire un appareil de prothèse dentaire. Cet appareil est posé le 27 avril 1917.

Avant de quitter le Centre de Stomatologie, on fait faire une nouvelle radiographie (n° 7882) qui révèle une fracture en bonne voie de consolidation. D'ailleurs au point de vue clinique il n'existe plus de mobilité des fragments, et le blessé peut être considéré comme guéri.

En résumé, avant de proposer la greffe osseuse à un blessé, on s'assurera qu'aucune esquille, dent ou même projectile ne s'oppose à la consolidation spontanée et l'on

devra se rappeler que la greffe osseuse doit toujours être une opération tardive ; en opérant trop tôt on risque ou bien d'avoir de l'infection et un échec, ou bien de faire une opération inutile puisque l'immobilisation prolongée donne des consolidations inespérées.

En dehors de cette question de temps les indications de la greffe peuvent être étudiées d'autre part suivant le siège de la perte de substance et suivant l'étendue de cette dernière.

J'ai eu l'occasion de pratiquer 22 greffes osseuses et la lecture des observations me montre que le résultat est presque certain lorsqu'on opère sur la région symphysaire, tandis que si la perte de substance est au niveau de la branche montante le greffon ne se soude pas dans sa partie supérieure. J'ai toujours trouvé dans ces cas la branche montante parcheminée et décalcifiée, et les radiographies ont montré que, tandis que le greffon s'était soudé à sa partie inférieure dans la région de l'angle, par contre, à sa partie supérieure, il était libre et non adhérent. Chez les trois blessés auxquels j'ai pratiqué la greffe osseuse pour perte de substance de la branche montante, j'ai obtenu ce résultat négatif. Aussi désormais, bien que ces trois opérés aient été améliorés au point de vue fonctionnel, leur pseudarthrose ayant été reportée plus haut, je suis résolu à ne plus intervenir dans les cas de ce genre et à les faire bénéficier exclusivement des progrès de la prothèse restauratrice (bielles de Villain, plan incliné de Durif, appareil condyloïde de Pont, etc.).

L'étendue de la perte de substance joue également un très grand rôle au point de vue des indications de la greffe. Voici à ce propos ce que je disais au Congrès Dentaire Interallié et je n'ai rien à changer à ces indications : On fera la *greffe ostéogénique* par glissement si la perte de substance varie de 1 à 3 c/m, la *greffe tibiale* si la perte de substance varie de 3 à 4 c/m, et la *greffe costale* au-delà de ces chiffres.

Dans les pseudarthroses avec perte de substance inférieure

à la valeur d'une dent, ne dépassant pas 1 c/m environ on peut rapprocher directement les deux fragments et faire l'ostéo-synthèse avec plaque de Lambotte, comme l'ont indiqué Imbert et Réal dans leur très intéressante communication. Dans ces cas, en effet, on arrive après consolidation des fragments à rétablir l'articulation dentaire soit en agissant sur les dents au moyen d'appareils orthodontiques, soit en agissant, comme l'a montré P. Robin, sur l'articulation temporo-maxillaire. Mais nous croyons que si l'on rapproche les fragments, lorsque la perte de substance dépasse 1 c/m, on s'expose à ne plus pouvoir rétablir leur contact dentaire. Je me demande alors si dans ces cas une pseudarthrose, bien corrigée par un appareil de prothèse, ne serait pas préférable.

En tous cas, la greffe dans les cas de perte de substance étendue me paraît bien plus indiquée que l'ostéo-synthèse simple, c'est une opération qui n'est guère plus compliquée et dont les résultats positifs sont à peu près identiques.

Lorsque la greffe est bien indiquée et lorsqu'elle est pratiquée avec les précautions nécessaires on obtient environ 65 0/0 de résultats heureux.

Nous ne décrivons pas la technique chirurgicale de la greffe osseuse (ceux que cette question intéresse pourront se reporter à la communication du Congrès Dentaire Interallié). Je dirai seulement qu'ici comme pour tout ce qui touche aux lésions des maxillaires et de la face, la collaboration du chirurgien et du prothésiste doit être étroite, le rôle du dentiste étant très important, aussi bien avant, pendant, qu'après l'opération.

Je me propose de revenir dans une prochaine communication sur cette partie de la question, pour le moment je me contenterai de rappeler qu'il est absolument indispensable qu'après la greffe osseuse le maxillaire inférieur soit bloqué avec le maxillaire supérieur. Si ce blocage n'est pas parfait, le résultat sera sûrement négatif. Or si la prise et la mise en place du greffon sont l'œuvre du chirurgien, seul le dentiste est capable de préparer les dents et de

construire les appareils nécessaires pour l'immobilisation des maxillaires.

Il nous reste maintenant à envisager le traitement post-opératoire : si la greffe a donné un résultat positif, on remplacera les dents manquantes par un bridge si cela est possible, ou par un appareil avec plaque dans le cas contraire. Si enfin la greffe a été inopérante, il appartiendra alors au prothésiste seul de rétablir les fonctions de mastication.

Parmi les 2 blessés qu'il m'est possible de vous présenter l'un a eu son observation publiée dans ma communication et vous la trouverez dans le compte rendu du Congrès. Je me contenterai donc de vous donner l'observation du second :

G..., Pierre, 21 ans, 151^e d'infanterie, blessé le 14 juillet 1915 à Marie-Thérèse par balle.

Arrivé à Lyon, le 29 juillet 1915 à l'hôpital Cre n° 19. Transfixion de la région mentonnière droite par balle entrée à 0,01 c/m. au-dessus du bord inférieur du maxillaire et à 0,03 c/m. de la symphyse. Le projectile est sorti spontanément au-dessus du bord inférieur de l'os, et à 0,035 m/m du point d'entrée.

Fracture de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur au niveau de la canine.

Projectile au niveau de l'amygdale droite.

Le blessé fait une angine suspecte, il est évacué d'urgence sur l'Hôtel-Dieu. Avant son départ on a placé un arc de contention (2 août 1915).

Séjour à l'Hôtel-Dieu : du 2 août 1915 au 17 décembre 1915, date où il part de l'Hôtel-Dieu en convalescence pour deux mois, porteur d'une gouttière scellée.

20 février 1916 : revient à l'Hôtel Dieu *avec la gouttière descellée*. A ce moment il est évacué à nouveau sur le Centre de Stomatologie (Hôpital Cre 44), pour traitement prothétique (10 mars 1916).

Envoyé à ma consultation, le 20 mars, je conseille un blocage. Il est resté bloqué cinq semaines, puis envoyé

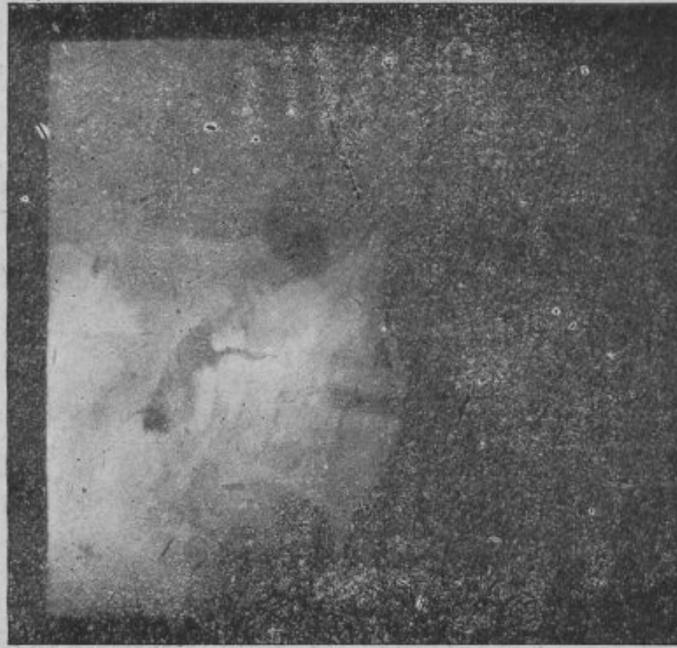


Fig 3.

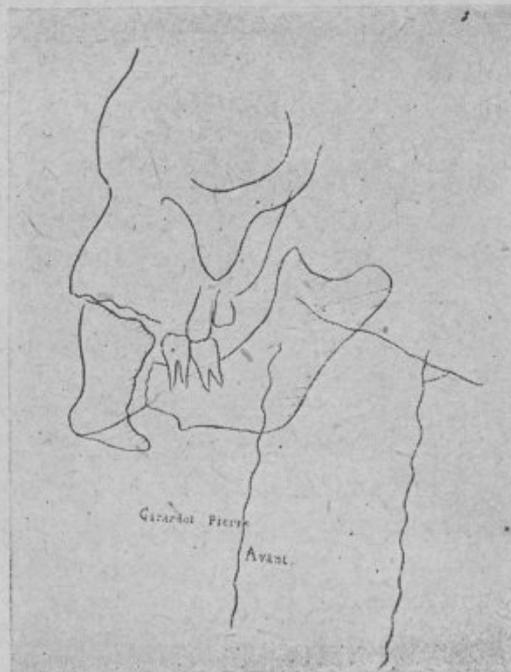


Fig. 3 bis.

en convalescence d'un mois, porteur d'une gouttière scellée. Retour le 20 juin 1916.

On fait des appareils définitifs et le blessé est présenté pour pension.

À ce moment la fracture n'était pas consolidée. Persistance d'une très grande mobilité des fragments, voir radiographie en date du 4 juillet 1916.



Fig. 4.

J'estime qu'il y a lieu de pratiquer une greffe osseuse à ce blessé, et je le fais évacuer sur le Centre de chirurgie maxillo-faciale (20 septembre 1916).

On fait faire une radiographie le 6 octobre 1916 et on fait préparer les appareils nécessaires au blocage.

13 octobre 1916, j'interviens : sous-anesthésie générale, incision cutanée en suivant le bord inférieur du maxillaire, au niveau du foyer de fracture. Dissection des téguments de façon à dénuder les extrémités fragmentaires du maxillaire.

Taille d'un greffon aux dépens du fragment postérieur.



Fig. 5.



Fig. 5 bis.

Le greffon est immobilisé en bonne position au contact des

moignons de la branche horizontale. Sutures en deux plans.

Bloquage le lendemain de l'intervention.

15 octobre 1916, suites normales, pas de suppuration, cicatrisation complète en 8 jours.

Durée du bloquage deux mois, on enlève les fils de bloquage le 10 décembre 1916, et le 23 le blessé est envoyé en convalescence pour deux mois.

Entre temps le 13 décembre, on a fait une radiographie n° 9139 à l'Hôpital complémentaire 34.

Retour de convalescence le 23 février 1917.

Le 1^{er} mars 1917, nouvelle radiographie, montrant que le greffon osseux paraît en bonne voie de consolidation, zones ostéogéniques visibles.

20 mars 1917, nouvelle convalescence de deux mois avec retour jusqu'au 27 juin 1917.

On fait faire une radiographie qui révèle la consolidation parfaite, ce qui est confirmé par l'examen clinique.

Toutefois on estime qu'il est nécessaire de prolonger la contention pour la pose d'un bridge qui servira en même temps d'appareil définitif de prothèse.

LA SÉNILITÉ DES TISSUS DENTAIRES CHEZ NOS BLESSÉS

Par M. JACQUES COLIN DEMARQUETTE,

Docteur en chirurgie dentaire de l'Université de Pensylvanie,
Dentiste militaire au 33^e de ligne.

(Académie de médecine, séance du 6 novembre 1917¹).

L'étroitesse du champ sur lequel l'activité professionnelle du dentiste est concentrée, lui rend sensibles les modifications, même peu importantes, qui peuvent y survenir.

D'une manière générale, parmi les facteurs susceptibles de modifier la qualité des tissus des dents et des maxillaires, le vieillissement est le plus constant. Il est accompagné d'une minéralisation de plus en plus accentuée, se traduisant, extérieurement, par une modification de la couleur de la dent. Blanche et un peu transparente dans la jeunesse, elle devient de plus en plus opaque, en même temps qu'elle jaunit ou bleuit. Un autre effet très important du vieillissement qu'il est possible de vérifier au cours des extractions dentaires, c'est la perte de l'élasticité des tissus osseux des maxillaires.

Elle se traduit par une fréquence beaucoup plus considérable des fractures des bords alvéolaires au cours des extractions, tandis qu'avec des organismes plus jeunes, il est possible, dans la plupart des cas, d'extraire les dents sans léser les tissus osseux.

Un autre effet du vieillissement, c'est que les racines et les dents en général, bien que beaucoup plus dures, sont aussi beaucoup plus cassantes, se rompant avec des bords de cassure nets.

Il serait donc facile, par l'observation attentive des tissus dentaires, de déterminer assez approximativement l'âge physiologique d'une personne donnée.

Au cours de ma pratique professionnelle, il m'a été donné de remarquer une modification profonde des tissus dentaires chez les sujets ayant séjourné dans les régions tropicales.

Leurs dents sont généralement plus dures, plus minéralisées, c'est-à-dire plus vieilles physiologiquement que celles des personnes de leur âge n'ayant pas quitté nos pays.

Un assez grand nombre d'observations portant sur des missionnaires, des fonctionnaires coloniaux, des négociants ayant habité divers pays chauds, m'a permis de constater la généralité du fait.

1. La lecture de cette note a été faite par le Dr Capitan.

Il ne m'appartient pas de rechercher si ce vieillissement est dû à l'action de la chaleur sur l'organisme des Européens, au régime alimentaire qu'ils suivent aux colonies, ou à leur genre de vie, ou à ces trois causes réunies. Je me borne à signaler le fait.

Récemment affecté à un régiment d'infanterie de l'active, sur le front, j'ai eu le regret de constater chez les hommes de mon régiment, au cours des interventions pratiquées sur eux, des symptômes de vieillissement physiologique.

Des hommes des jeunes classes 1911, 1912, 1913, 1914, au front depuis trois ans, ont des tissus dentaires ou osseux dans le même état que ceux d'hommes de trente à quarante ans, en temps normal. Autant qu'il est possible d'en juger, il semble que les caractères de ce vieillissement soient différents de ceux occasionnés par la vie sous les tropiques.

Les dents des soldats sont moins hypercalcifiées que celles des coloniaux. Cependant, malgré le manque de soins hygiéniques et aussi l'infériorité physique des contingents actuels, par comparaison avec les troupiers du temps de paix, les caries dentaires ne sont pas plus nombreuses chez les soldats actuels que chez leurs devanciers. Ceci correspondrait à un commencement de minéralisation de leurs dents.

Mais ce qui est particulièrement frappant, c'est la diminution très marquée de l'élasticité des tissus osseux de leurs maxillaires qui rend les extractions plus difficiles que sur des sujets normaux de leur âge, et fait qu'elles sont souvent accompagnées de fractures plus ou moins étendues du bord alvéolaire. Ceci indiquerait une sclérose prématurée des tissus qui nous intéressent, résultant d'un vieillissement précoce de l'organisme. Ce vieillissement serait dû aux fatigues, à l'exposition prolongée aux intempéries, à une alimentation trop riche en azote (viande, haricots, fromage) et en alcool et trop pauvre en légumes rafraîchissants et peut-être à l'action toxique des poisons nervins produite par les émotions violentes

(Bulletin de l'Académie de médecine).

A PROPOS DE LA DÉCOUVERTE D'UN PRÉTENDU STIGMATE DENTAIRE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. V. GALIPPE.

(Suite et fin.)

Voici ce que j'écrivais, en 1902 : « L'hérédité des anomalies dentaires, même quand elle se présente avec des caractères similaires, n'a point suffisamment frappé les observateurs ; il en résulte que la plupart des observations recueillies, sans qu'on se soit préoccupé de cette notion, sont frappées de nullité, puisqu'on a attribué à une cause pathologique acquise ce qui appartenait à l'hérédité tératologique ou pathologique. La transmission de ces stigmates doit être, en effet, étroitement rattachée aux troubles généraux dont ils sont l'expression, sans qu'aucun d'eux, précisément en vertu de leurs caractères communs et de leurs transformations, puisse être invoqué comme présentant un caractère spécifique quelconque.

« Ils expriment tout aussi bien l'hérédité tératologique que l'hérédité pathologique, que celle-ci ait pour cause une affection du système nerveux, ou une psychopathie, ou bien encore cette manière d'être connue sous le nom de neuro-arthritis. La goutte, le rhumatisme, les maladies provoquées soit par des infections, soit par des intoxications diverses, telles que la tuberculose, la syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, le saturnisme, etc., produisent les mêmes stigmates¹ ».

Un homme ataxique, syphilitique, présentait une voûte palatine ogivale, une luvette bifide, un maxillaire inférieur avec apophyses lémuriennes volumineuses ; implantation vicieuse des dents aux deux arcades dentaires.

Le fils aîné, entre autres malformations, présente de l'asymétrie cranio-faciale, voûte palatine ogivale, implantation vicieuse des dents de la mâchoire supérieure, prognathisme du maxillaire inférieur. Le second fils a eu des convulsions au moment de la première dentition (Ch. Féré).

Ainsi donc, un médecin qui n'aurait pas connu les anomalies paternelles aurait mis uniquement sur le compte de l'hérédosyphilis les anomalies maxillo-dentaires du fils aîné, ainsi que les manifestations pathologiques présentées par le deuxième enfant, alors que la syphilis n'a joué vraisemblablement dans ces deux

1. *Hérédité des anomalies des maxillaires et des dents*, 1902, p. 8.

cas, comme, du reste, d'autres infections ou intoxications peuvent le faire, que le rôle de coefficient d'aggravation.

De ce fait qu'étant donnée une anomalie chez l'un des ascendants, on peut voir apparaître chez les descendants, toute une série d'anomalies pouvant n'avoir aucune ressemblance avec l'anomalie primitive, on peut conclure : qu'il n'est pas possible d'assigner à l'une quelconque de ces anomalies une origine particulière et caractéristique, soit au point de vue morbide, soit au point de vue tératogénique, puisqu'elles dérivent toutes d'une cause unique, c'est-à-dire une tare héréditaire, simple ou combinée, c'est-à-dire paternelle ou maternelle, à la fois.

Ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois, à une anomalie de nombre peut succéder une anomalie de forme (nanisme), soit une anomalie de direction; quelquefois, ces deux anomalies sont réunies sur une même dent¹.

« ... Il est absolument illusoire, disais-je dans le même travail (*loc. cit.*, p. 57), de faire état des stigmates dystrophiques observés dans le système dentaire d'un malade, si l'on ne peut examiner en même temps la bouche de ses ascendants, en tenant compte de l'hérédité similaire et de l'hérédité dissemblable. Lorsque le contrôle est impossible, il faut ou s'abstenir ou se tenir sur la plus grande réserve. »

Il faut encore tenir compte de l'influence du sexe sur la transmission des anomalies; il en est qui se transmettent de mâle en mâle et d'autres de femelle en femelle.

Dans certaines familles, les malformations tendent à persister plus longtemps chez les descendants du même sexe que le générateur qui l'a transmise (Féré). Il y a de véritables anomalies familiales qui se transmettent pendant fort longtemps avec ou sans interruption, et dans le premier cas, il est légitime de supposer qu'il y avait eu seulement hérédité dissemblable, en corrélation avec l'anomalie primitive. Dans certaines observations, l'influence du sexe est très nette. C'est ainsi que la *Presse médicale* vient de publier (n° 50, octobre 1917), d'après un travail de M. H. Drinkwater, l'observation d'une anomalie transmise depuis le xv^e siècle jusqu'à nos jours, et seulement par les mâles, pendant quatorze générations. Il s'agit d'une ankylose portant sur les trois derniers doigts de la main et aux pieds, sur les quatre derniers orteils. Cette anomalie s'est perpétuée de mâle en mâle, pendant plus de cinq cents ans, sans jamais avoir sauté une génération.

Je disais, à propos de l'existence du bec-de-lièvre chez les héredo-syphilitiques (*loc. cit.*, p. 72), « que l'on rencontre souvent cette anomalie de développement chez des héredo-syphilitiques;

nous n'y contredisons pas. Il nous suffit qu'elle ait été observée en dehors de la syphilis et qu'on ait vu des transmissions directes de cette monstruosité. Quand on observe un hérédo-syphilitique présentant un bec-de-lièvre, il peut être imprudent de rapporter exclusivement l'origine de cette anomalie à la syphilis. L'alcoolisme, la tuberculose, l'hérédité névropathique, peuvent être des causes antérieures à la syphilis, et celle-ci n'a fait que fournir un *coefficient d'aggravation*. Voici, par exemple, un père syphilitique et névropathe qui donne naissance à quatre enfants atteints de pied-bot. Pourquoi attribuer exclusivement la production de cette monstruosité à la syphilis et ne faire jouer aucun rôle à la névropathie dont l'influence tératogénique est cependant bien connue? Que la syphilis ait un pouvoir dystrophiant considérable, nul ne songe à le nier; mais ce n'est pas la seule infection jouissant de ce pouvoir, et elle n'imprime point aux dystrophies un caractère particulier, capable de les différencier de celles produites par d'autres causes. C'est pourquoi, lorsqu'on se trouve en présence d'un monstre dont le père est alcoolique et la mère syphilitique, on ne peut logiquement rapporter à la syphilis seule la provocation de la monstruosité, puisque l'alcoolisme également est capable de la produire.

M. E. Fournier reconnaît, du reste, que si des sujets à stigmates dystrophiques ont des chances pour être syphilitiques, il est absolument commun de rencontrer des sujets qui, bien que nés de parents syphilitiques et affectés de tels ou tels stigmates, n'en sont pas moins restés exempts de toutes manifestations spécifiques. Bien plus, ajoute M. E. Fournier, on a vu de tels sujets contracter la syphilis de leur fait, c'est-à-dire par contamination personnelle. Pour interpréter ces cas, l'auteur admet qu'en dépit de leurs stigmates, *y compris la dent d'Hutchinson*, ils n'étaient pas hérédo-syphilitiques, et les cas de syphilis, acquise chez des sujets porteurs de ces stigmates, ne se comptent plus. Des sujets atteints d'autres dystrophies ont également contracté la syphilis, et cela n'a rien d'étonnant: l'alcoolisme, le saturnisme, la tuberculose, la névropathie produisent les mêmes stigmates que ceux attribués en partage exclusif à la syphilis et ne mettent personne à l'abri de cette dernière infection. Les observations de M. E. Fournier tendraient également à prouver qu'un géniteur, portant des stigmates dentaires et atteint de syphilis, peut transmettre à ses enfants ses stigmates dentaires et non la syphilis.

Concluons donc, disions-nous, avec l'auteur « que les stigmates dystrophiques n'impliquent pas la syphilis par eux-mêmes chez les sujets qui les portent.

« Il se peut, certes, que ce sujet soit syphilitique, et il l'est, en effet, fréquemment ; mais il se peut aussi qu'il ne le soit pas ! Les stigmates en question dénoncent donc seulement *une base héréditaire*, sans attester que le sujet soit atteint de syphilis. »

Les observations de Ricochon, celles de L. Landouzy et de son école, ont montré la puissance tératogénique de la tuberculose. Elle est au moins égale à celle de la syphilis, et ses manifestations n'en diffèrent pas.

Nous pouvons donc conclure avec M. E. Fournier :

« Les dystrophies qui réalisent l'hérédité syphilitique ont leurs pendants, leurs analogues, dans celles que réalisent d'autres hérédités infectieuses ou toxiques. *Elles n'appartiennent donc pas en propre à la syphilis* ; elles ne lui sont en rien exclusives. Elles doivent donc être considérées comme des expressions banales et communes et des influences héréditaires les plus diverses. Ce sont, somme toute, des stigmates de tare, de dégénérescence héréditaire et rien de plus. » (*Loc. cit.*, p. 52.)

A ne considérer que la famille névropathique, celle-ci nous offre tous les stigmates tératologiques qu'on a pu rattacher à des causes originaires diverses, en leur conservant un caractère exclusif ou pathognomonique, opinion contre laquelle nous n'avons jamais cessé de protester. Dans la longue nomenclature des stigmates de dégénérescence dressée par Féré, on peut relever toutes les anomalies attribuées à telle ou telle cause de dégénérescence, et c'est avec raison que Féré conclut : « Un fait très important à relever, c'est que, quelle que soit l'origine d'un dégénéré, qu'il soit le fils d'un délinquant, d'un aliéné, d'un épileptique, d'un ataxique, d'un saturnin, les stigmates qu'il porte ne peuvent servir à le distinguer d'un autre dégénéré d'une autre origine.

« Tous ces stigmates sont communs à toutes les catégories de dégénérés et, lorsqu'on découvre un nouveau stigmaté, on constate en même temps qu'il n'est pas spécial à un groupe ; c'est en raison de cette circonstance que les efforts que l'on a faits pour établir un type criminel ont été vains.

« Cette absence de rapport entre la cause des dégénérescences et la forme des stigmates, on la retrouve, avons-nous dit, dans la tératologie expérimentale.

« Si les Geoffroy Saint-Hilaire ont établi, il y a plus d'un demi-siècle, une classification des monstres à laquelle on a pu ajouter quelques détails, mais à laquelle on n'a rien retranché, c'est que les anomalies ont leurs lois et leurs limites. Jusqu'à présent, l'expérience n'a pas montré non plus qu'à une cause tératogène correspondent des formes tératologiques spéciales. » (*Loc. cit.*, p. 51).

M. Daresté a eu recours à différentes méthodes pour obtenir des anomalies, mais il fait remarquer que les anomalies artificielles ou accidentelles *n'ont point de caractères spécifiques les rattachant exclusivement à la cause qui les a produites.*

M. Féré, dans ses nombreuses et intéressantes expériences, s'est placé dans des conditions tout à fait scientifiques. Ayant fait agir différentes vapeurs toxiques sur des œufs en état de développement, il a observé qu'en général des agents qui déterminent des anomalies de développement provoquent, en même temps, un retard manifeste de l'évolution ; et cette observation se répète avec un tel caractère d'exactitude, que l'on peut dire que l'anomalie est en rapport avec le retard de développement.

J'ajouterai que l'on observe la même chose pour l'évolution des dents et que, lorsque cette évolution se fait avec un retard considérable, on observe généralement des anomalies, et que ces anomalies sont d'autant plus graves que le retard du développement a été plus prolongé.

Féré a également observé dans ses expériences qu'une même influence traumatique ou chimique, ayant une action tératogène sur l'embryon, quand il est en voie de formation, a plus tard une action pathogène. Une même dose d'agents toxiques peut, suivant la période de développement à laquelle elle a agi, avoir soit un pouvoir tératogène, soit un pouvoir toxique, et cette dernière action varie d'intensité suivant l'époque de l'incubation à laquelle elle intervient.

En résumé, dit encore Féré, l'expérience montre qu'une même influence peut, suivant l'époque où elle agit, déterminer l'infécondité, des monstruosité, l'avortement, la mortinatalité, des retards de développement, ou de la débilité congénitale. Et, plus loin, il ajoute : « Les malformations qui se produisent le plus souvent lorsqu'on fait intervenir les influences traumatiques, chimiques, toxiques, sur l'incubation, sont les plus communes parmi celles qui ont été décrites antérieurement. *On ne voit pas qu'une des causes troublantes provoque une monstruosité qui lui soit exclusive ; en somme, on retrouve dans ces couvées les caractères signalés par Morel dans la descendance des dégénérés, c'est-à-dire la dissemblance dans la même famille et la ressemblance des types dissemblables d'une famille avec ceux d'autres familles.* » (*Loc. cit.*, p. 50.)

Quand on étudie les différentes causes de dégénérescence, on constate la dissemblance des types dégénératifs et personne n'a signalé, depuis Féré, *de déformation qui soit propre à cette cause de dégénérescence.*

La tératologie expérimentale donne donc des résultats qui

sont parfaitement d'accord avec les enseignements de la clinique.

« Les expériences d'intoxication directe tentées chez les mammifères n'ont point montré que la nature de l'intoxication ait un effet spécifique. Les troubles de l'embryogénèse sont bien plus vraisemblablement dus aux troubles de nutrition consécutifs. »
(Ch. Féré.)

La conclusion générale à tirer de cette discussion est la suivante : Il n'y a pas, jusqu'à ce jour, une anomalie dentaire de forme, de volume, de siège, de structure, etc., appartenant en propre et exclusivement à l'hérédosyphilis et non constatée, dans les manifestations héréditaires ayant une autre origine.

(Bulletin de l'Académie de Médecine).

NOTE SUR L'EXISTENCE DU TUBERCULE DE CARABELLI

(Cuspide surnuméraire des molaires supérieures)

AUX TEMPS PRÉHISTORIQUES, DANS L'ANTIQUITÉ ET AU MOYEN AGE

(Présentation de pièces originales, de photographies, de dessins
et de moulages)

Par M. le D^r E. JEANSELME.

Sur la face interne de la première et parfois de la seconde molaire supérieures, on peut observer une petite excroissance, dont la fréquence est telle que je l'ai constatée sur 40 à 45 p. 100 des sujets examinés. Souvent cette petite saillie se renfle en un tubercule mamillaire souligné par un sillon arciforme. Dans une proportion que j'évalue à 15 à 20 p. 100 des cas, ce tubercule se dégage et ressemble à un ergot greffé sur le corps de la dent : c'est à cette cuspide surnuméraire, appendue à la face interne de la couronne et ne descendant pas jusqu'au niveau de la surface triturante, qu'on donne aujourd'hui le nom de tubercule de Carabelli.

D'après mes statistiques, cette anomalie est aussi commune sur la deuxième molaire de lait que sur la première molaire permanente, de sorte que, si le sujet est en période de rénovation dentaire, la malformation coexiste, et presque toujours au même degré, sur chacune de ces dents.

Tous les intermédiaires s'observent entre une éminence à peine appréciable et le tubercule de Carabelli le mieux caractérisé. Celui-ci n'est, en somme, que l'exagération d'une disposition anatomique, si fréquente qu'elle peut être tenue pour normale. C'est une considération qu'il ne faut pas perdre de vue quand on veut établir la signification de cette anomalie.

J'ai relevé le tubercule de Carabelli chez le Noir, l'Asiatique, le Malgache, les Indiens du Nouveau-Monde et les insulaires du Pacifique.

Il existait dès la période *paléolithique*. Sur le crâne d'un jeune sujet de l'époque moustérienne, je l'ai constaté avec la plus grande netteté. M. de Terras l'a noté sur l'homme de Krapina, qui remonte à une très haute antiquité.

Cette anomalie n'était pas rare à la période néolithique. Je l'ai constatée notamment sur des molaires adhérant à des crânes provenant de la caverne de Lombrives (Ariège), d'une galerie

couverte située à Chamant (près de Senlis), d'une caverne du Mont Maigre, près d'Orrouy (Oise), de plusieurs dolmens d'Algérie. L'authenticité de ces documents est certaine, car ils ont été extraits de couches non remaniées, où ils gisaient au milieu de haches en silex.

La preuve de l'existence du tubercule de Carabelli dans l'Antiquité est fournie par l'examen de crânes provenant de la nécropole de Meir (Haute-Egypte) dont les tombes, creusées dans le roc ou la terre, datent de la basse époque pharaonique (26^e dynastie et suivantes). Les fouilles de Médinet-Ghoran (Fayoum) ont mis à jour des crânes sur lesquels j'ai constaté la même anomalie. L'authenticité de ces pièces était indiscutable, car « les cartonnages des momies ont donné des papyrus grecs et démotiques ». L'avis d'envoi porte que ces crânes appartiennent à l'époque gréco-romaine comprise entre le III^e siècle avant notre ère et le I^{er} siècle après Jésus-Christ.

Plusieurs crânes provenant de cimetières gaulois ou gallo-romains, situés dans la Marne, sur l'emplacement du camp de Châlons, aux environs de Langres, à Saint-Etienne-au-Temple, présentent la même anomalie. Les médailles et autres objets qui accompagnaient les corps permettent de conclure qu'ils avaient été inhumés pendant la période comprise entre Tibère et Constantin.

Dans un lot de crânes extraits de tumuli russes appelés Kourganes, datant du IX^e siècle, j'ai constaté une seule fois un tubercule de Carabelli de forme typique.

Des travaux de terrassement faits à Paris, en 1861, dans l'île de la Cité, ont mis à jour un cimetière du Moyen âge. Paul Broca, qui assistait aux fouilles, acquit « la certitude qu'aucun de ces ossements ne pouvait être postérieur au XIII^e siècle, et que la plupart d'entre eux, trouvés dans un caveau voûté et fermé, à 3 mètres de profondeur, sous un emplacement qui était déjà couvert de maisons au temps de Philippe-Auguste, dataient au plus tard du XII^e siècle ». De cette collection de 125 crânes, j'ai pu en étudier 111; 19 seulement possédaient des molaires dont l'examen pouvait être utilement fait. Sur ce nombre, j'ai constaté 6 fois une cuspside surnuméraire qui, dans 2 cas, était bien caractérisée, et dans 4 cas à l'état d'ébauche, soit une proportion de plus de 31 p. 100, si l'on tient compte des formes rudimentaires, de 10 p. 100, si on les élimine.

Il est intéressant de comparer ce résultat avec celui que donne l'examen des crânes provenant de l'ancien cimetière des Innocents qui fut ouvert sous Philippe-Auguste, et qui reçut des corps jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Sur 101 crânes, 19 ont pu être

utilisés : 2 d'entre eux portaient des tubercules de Carabelli bien dégagés, 4 autres une cuspide surnuméraire moins développée, soit une proportion globale de 31 p. 100, qui tombe à 10 p. 100, si l'on ne fait état que des formes les mieux caractérisées.

La signification de cette minuscule anomalie a donné lieu à des opinions contradictoires. Tout récemment un médecin des plus avertis vient de lui attribuer une grande valeur séméiologique. En l'absence de tous autres symptômes, sa présence serait un signe certain de l'hérédosyphilis. On conçoit l'utilité qu'il y aurait pour le praticien à être fixé sur la valeur d'un signe d'une constatation aussi facile. Il n'est pas douteux que le tubercule de Carabelli est souvent associé à d'autres malformations dentaires qui sont le témoin irrécusable de la syphilis héréditaire, mais le plus souvent il constitue l'unique anomalie relevée sur le sujet.

En pareil cas, doit-on, sur la simple constatation d'une cuspide surnuméraire, prononcer un verdict affirmatif? Le principal argument donné à l'appui de cette manière de voir, c'est que la réaction de Wassermann serait constamment positive chez les sujets porteurs d'un tubercule de Carabelli. Malheureusement, cette concordance est loin d'être la règle. Sur 129 soldats âgés de vingt à cinquante ans, j'ai constaté 22 fois, soit dans une proportion de 17 p. 100 des cas, un tubercule de Carabelli bien développé. Deux fois seulement la réaction de Wassermann fut positive. L'un de ces sujets avait des signes manifestes de syphilis héréditaire : érosions dentaires caractéristiques et tibias en lame de sabre. L'autre était en période secondaire de syphilis acquise. Par contre, sur un sujet portant des stigmates très apparents d'hérédosyphilis, la réaction de Wassermann était complètement négative, et le tubercule de Carabelli n'existait qu'à l'état rudimentaire.

Les notions historiques, bien incomplètes, il est vrai, que nous possédons sur l'origine de la syphilis, cadrent mal avec la signification attribuée au tubercule de Carabelli. Ou bien cette maladie a existé de tout temps en Europe, à l'état sporadique et sous une forme assez bénigne pour passer inaperçue jusqu'à la grande recrudescence épidémique de la fin du xv^e siècle, ou bien elle a été importée d'Amérique sur l'ancien continent par les équipages de Christophe Colomb. Si la première hypothèse est exacte, le pourcentage du tubercule de Carabelli doit s'élever à partir de la fin du xv^e siècle, puisque la syphilis prend alors une extension plus grande en même temps qu'elle devient plus sévère. Or, j'ai montré que le tubercule de Carabelli, sous forme rudimentaire ou caractérisée, était aussi fréquent avant le xiii^e siècle (cimetièrre de la Cité), que pendant la période qui s'étend du

XII^e au XVIII^e siècle (cimetièrre des Innocents). Ce résultat va donc à l'encontre de la première hypothèse.

D'autre part, si l'Amérique a été le foyer primitif de la syphilis, le tubercule de Carabelli devait être déjà très commun sur le nouveau continent à la période qui a précédé l'arrivée des Européens. Or, je n'ai trouvé que des rudiments de cette anomalie sur les crânes aux déformations caractéristiques extraits des sépultures précolombiennes du Pérou, du Mexique et de l'Amérique centrale.

Pour comprendre la signification du tubercule de Carabelli, qui est une anomalie familiale, il faut en chercher l'origine chez les précurseurs de l'Homme. D'après mes observations, il serait le vestige le plus dégradé, le dernier terme d'un système de denticules adventices bien développés chez les Lémuriens et dans certaines espèces simiennes. Ces denticules procèdent du *cingulum* qui pousse des prolongements cuspidiens en certains points et s'effondre dans leur intervalle. Sur les molaires des Anthropoïdes, du Gibbon en particulier, le *cingulum* émet parfois une cuspide en tout semblable, comme siège, comme forme, et comme volume au tubercule de Carabelli.

De ces considérations philogéniques découle la conclusion pratique que le tubercule de Carabelli n'est pas un signe d'hérédosyphilis. Que cette notion erronée s'accrédite, et elle aura pour conséquence de faire admettre sans preuve, comme entaché de syphilis héréditaire, le dixième et peut-être même le sixième des adultes valides de notre population française. Il ne faut pas que le praticien, sur la seule constatation d'une anomalie sans valeur sémiologique, jette le trouble dans les familles, déconseille une union projetée, et institue un traitement inutile.

(Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 15 janvier 1918.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROJET DE CRÉATION D'UN CORPS D'OFFICIERS DENTISTES

Nous publions ci-après le texte du projet de loi déposé par le Sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire à la Chambre des députés, au nom du Gouvernement, pour conférer le grade d'officier aux dentistes militaires.

Il faut saluer ce dépôt comme un des événements historiques de la profession, car, en donnant satisfaction à ses légitimes aspirations, il reconnaît les services rendus par elle à la défense nationale et met sur un pied d'égalité les praticiens de l'armée française de terre et de mer et ceux des armées alliées.

Il convient de rappeler à nouveau à ce propos que l'élaboration et le dépôt de ce projet sont dus aux démarches incessantes de la Fédération dentaire nationale et en particulier de son président, M. Blatter, au dévouement duquel nous ne saurions trop rendre hommage.

N° 4.553

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Onzième législature

SESSION 1918

Annexe au procès verbal de la 2^e séance du 28 mars 1918.

PROJET DE LOI

**Tendant à la création d'officiers dentistes
dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire.**
(Renvoyé à la Commission de l'armée.)

Présenté

au nom de M. Raymond POINCARÉ,
Président de la République Française,

par M. Georges CLEMENCEAU,
Président du Conseil, Ministre de la Guerre,

et par M. L. L. KLOTZ,
Ministre des Finances.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

La nécessité d'assurer les soins dentaires dans les corps de troupe et dans les formations sanitaires a fait reconnaître le be-

soin d'un cadre de dentistes militaires. Ce cadre a été réalisé, en partie, par un décret du 26 février 1916, qui a institué des dentistes militaires, de grade correspondant à celui d'adjudant.

Ce personnel a rendu les plus grands services et doit recevoir le développement nécessaire pour faire face au besoin des organes spéciaux successivement créés : cabinets dentaires, centres d'édentés, centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale. Il convient non seulement d'en développer le cadre, mais de conférer à certains d'entre eux les grades correspondant à l'importance des fonctions qu'ils exercent. Le niveau de leurs études, la valeur professionnelle de certains d'entre eux, les rendent aptes à pouvoir obtenir, par un avancement légitime, le rang d'officier.

Cette mesure, en usage dans certaines armées alliées, a d'ailleurs été adoptée par la marine française.

Les officiers dentistes ne peuvent être constitués que si des cadres leur sont ouverts par la loi.

La place à leur faire se trouve dans le Corps de santé.

Cette adjonction d'une nouvelle branche au Corps de santé ne portera, d'ailleurs, que sur les cadres de complément, les officiers dentistes ne devant être constitués qu'au titre de la réserve ou de l'armée territoriale.

En conséquence, le Gouvernement soumet à votre délibération le projet de loi dont la teneur suit :

PROJET DE LOI

Le Président de la République Française,

Décète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des députés par le Président du Conseil, Ministre de la Guerre et par le Ministre des Finances, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article unique.

L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 39. — En cas de mobilisation, le cadre du Corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel. »

Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre savoir : officier dentiste de 1^{re} et 2^e classe.

Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du Corps de santé.

Fait à Paris, le 27 mars 1918.

Signé : R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le Président du Conseil,
Ministre de la Guerre,
CLEMENCEAU.

Le Ministre des Finances,
Signé : L. L. KLOTZ.

Au sujet de ce projet de loi, nous publions ci-dessous deux lettres intéressantes qui ont été adressées par M. Justin Godart au Président de la Fédération dentaire nationale.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE — CABINET DU SOUS-SECÉRETAIRE D'ÉTAT
Service de Santé (40.964 0/7).

Paris, le 29 janvier 1918.

A M. Blatter, président de la Fédération dentaire nationale,
88, avenue Niel, Paris.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que, comme je vous l'avais promis, j'avais fait préparer un projet de décret au sujet de la nomination des dentistes militaires au grade d'officier.

Mais à la suite des objections formulées par la Direction du Contrôle, qui estime que la situation des dentistes officiers ne peut être réalisée que par voie législative, je n'ai pas cru devoir soumettre le décret à la signature de M. le président de la République; j'ai fait préparer aussitôt un projet de loi qui sera remis incessamment sur le bureau de la Chambre et dont la discussion immédiate sera demandée.

Agréez, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

JUSTIN GODART.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Paris, le 15 avril 1918.

A M. Blatter, Président de la Fédération dentaire nationale.

Monsieur le Président,

Vous voulez bien, à l'occasion du dépôt par M. Mourier du projet de loi créant des officiers dentistes, m'exprimer la reconnaissance de la Fédération dentaire nationale pour ce résultat que

j'avais préparé étant au sous-secrétariat d'Etat du Service de santé. Je vous en remercie. Mais si vous n'oubliez point, à la Fédération, ceux qui ont pris les initiatives en faveur de votre profession, je ne veux point oublier, moi non plus, que, si j'ai fait quelque chose pour les dentistes, c'est à la suggestion et à la collaboration de votre Fédération que je le dois.

C'est en constatant les services rendus par l'Ecole dentaire de Paris à la Défense nationale par ses créations, et cela dès 1914, que j'ai été convaincu que le pays devait faire appel aux dentistes le plus largement possible. Vous avez constitué les premiers centres d'édentés et de prothèse maxillo-faciale, et ce développement de votre activité a abouti au magnifique congrès inter-alliés qui restera une date dans les manifestations de la science française durant la guerre.

C'est pourquoi vous pouvez être assuré que je continuerai à soutenir les efforts de la Fédération et ceux de vos grandes Ecoles de Paris et de Lyon, et que toujours j'apporterai mon témoignage à votre profession qui a bien mérité du pays.

Croyez, Monsieur le Président, à l'assurance de mon cordial dévouement.

Justin GODART.

LE SERVICE MILITAIRE ET LES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE MOBILISÉS

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS
DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.
Cabinet du Directeur.

Paris, le 25 mars 1918.

Monsieur le Président de la Fédération Dentaire Nationale,

Vous avez bien voulu me demander si les termes d'une note parue récemment dans les journaux et relative aux étudiants mobilisés étaient applicables aux étudiants en chirurgie dentaire.

La note à laquelle vous vous référez n'a pas été inspirée par mon département et n'a aucune valeur. Toutefois, je suis heureux de vous faire connaître que, d'accord avec M. le Ministre de la Guerre et M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, je viens d'arrêter, concernant les étudiants mobilisés, un certain nombre de dispositions dont l'ensemble formera une instruction ministérielle qui paraîtra dans un des prochains numéros du *Journal Officiel*. Ces dispositions seront applicables aux étudiants de toutes les disciplines.

Veuillez agréer, etc. Pour le ministre et par autorisation,

Le Directeur de l'Enseignement supérieur,

Signé : *illisiblement*.

Ajoutons qu'en réponse à une demande de renseignements touchant les classes antérieures à 1912 adressée par l'Ecole dentaire de Paris au Doyen de la Faculté de médecine de Paris, celui-ci a fait la réponse suivante.

Paris, 17 avril 1918.

Les étudiants des classes antérieures à 1912 doivent être considérés comme ceux de cette dernière classe au point de vue des avantages conférés par instruction du 26 mars.

Les étudiants de ces classes qui justifient des travaux pratiques pourront prendre des inscriptions dans les conditions de la dite instruction.

Les professeurs de l'Ecole seront jugés de la durée et de la valeur des exercices en vue d'autoriser les étudiants en chirurgie dentaire pourvus des inscriptions réglementaires à se présenter aux examens.

Pour le Doyen, signé : PETIT.

Ajoutons qu'après entente avec M. l'Inspecteur d'Académie le programme des travaux pratiques exigibles pour la délivrance des 4^e, 8^e et 12^e inscriptions a été établi de manière à ce que les étudiants mobilisés puissent y satisfaire pendant les périodes des congrès de détente qui leur sont accordés par l'armée.

Nous sommes heureux de publier les instructions ci-dessous, qui donnent enfin satisfaction aux légitimes revendications des étudiants en chirurgie dentaire, au sujet desquelles l'Ecole dentaire de Paris, d'accord avec la Fédération dentaire nationale, a fait de très nombreuses démarches.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS.

Instructions sur la scolarité des étudiants sous les drapeaux des classes antérieures à la classe 1918.

Les étudiants des classes antérieures à la classe 1918, déjà inscrits dans les facultés et actuellement sous les drapeaux, sont autorisés à prendre des inscriptions et à poursuivre leur scolarité à partir du 1^{er} avril 1918, dans la mesure où le leur permettront leurs obligations militaires.

Ces étudiants prendront des inscriptions et poursuivront leur scolarité dans les conditions réglementaires, sauf les modifications suivantes :

A. — *Classes 1912, 1913, 1914.* — Les étudiants de ces classes sont autorisés à prendre, dès maintenant, les deux premières inscriptions de l'année scolaire au début de laquelle leur scolarité a été interrompue, ou la deuxième inscription si leur scolarité n'a été interrompue qu'après la première inscription, de manière à

pouvoir prendre régulièrement la troisième inscription et à se présenter aux examens, s'il leur est possible, à la fin de la présente année scolaire ou à une des sessions ordinaires ou extraordinaires suivantes.

B. — *Classe 1915.* — Les étudiants de cette classe qui ont déjà une inscription pour l'année scolaire 1914-1915 pourront prendre la seconde. Pour eux et pour ceux qui ont déjà deux inscriptions de cette même année scolaire, la seconde inscription sera considérée comme validée, de telle sorte qu'ils puissent poursuivre leurs études.

C. — *Classe 1916.* — Les étudiants de cette classe qui ont une inscription de l'année scolaire 1914-1915, pourront prendre la seconde. Cette seconde inscription sera considérée comme validée ; il en sera de même pour tous ceux qui ont pu prendre, pour cette même année scolaire, une seconde inscription sans la valider avant leur incorporation. Quant à ceux qui sont déjà titulaires de trois inscriptions, ils pourront terminer l'année scolaire commencée dans les conditions que permettront leurs obligations militaires.

D. — *Classe 1917.* — Les étudiants de cette classe pourront poursuivre leur scolarité en prenant au 1^{er} janvier 1919 la seconde inscription de l'année scolaire 1915-1916. Ceux qui ont déjà trois inscriptions pourront passer leurs examens en avril 1919.

Les étudiants engagés volontaires bénéficieront des mêmes conditions que les étudiants de la classe incorporée dans l'année scolaire où ils ont contracté leur engagement.

Les étudiants incorporés postérieurement à l'appel de leur classe feront l'objet de décisions ministérielles spéciales en raison de la date de leur incorporation et de leur situation scolaire.

Les étudiants pourvus de quatre inscriptions pourront se présenter à la plus prochaine session ordinaire ou extraordinaire.

Les étudiants ajournés à une session ordinaire pourront se représenter à la session extraordinaire suivante ; ceux qui seront ajournés à une session extraordinaire pourront se représenter à la session ordinaire suivante.

Les étudiants qui ne sont pas dans la zone des armées passeront leurs examens dans les sessions ordinaires ou dans des sessions extraordinaires ouvertes au commencement de janvier, d'avril et d'octobre. Pour ces étudiants, il n'est rien changé à la disposition des examens de médecine, ancien régime. Les étudiants de la zone des armées auront le droit, du 1^{er} décembre au 1^{er} juillet, de solliciter un examen individuel, hors session, selon leurs permissions militaires. Si leur permission coïncide avec une session ordinaire ou extraordinaire, ils seront autorisés à se présenter immédiatement.

Les étudiants retenus loin du siège d'une faculté ou école sont autorisés, soit à prendre des inscriptions cumulatives en bénéficiant d'une extension à leur cas du décret du 8 juillet 1914 et dans les conditions de ce décret, — soit à faire prendre des inscriptions ordinaires par personne qualifiée, munie, en plus des pièces exigées par les règlements, d'une procuration de l'étudiant et d'un certificat du chef de corps attestant que l'étudiant est bien sous les drapeaux et hors d'état de se présenter lui-même au secrétariat. Cette mesure est tout à fait exceptionnelle et uniquement limitée au temps de guerre et aux étudiants visés plus haut.

Des dispositions spéciales doivent être prises en faveur des étudiants en sciences, en médecine et en pharmacie, en raison des travaux pratiques et stages qu'ils doivent effectuer.

Les étudiants de P. C. N. des classes 1914, 1915, 1916 et 1917, pourvus antérieurement ou en vertu de la présente instruction de trois inscriptions pourront se faire délivrer, après examen de leur dossier par la faculté, un certificat provisoire et prendre une première inscription de médecine qui leur permettra ultérieurement de prendre la seconde inscription. Pour prendre, par la suite, une troisième inscription de médecine, ils devront avoir accompli une série de travaux pratiques de P. C. N., réduite d'ailleurs au minimum nécessaire, soit pendant qu'ils auront suivi, dans un centre universitaire, les cours de préparation au grade de médecin auxiliaire, soit pendant un stage de trois mois prévu à Paris ou à Lyon pour les étudiants en médecine, présents aux armées, soit aussitôt qu'il leur sera possible par suite de congé, de réforme temporaire et définitive ou de libération générale. Les étudiants des mêmes classes qui ont quatre inscriptions pourront, après examen de leur dossier par la faculté, recevoir le certificat de P. C. N. et poursuivre leurs études dans les conditions établies par la présente instruction.

Les étudiants en médecine, en sciences ou en pharmacie qui pourront bénéficier de la présente instruction ne seront pas dispensés de stages et de travaux pratiques. Les inscriptions et les examens de ces étudiants n'auront qu'un caractère provisoire. Dès qu'il sera possible, et jusqu'à la fin de la guerre, avec le consentement de l'autorité militaire, sous une forme abrégée et plus intensive, ces stages et travaux seront organisés dans les facultés ou écoles de telle façon qu'une période continue d'au moins trois mois corresponde aux exercices prévus pour une année. Les certificats d'examens et diplômes ne pourront être délivrés qu'après ce complément nécessaire des études et après décision de la faculté.

Les étudiants des classes antérieures à 1918 pourront opter entre la reprise immédiate de leurs études conformément aux règlements antérieurs et aux présentes instructions où le bénéfice complet des mesures réparatrices qui pourront être prises après leur libération.

A la fin de la guerre, les étudiants qui auront repris leur scolarité en vertu des présentes instructions n'en bénéficieront pas moins des mesures réparatrices en tant qu'elles pourront s'appliquer à leur situation scolaire au moment où ces mesures seront prises (*Journal Officiel* du 26 mars 1918). L. LAFFERRE.

La F. D. N. avait adressé au Ministre de l'Instruction publique, au sujet de cette importante question la lettre suivante à laquelle il a été fait la réponse que nous publions ci-après :

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

Paris, le 18 mars 1918.

A M. le ministre de l'Instruction publique, Direction de l'Enseignement supérieur.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître si la mesure que vous avez prise récemment et qui vient d'être annoncée dans les journaux par la note suivante est applicable aux étudiants en chirurgie dentaire.

Les étudiants mobilisés.

» Le ministre de l'Instruction publique vient de faire connaître
 » que, dans la limite du possible, les dispositions prises à l'égard
 » des étudiants en médecine et en pharmacie qui, désormais peu-
 » vent aux armées mêmes accomplir leur scolarité, seraient éten-
 » dues aux étudiants des autres facultés. Des mesures de com-
 » pensation pour la fin des hostilités sont également envisagées.
 » Enfin la circulaire en vertu de laquelle les officiers inaptes et
 » les hommes de troupe du service auxiliaire ayant pris des
 » inscriptions avant la guerre peuvent continuer leurs études
 » doit être étendue aux sous-officiers et aux caporaux. »

Veillez agréer, etc.

Le Président, A. BLATTER.

LE CORPS DENTAIRE DANS L'ARMÉE PORTUGAISE

LOI PORTUGAISE, N° 778, DU 21 AOUT 1917.

Article 1^{er}. — Tous les citoyens portugais ayant le diplôme de dentiste délivré par les écoles de médecine du pays sont mobilisés dans l'armée jusqu'à l'âge de 45 ans, comme officiers chirurgiens-dentistes.

Art. 2. — L'année de la délivrance de ce diplôme est prise pour base dans le compte du temps d'exercice de la profession. L'entrée dans l'armée a lieu avec grade de sous-lieutenant, mais ont droit : au grade de *lieutenant*, les praticiens diplômés depuis 5 ans, au grade de *capitaine*, ceux qui ont leur diplôme depuis 12 ans, au grade de *major*, ceux qui ont leur diplôme depuis 27 ans.

Le grade le plus élevé pour les officiers chirurgiens-dentistes est celui de *major*.

Il a été créé aussi dans l'armée permanente, un corps d'officiers chirurgiens-dentistes, qui se compose de 16 officiers, dont l'admission a lieu après un concours spécial.

Mécaniciens-dentistes.

Dans les formations sanitaires les mécaniciens-dentistes de profession sont, après concours théorique et pratique devant un jury spécial et sur leur demande, promus sergents en second ou en premier.

Le grade de sergent en second est conféré si le candidat fait preuve d'une parfaite connaissance des travaux en vulcanite. Celui de sergent en premier si le candidat connaît bien également le travail du métal et de la porcelaine.

Le corps expéditionnaire portugais en France compte déjà en service des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens.

LES DENTISTES MILITAIRES CANADIENS

Le corps dentaire militaire canadien fut créé en 1902, notamment sur l'initiative de notre confrère le D^r Eudore Dubeau, directeur de l'École de chirurgie dentaire Laval à Montréal.

Il comptait alors 17 dentistes.

Il se compose actuellement de 374 dentistes et assistants ; les premiers ont tous rang d'officier.

Le travail fait par le corps dentaire canadien en Angleterre, en France et outre-mer dans l'armée britannique du 1^{er} avril 1917 au 1^{er} novembre se décompose ainsi :

Obturations	384.741
Traitements	111.301
Dentiers	74.572
Prophylaxie	43.565
Extractions	297.697
Dévitalisations	43.459
Total :	<u>955.335</u>

Au Canada, où la conscription générale a été votée, il a été décidé que les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en art vétérinaire ne seraient appelés qu'aussitôt après avoir obtenu leur doctorat, en fin d'études.

Le *Corps dentaire militaire* a été constitué en *Corps permanent* depuis le 22 novembre 1917, par un arrêté ministériel du Gouvernement du Canada, avec les mêmes droits et privilèges que le Corps médical militaire, c'est-à-dire qu'il a droit à

1 Colonel, 6 Lieutenants-colonels, 12 Majors, 72 Capitaines et un nombre de Lieutenants, Sergents et Aides illimité, suivant les nécessités.

La solde de chacun d'eux est approximativement la suivante :

Colonel, 12 dollars par jour ; Lieutenant-colonel, 10 dollars ; Major, 8 dollars ; Capitaine, 5 dollars 25 ; Lieutenant, 4 dollars 25 ; Sergent, 2 dollars 10 ; Soldat ou aide, 1 dollar 10.

Le Corps dentaire est donc placé sur un pied d'égalité avec la profession médicale, malgré l'opposition sérieuse, mais sans succès, qu'y a faite cette dernière,

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

COMITÉ D'ENTENTE

DES ŒUVRES VENANT EN AIDE AUX VEUVES ET ORPHELINS DE LA GUERRE.

Lors du Congrès organisé par le comité d'Entente des Œuvres venant en aide aux veuves et orphelins de la guerre et tenu à Paris le 15 mars 1917, des vœux divers ont été formulés et adoptés par les représentants des œuvres ayant adhéré au Congrès.

L'apprentissage a été une des principales questions étudiées en cette circonstance et, pour répondre aux vœux des congressistes, le comité d'Entente, dans sa séance du 9 juillet dernier, a décidé la création à son siège, à l'Office central des Œuvres de bienfaisance, 175, boulevard Saint-Germain, d'un service central, auxiliaire facultatif des patrons, des familles et des œuvres, destiné à recueillir tous les renseignements et à faire toutes les démarches nécessaires pour faciliter la mise en apprentissage des orphelins de la guerre.

Le bienfait de cette organisation, si elle donnait les résultats qu'on est en droit d'en attendre, pourrait être étendu à tous les enfants orphelins ou non.

Ce service fonctionnera dans les conditions suivantes :

1^o Les familles exprimeront au Service central, soit directement, soit par l'intermédiaire des Œuvres, leur désir de voir entrer l'enfant en apprentissage et donneront toutes les indications nécessaires sur les aptitudes physiques et morales du sujet.

2^o Les patrons demanderont des apprentis et donneront tous les renseignements utiles sur les avantages que l'enfant est susceptible de trouver chez eux.

L'A. G. S. D. F. est entrée en rapports avec cette utile création et lui adressera les demandes d'apprentis qui lui parviendront.

L'AIDE CONFRATERNELLE ET LES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Le numéro de janvier 1918 du *Dental Cosmos* adresse une pressante invitation aux dentistes américains à apporter leur contribution pécuniaire à l'*Aide confraternelle*. L'auteur de l'article regrette que son premier appel fait à la profession en faveur de cette

œuvre éminemment philanthropique et humanitaire il y a plus d'un an n'ait produit jusqu'ici qu'un *maigre* résultat. Il insiste sur le caractère d'assistance charitable de l'*Aide confraternelle* à laquelle les praticiens des Etats-Unis ont le double devoir de donner leur obole, parce qu'il s'agit de confrères et parce qu'il s'agit d'alliés. Il compte que cette fois ses paroles seront entendues et il prie ses compatriotes d'envoyer leur offrande soit directement à l'œuvre elle-même, soit au *Dental Cosmos*, qui transmettra les fonds au trésorier.

Nous sommes heureux d'enregistrer cette manifestation et nous remercions notre confrère de son témoignage de solidarité.

*
* *

L'Aide confraternelle fait connaître aux chirurgiens-dentistes qui ont besoin d'opérateurs, gérants, mécaniciens, etc., qu'ils peuvent s'adresser au secrétaire général, M. Barden, 108, avenue Ledru-Rollin, Paris. Ce dernier les mettra en rapports avec les signataires des nombreuses demandes qui lui sont adressées.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

— Nous apprenons avec regret la mort au champ d'honneur de notre confrère Borcier, qui a été l'objet de la citation suivante :

BORCIER (Emile), D. E. D. P ; D. F. M. D., dentiste militaire au 204^e d'Infanterie. « Apprenant que les médecins du corps étaient intoxiqués par les gaz, le 13 novembre 1917, a immédiatement demandé à se rendre dans un des postes les plus exposés pour donner des soins aux malades. Intoxiqué lui-même, a tenu à rester à son poste. »

Croix de guerre. — Tué à l'ennemi, dans un poste de secours, le 5 avril 1918.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous apprenons avec plaisir les citations suivantes :

FOUQUES (Roger), élève de 1^{re} année de scolarité à l'Ecole dentaire de Paris, « infirmier très courageux, au régiment depuis le début, a toujours fait preuve du plus grand dévouement ; le 5 janvier 1918, a assuré, comme volontaire, le service médical d'un poste de secours de 1^{re} ligne sous un violent bombardement ».

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

PERLES (Gaston), dentiste militaire très dévoué ; a contribué le 20 février 1918, par son zèle et son initiative, à assurer aux blessés du régiment les soins urgents et l'évacuation rapide.

Ordre du régiment, n^o 200. — Croix de guerre.

RENHOLD (Michel), médecin auxiliaire au 24^e régiment d'infanterie coloniale, titulaire de la médaille militaire pour faits de guerre, cité cinq fois à l'ordre, deux fois blessé, a reçu la *military cross* (croix de guerre anglaise).

REY (Robert), élève de 1^{re} année de scolarité à l'Ecole dentaire de Paris, caporal de chasseurs à pied, a fait preuve au cours de l'attaque du 5 mai 1917 d'un allant merveilleux pendant l'organisation de la position conquise. A pénétré à plusieurs reprises dans les bois parcourus par des fuyards ennemis. Se trouvant blessé, a refusé de se faire évacuer.

3^e Citation. — Ordre de la Division. — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie des dents et de la bouche.

Nos confrères les D^{rs} Frey et G. Lemerle viennent de publier, chez J.-B. Baillière et fils, la 3^e édition revue de la *Pathologie des dents et de la bouche*, comprise dans la collection du *Manuel du chirurgien-dentiste*.

Cette nouvelle édition diffère assez notablement de la précédente : c'est ainsi que l'étude de l'étiologie de la carie est augmentée de considérations sur le rôle du terrain et du milieu buccal ; sa pathogénie comprend des développements plus étendus sur la carie de l'émail et les conceptions récentes sur les dentinites. Les idées nouvelles en matière de diagnostic des pulpites, de pathogénie des kystes radiculaires, d'étiologie de l'érosion dite chimique, des accidents de dentition, des érosions congénitales y sont exposées.

Le chapitre consacré à l'arthritisme a été retouché. Les supurations du sinus maxillaire sont particulièrement étudiées ; un nouveau chapitre traite des mortifications pulpaire.

Les auteurs ont supprimé une partie des chapitres relatifs aux affections des lèvres et des joues, refondu ceux concernant le bec-de-lièvre, le cancer de la langue, les calculs salivaires, les grenouillettes, les fractures des maxillaires et les accidents nerveux d'origine dentaire.

MM. Frey et G. Lemerle, qui préparaient la 4^e édition, durent la suspendre en août 1914 par suite de leur mobilisation. L'ouvrage qu'ils présentent aux étudiants n'est donc que la 3^e, mais revue, avec quelques mises au point concernant particulièrement la symbiose fuso-spirillaire et la syphilis.

L'ouvrage débute par une préface du D^r Godon. Il est divisé en deux parties : la première, *Pathologie dentaire*, avec 8 chapitres ; la seconde, pathologie buccale, avec 23 chapitres, au total 31 chapitres ; il compte 404 pages et 60 figures intercalées dans le texte, dont 20 sont nouvelles.

Il y a lieu de féliciter et de remercier nos confrères qui ont su trouver le temps, au milieu des multiples obligations de leur service militaire hospitalier, de travailler à ce livre d'enseignement si utile aux étudiants en odontologie.

Traitement immédiat des fractures des maxillaires.

(Thèse de doctorat par le D^r Joseph Perret.)

Notre confrère, le D^r Joseph Perret, de Lyon, ancien interne des asiles d'aliénés du Rhône, interne des hôpitaux de Lyon, a consacré sa thèse de doctorat à cette question toute d'actualité.

Après un court préambule, l'auteur aborde le sujet, qu'il traite en 4 chapitres, illustrés de quelques figures.

Au cours du chapitre III, parlant d'un appareil d'urgence imaginé par le D^r Pont pour le traitement des fractures, et dont il mentionne les avantages connus et appréciés, il nous semble aller un peu trop loin en disant que sa facilité de pose est telle *que tous les médecins, même non spécialistes, sont à même de le placer après lecture du manuel opératoire.*

Le dernier chapitre se termine par une vingtaine d'observations à la suite desquelles il formule les conclusions suivantes :

I. Les fractures des maxillaires doivent être immobilisées hâtivement dans les formations de l'avant pour les mêmes raisons qui commandent l'immobilisation des fractures en général.

On évitera ainsi aux blessés douleurs, hémorragies, on leur permettra un voyage plus facile, une alimentation suffisante.

II. De très bons résultats sont obtenus par l'appareil d'immobilisation le plus simple possible et le plus connu de tous les stomatologistes et chirurgiens-dentistes. C'est, avec quelques modifications et variantes, la méthode et les appareils d'Angle que tout le monde connaît et qui sont employés pour le redressement des dents en mauvaise position.

III. Ne jamais faire de suture osseuse dans les fractures des maxillaires ; ne pas employer les plaques de Lambotte.

IV. Pas de sutures parfaites ni immédiates des parties molles.

Conjuguer les deux traitements : traitement de la fracture, restauration de la face.

Ne pas chercher d'emblée la correction parfaite. L'appareil donne un patron, un moule osseux sur lequel se cicatrisent les parties molles. Dans ces conditions, lorsqu'il y a de multiples lambeaux, il est nécessaire de voir, tout de suite après la pose de l'appareil et l'immobilisation, la place que durent occuper ces lambeaux et leur ligne de cicatrisation.

Le chirurgien leur donnera, par quelques points de suture, la direction voulue pour leur cicatrisation ultérieure en bonne position.

En aucun cas, il ne laissera la cicatrisation se faire au gré des circonstances. Il guidera la cicatrisation.

La guérison sera plus vite obtenue.

Les autoplasties ultérieures seront plus faciles et bien moins nombreuses.

A propos des comptes-rendus du Congrès dentaire inter-alliés.

Nous lisons dans le n° de janvier 1918 des Annali di Odontologia, de Rome, un article de notre distingué confrère, M. le Prof. Chiavaro, sur les comptes rendus du Congrès dentaire inter-alliés que nous croyons devoir reproduire en entier :

« Ce livre, dit le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire en France, l'honorable Justin Godart, dans sa préface courte, mais éloquente, ce livre est une œuvre de guerre. C'est une manifestation, continue-t-il, de la sérénité avec laquelle les alliés se sont adonnés aux problèmes de la science aux heures mêmes où la bataille était la plus dure et la plus sanglante. Et plus loin : S'il en était besoin, cette œuvre justifierait la création du corps des dentistes militaires.

» Ces trois expressions de l'honorable Justin Godart indiquent le caractère et la valeur de cette œuvre puissante qui, si elle donne une idée de la grande importance qu'eut le Congrès dentaire inter-alliés, mémorable entre tous les Congrès dentaires qui ont eu lieu jusqu'à présent, est aussi une admirable preuve de l'infatigable activité de l'auteur de ce volume, M. Georges Villain. Quiconque sait quelle somme de travail exige la publication d'un livre volumineux, se demandera avec étonnement par quel miracle M. Georges Villain, qui est professeur à l'Ecole dentaire de Paris, chef du Service technique d'un dispensaire militaire très important, et qui doit avoir des obligations professionnelles telles que sa réputation les fait supposer, a pu trouver le temps de préparer cette œuvre, qui comprend deux tomes comptant au total 1551 pages, qui contient une introduction très complète et quatre travaux originaux qui lui sont dus, indépendamment de son rapport de secrétaire du Congrès.

» Qui connaît Georges Villain sait que tout miracle est possible à ce praticien, chez lequel on ne sait si l'on doit admirer le plus son habileté géniale de prothésiste ou son inlassable activité, qui ignore la fatigue. En tout cas c'est à cette activité que nous devons le magnifique volume dans lequel sont réunis tous les travaux présentés au Congrès inter-alliés, travaux très importants, se rapportant tous au traitement des blessés des maxillaires et de la face et à l'organisation des services dentaires militaires.

Dire les noms des auteurs des diverses communications serait une tâche trop ardue, parce que celles-ci sont au total plus de 300. Toutes sont très importantes et beaucoup sont dues à nos collaborateurs, dont les noms sont déjà connus et appréciés des lecteurs des *Annali di Odontologia*.

» Dans les prochains numéros de cette Revue nous ne manquerons pas de publier en entier ou en résumé les travaux les plus intéressants; nous envoyons en attendant nos sincères félicitations à M. Georges Villain et à tous les confrères français qui se sont tant consacrés à la parfaite réussite du Congrès inter-alliés, dont les Italiens qui ont eu la bonne fortune d'y assister conservent le souvenir ineffaçable. »

Las fracturas de los maxillares.

M. Juan Ubaldo Carrea vient de publier à Buenos-Ayres en espagnol un volume de 195 pages intitulé *Las fracturas des maxillaires*. Cet ouvrage, précédé d'une préface du Dr Etchepareborda, comprend 3 parties : la première, qui ne compte qu'un chapitre, est consacrée à des généralités sur ces fractures; la seconde, subdivisée en 2 chapitres, s'occupe de l'étiologie, de l'anatomie, de la pathologie, du mécanisme, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et des complications des fractures du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur. La 3^e partie, divisée en 9 chapitres, étudie les divers modes de traitement, ainsi que les appareils employés.

Le volume se termine par des conclusions, une bibliographie et des tableaux synoptiques; il est illustré de 252 gravures dans le texte.

Congresso dentario inter-aliados.

Votre confrère M. Simoes Bayao, D. E. D. P., de Lisbonne, vient de publier en portugais le compte rendu du Congrès dentaire inter-alliés de Paris (novembre 1916).

Ce volume, de 322 pages, est précédé d'une introduction sur l'organisation des cliniques et de l'enseignement dentaire à l'étranger et en Portugal, notamment sur les cliniques dentaires civiles et militaires en France, et sur la réorganisation des services odontologiques militaires proposée au Congrès. Le Congrès et les travaux qui y ont été présentés sont l'objet de deux longs chapitres.

L'ouvrage se termine par huit appendices : projets, décrets,

documents, projets de loi, discussions, vœux, etc., relatifs à la création d'une école dentaire, de l'exercice de l'art dentaire, à la fondation d'une clinique dentaire municipale, à l'organisation de services dentaires dans l'armée portugaise.

Un certain nombre de figures illustrent le texte.

Il y a lieu de féliciter M. Bayao du travail consciencieux auquel il s'est livré et de le remercier de l'envoi de son livre intéressant.

* * *

A signaler une petite brochure de notre imprimeur, M. Paul Mellottée, docteur ès-sciences politiques et économiques, lauréat de l'Institut, actuellement attaché à l'Intendance, intitulée *Faisons une Agriculture de guerre*.

* * *

Notre confrère M. Baumgarten, en littérature Baruch Hagani, vient de faire paraître chez Payot, un volume intitulé : *Le Sionisme politique et son fondateur, Théodore Herzl (1860-1904)*, qui, vu les événements de Palestine, est appelé, croyons-nous, à un certain retentissement.

Nos sincères félicitations.

Publications reçues.

Nous avons reçu de notre confrère M. Richard Poulet, de Menton, deux brochures éditées chez Doin, en 1917 : *Faut-il soigner les dents de lait ?* (20 pages) et *La carie dentaire et son interprétation dans la prédisposition à la tuberculose* (29 pages).

* * *

Nous avons reçu de M. Juan Ubaldo Carrea, de Buenos-Ayres, une brochure de 10 pages en espagnol ayant pour titre : « *Un cas de pyorrhée alvéolaire traité par le chlorhydrate de méthyle par la voie musculaire.* »

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Brodhurst, de Montluçon, vient de perdre son beau-père, M. Alfred Augustin, décédé le 7 avril 1918, à l'âge de 85 ans.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 14 avril 1918, à 9 heures précises du matin, à l'École dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1^o Communications.

M. le M. M. Pont. — Rôle du chirurgien et du prothésiste dans l'ensemble des lésions maxillo-faciales.

M. le M. M. Herpin. — Considérations sur le traitement des fractures du maxillaire inférieur.

2^o Incidents de la pratique journalière.

M. Roy. — Nouveau procédé de mise en revêtement pour les coulées.

A Montréal.

Nous apprenons avec plaisir la réélection le 23 mars, de notre confrère M. le D^r Eudore Dubeau, doyen de l'École de chirurgie dentaire de l'Université Laval, comme échevin de la ville de Montréal (Canada).

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Mariage.

On annonce le mariage de M. Armand Fournier, élève de 1^{re} année à l'École dentaire de Paris, avec M^{lle} Madeleine Boucher, célébré le jeudi 2 mai 1918.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DENTISTERIE RÉGIMENTAIRE ¹

Par le Dentiste militaire L. RUPPE,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Affecté comme dentiste militaire à un régiment d'infanterie, j'ai, sur les conseils de mon maître, M. le médecin-major Frey, rédigé ces quelques notes qui pourront, je l'espère, être utiles aux confrères chargés d'un service analogue au mien.

1^o OUTILLAGE. — Quand je suis arrivé au ..^e R. I. j'ai trouvé un tour de cabinet complet, huit daviers, deux rugines, deux spatules à ciment, un miroir à bouche, une précelle de cabinet, une seringue impériale sans aiguille, une vingtaine de fraises. Ces outils appartenaient au régiment

1. Il y a quelques mois, le ..^e régiment d'infanterie était au repos aux environs de Paris. Mon ancien collaborateur au Val-de-Grâce, le dentiste militaire Ruppe, y était attaché comme dentiste. J'étais curieux d'assister au fonctionnement d'un des nombreux services dentaires créés dans les régiments. J'allai le voir. J'ai pu me rendre compte de tout le bien que peut faire un dentiste militaire, à la condition qu'il y mette beaucoup de ténacité et de conviction, qu'il ne se laisse pas rebuter par mille difficultés matérielles et qu'il arrive à convaincre ses supérieurs.

Les services rendus, *sans apporter la moindre entrave au fonctionnement de l'organisme régimentaire*, sont tels que la cause finit par être gagnée; le commandement favorise l'action du dentiste militaire; la clientèle, d'abord hésitante et même méfiante, manifeste sa confiance en se rendant nombreuse aux consultations. Les dents sont régulièrement soignées; l'hygiène dentaire cesse d'être méprisée pour le plus grand profit de l'hygiène générale.

Voilà ce que j'ai vu au ..^e régiment d'infanterie, où mon ami Ruppe a exercé son action habile, généreuse et bienfaisante.

D^r LÉON FREY,
Médecin-major de 1^{re} classe
au Val-de-Grâce.

et avaient été achetés pour faciliter les déplacements de mon confrère du G. B. D. quand il assurait le service avant ma nomination. Ces instruments étaient insuffisants pour des soins dentaires et je fis venir de chez moi ce qui était nécessaire pour compléter ce commencement d'installation; j'ai pu parfaire celle-ci à ma première permission, ayant reçu une somme suffisante. J'ai acquis de cette façon un outillage permettant de faire des traitements complets et des obturations au synthétique et à l'amalgame de cuivre.

2° FONCTIONNEMENT. — Afin d'éviter le désordre et tout prétexte d'une visite dentaire pour se soustraire à un service quelconque, il est préférable de donner des rendez-vous fixes aux unités du régiment.

Voici une proposition de fonctionnement qui fut adoptée dans mon régiment :

TABLEAU DES JOURS ET HEURES DE VISITE DENTAIRE.

1 ^{er} Bataillon.	1 ^{re} Compagnie.....	Lundi 8 heures.	Jeudi 8 heures.
	2 ^e —	— 8 —	— 8 —
	3 ^e —	— 13 —	— 13 —
	1 ^{re} Compagnie mitrailleuse.....	— 13 —	— 13 —
2 ^e Bataillon.	5 ^e Compagnie.....	Mardi 8 heures.	Vendredi 8 heures.
	6 ^e —	— 8 —	— 8 —
	7 ^e —	— 13 —	— 13 —
	2 ^e Compagnie mitrailleuse.....	— 13 —	— 13 —
3 ^e Bataillon.	9 ^e Compagnie.....	Mercredi 8 heures.	Samedi 8 heures.
	10 ^e —	— 8 —	— 8 —
	11 ^e —	— 13 —	— 13 —
	3 ^e Compagnie mitrailleuse.....	— 13 —	— 13 —

Les éléments de la C. H. R. sont soignés aux jours de visite du bataillon qui en est le plus rapproché. Donc un bataillon passe chaque jour chez le dentiste : deux compagnies à la visite du matin, deux compagnies à celle de

l'après-midi. Le même bataillon ayant deux jours de visite par semaine, les hommes sont soignés deux fois par semaine, ce qui est suffisant, et permet des séances de rendez-vous assez longues.

Les hommes sont envoyés directement au dentiste par les soins des compagnies ; leurs noms sont inscrits sur une liste remise au commencement de chaque visite. Ceci pour leur éviter de passer par la visite médicale qu'ils encombreraient inutilement.

Les hommes ayant des soins urgents à recevoir un jour autre que celui désigné pour leur unité se font porter malades et sont envoyés au dentiste par les soins du médecin de bataillon.

Les officiers sont soignés sur rendez-vous après la consultation du matin, c'est-à-dire à partir de 10 heures.

Lorsque la distance des bataillons au cabinet dentaire est trop grande, et quand les circonstances le permettent, le dentiste peut se rendre auprès d'eux aux jours fixés. Dans ce cas les bataillons sont chargés du transport de son matériel.

3° THÉRAPEUTIQUE. — Le rôle principal du dentiste régimentaire est de supprimer très rapidement toute douleur d'origine dentaire aux hommes qui viennent le consulter, mais il doit aussi poursuivre ses traitements afin de guérir définitivement le plus grand nombre possible de dents ; or cette dernière partie de sa tâche est rendue difficile par les conditions de la vie irrégulière du troupier. En effet, pendant son séjour aux tranchées, ce dernier ne pense plus à ses dents si elles sont insensibles ; au repos, moment le plus favorable pour continuer les soins, le soldat peut être occupé à des travaux divers, ou être en permission, si bien qu'il s'écoule plusieurs semaines entre deux visites, il faut donc pour obtenir des résultats adapter une thérapeutique spéciale à des clients très spéciaux. Je considère que le choix de la matière obturatrice de pansement est une des conditions du succès : la gutta ordinaire est trop molle, elle s'use très vite ; le ciment serait parfait, mais il

faut beaucoup de temps pour le préparer, le placer et surtout pour le retirer ; or il faut travailler très vite. J'ai eu toujours au repos une moyenne de 40 consultants par jour répartis entre les deux visites de la journée ; j'ai eu au maximum 60 consultants par jour. Ces considérations m'ont conduit à me servir exclusivement de pâtes comme matière obturatrice de pansement :

1° La pâte oxyde de zinc essence de girofle pour les 2° degrés.

2° La pâte rose de Pierre Robin pour les pansements des 3° et 4° degrés.

Oxyde de zinc.....	80
Trioxyméthylène.....	10
Minium finement pulvérisé..	20

La pâte est faite très épaisse avec de l'eugénol.

J'ai été très étonné de constater la dureté que prend la couche extérieure du pansement fait avec ces pâtes et de constater aussi leur résistance à la mastication. J'en ai retrouvé en parfait état au bout de six mois. Le seul inconvénient est le temps de prise de la pâte : pendant environ une vingtaine d'heures il faut éviter de mâcher sur ces pansements ; il faut donc en prévenir les soldats.

Outre ses qualités de matière obturatrice, la pâte rose de Robin peut servir pour dévitaliser les dents, et ce pansement n'a aucune action nuisible sur les tissus avoisinant la dent. Il est presque impossible de se servir de l'acide arsénieux ou du cobalt, car on n'est jamais sûr de revoir le patient porteur d'un pansement caustique au moment précis où ce pansement a cessé son action sur la pulpe et l'on risque la nécrose du ligament alvéolo-dentaire et de l'alvéole. Avec la pâte rose rien de semblable à redouter. Le pansement est presque indolore si l'on a soin de placer sur la pulpe exposée une boulette bien imprégnée de phénate de cocaïne. Le lendemain la dent est insensible et peut servir à la mastication, et c'est une grande satisfaction quand, en deux séances, on a pu mettre trois ou quatre nerfs à nu sous

des pansements semblables, supprimer ainsi toute douleur et rendre la mastication à un de nos si admirables soldats. On peut être certain qu'à la visite suivante il sera accompagné d'un ou de deux de ses camarades qui tardaient à venir par peur du dentiste, qu'ils ne se représentaient que le davier à la main, Après deux ou trois pansements, faits à quinze jours d'intervalle, avec cette pâte rose il est possible d'enlever les filets radiculaires momifiés par l'action prolongée du formol.

Pour le traitement des dents infectées, la pâte rose est tout aussi précieuse, car elle renforce l'action du désinfectant placé sur une boulette ou des mèches.

Les caries du 4° degré que j'ai traitées, et cela sans le moindre incident, ont été obturées avec cette pâte. Après le nettoyage de la cavité et de la chambre pulpaire et la dessiccation aussi absolue que possible par l'air chaud de la dentine, j'exprimais dans la chambre pulpaire le liquide antiseptique contenu dans une boulette de coton, pour inonder les canaux et les canalicules dentinaires, j'enlevais l'excès avec une boulette de coton sec et obturais à la pâte rose.

Le liquide antiseptique que j'employais au début était le tricrosoformol, ensuite le liquide de Pierre Robin :

Formol pur.....	}	ââ
Créosote de houille.....		

J'ai fait très peu d'extractions n'enlevant que des racines douloureuses ou abcédées; dans ces cas le mieux est l'extraction simple, mais dès que j'avais des gencives non infectées, je pratiquais l'anesthésie locale par injections de novocaïne-adréraline que le Service de santé nous livre en ampoules de 1 c/m 3.

Le bleu de méthylène a toujours été suffisant, employé parallèlement avec une hygiène buccale rigoureuse, pour guérir les ulcérations gingivales et les stomatites ulcéromembraneuses que j'ai dû traiter.

4° STÉRILISATION. — J'ai toujours fait ma stérilisation

de façon ostensible pour donner confiance aux hommes. Pour chacun je me nettoyait les mains ; quand je ne me les lavais pas, je les plongeais dans une solution d'oxycyanure très faible. Un aide est nécessaire pour la stérilisation ; il peut aussi préparer les pâtes, le ciment, l'amalgame ; quand il est tout à fait au courant on peut donner le double de soins.

L'alcool solidifié est d'un grand secours ; sans lui on ne pourrait faire bouillir de l'eau, faire un brûleur pour flamber, car l'alcool à brûler liquide est rare.

Quand on montre la plus grande propreté pour soigner les hommes on peut exiger d'eux, et j'obtenais facilement qu'ils eussent la bouche brossée, dès la deuxième visite. Il y a dans cet ordre d'idées de grands services à rendre pour développer l'hygiène buccale et je souhaiterais voir les sociétés de prophylaxie dentaire aider les *Dentistes régimentaires* par leurs moyens de propagande.

MÉTHODE DE RÉDUCTION-CONTENTION (BOUCHE ENTR'OUVERTE)

Par le D. M. BERTHOUMIEU Marcel,

Chef de Laboratoire au Centre maxillo-facial de Montpellier.

Cette méthode comporte essentiellement l'emploi d'un unique appareil pour la réduction et la contention d'une ou plusieurs fractures du maxillaire. Elle constitue donc une simplification du traitement et une économie de temps d'appareillage.

Construction de l'appareil inférieur (fracture du maxillaire inférieur). — Après avoir reconstitué sur le modèle, le maxillaire inférieur, tel qu'il était avant la fracture, on construit sur ce modèle une gouttière en argent coulé, si la bouche est de contre-dépouille ou avec dispositif à bagues si la bouche est de dépouille.

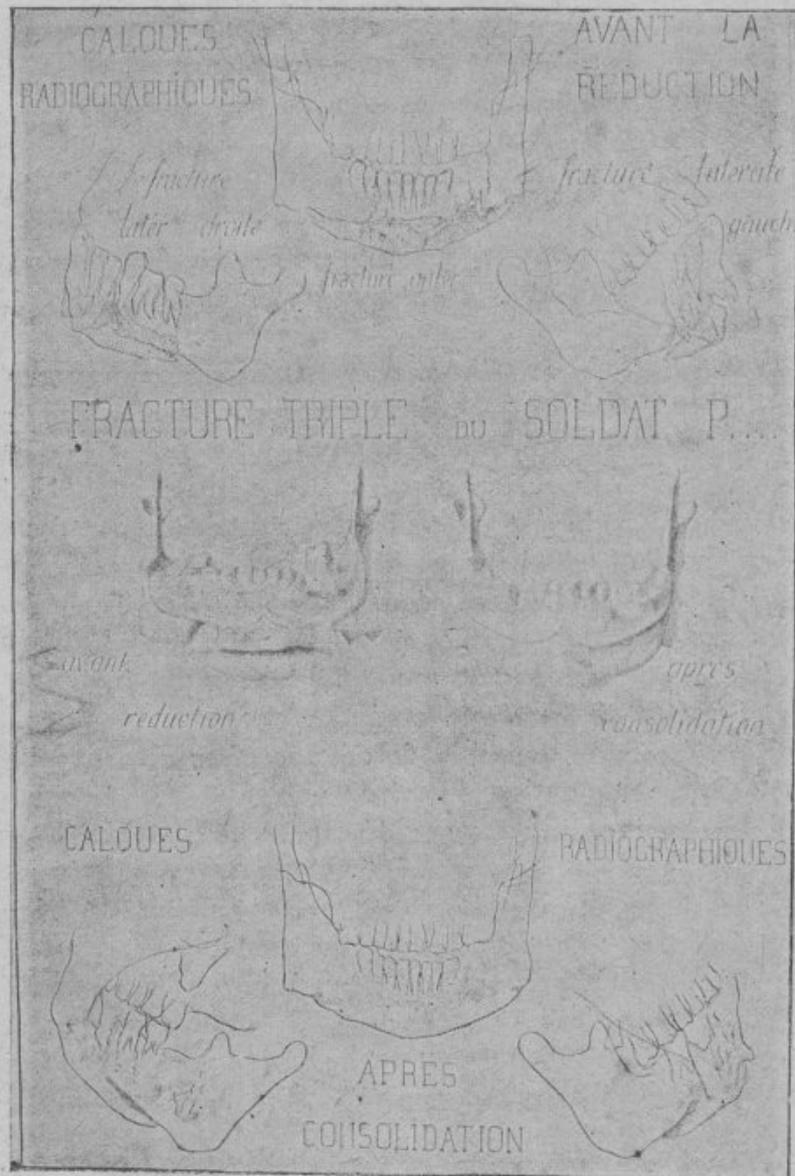
On soude latéralement deux tubes filetés perpendiculaires au trait de fracture, puis l'on sépare la gouttière en plusieurs pièces répondant aux différents fragments.

Construction de l'appareil supérieur. — On construit sur les dents molaires, de chaque côté, une gouttière surélevant l'articulation d'environ un centimètre. Les deux gouttières sont réunies par deux bandeaux, un interne et un externe, s'adaptant exactement au 1/3 supérieur des dents antérieures, de telle façon que, pendant la période de contention, aucune dent ne puisse se déplacer.

A chaque gouttière supérieure et inférieure sont soudés latéralement à la face externe et à la face interne des tenons servant de points d'appui pour l'application de la force inter-maxillaire et le maintien de l'ouverture buccale à la période de contention.

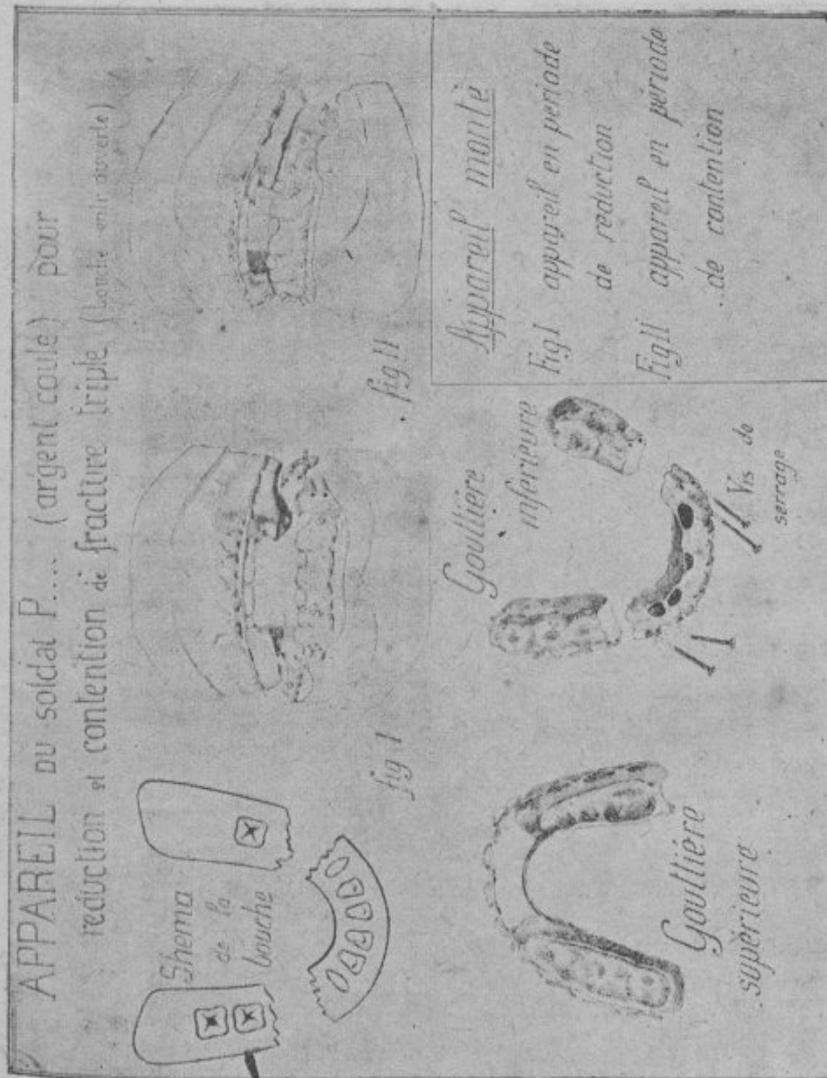
Période de réduction. — Une fois les gouttières scellées, on exerce la force inter-maxillaire au moyen d'élastiques. Cette période de réduction est d'autant plus courte que la blessure est récente.

Période de contention. — Une fois la réduction obtenue, les gouttières s'engrènent parfaitement, on place dans



les tubes deux vis filetées qui bloquent les fragments dans la position normale, puis on ligature au moyen de fil de laiton les gouttières supérieure et inférieure,

Conclusion. — La position bouche entr'ouverte permet au blessé de s'alimenter plus facilement qu'en occlusion



buccale complète; de plus, toutes les fois que l'on désire savoir quel est le degré de consolidation de la fracture, on peut, en quelques minutes, retirer les fils et les vis de blocage.

Pour surélever l'articulation il est utile et presque

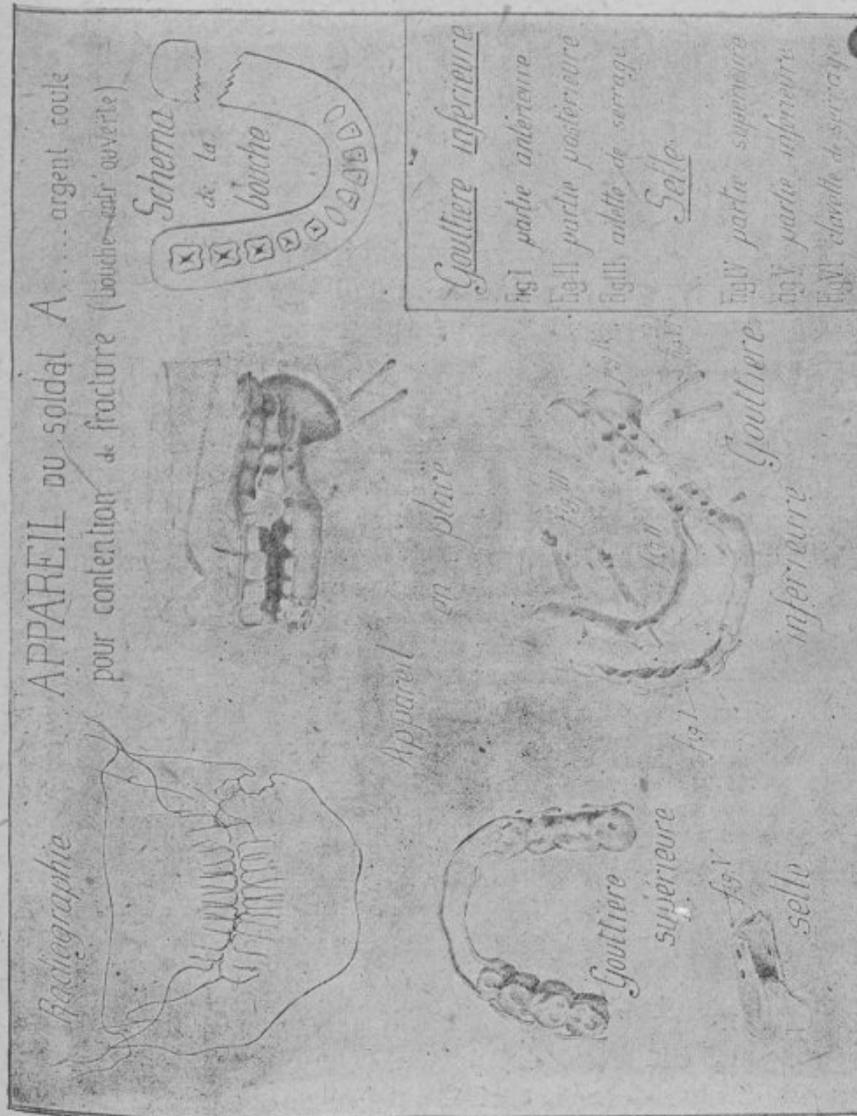
indispensable de se servir d'articulateurs anatomiques.

Gouttière de réduction contention (Bouche entr'ou-



verte) avec coins en vulcanite, pour fracture latérale (le fragment postérieur étant édenté). — Dans certains cas de fracture latérale, il arrive que le fragment postérieur

est édenté. Il est donc nécessaire de modifier la construction de l'appareil précédent et d'appliquer pour la réduction la méthode de Martin, de Lyon.



On scelle sur le maxillaire inférieur, une gouttière avec prolongement du côté édenté. Sur ce prolongement vient s'encaster un coin de [caoutchouc] mou] formant

selle sur le fragment édenté et surélevant l'articulation.

On maintient le blessé en occlusion. Au bout de peu de temps, le fragment édenté étant réduit, on place de chaque côté du maxillaire inférieur un coin en caoutchouc durci qui maintient la cavité buccale entr'ouverte.

Des goupilles traversent les deux coins, les fixant au prolongement de la gouttière.

Il suffit donc de les retirer de temps en temps pour s'assurer de l'état de consolidation de la fracture.

Sur le *maxillaire supérieur* on scelle un appareil de force inter-maxillaire. Puis l'on réunit la gouttière inférieure et l'arc supérieur au moyen de fil de laiton.

Appareil de contention (argent coulé) pour ancienne fracture au maxillaire inférieur ayant tendance à former une pseudarthrose. (Le fragment postérieur est édenté). — Blessé le 6 octobre 1915 par balle. Aucun traitement maxillo-facial n'avait été donné à ce blessé avant son arrivée au C. M. F. de Montpellier le 11 juin 1916. Après plusieurs essais infructueux d'appareils de contention, on décide, le 16 avril 1917, de poser un appareil de contention bouche entr'ouverte.

Cet appareil devant être laissé longtemps en bouche, l'on préfère surélever l'articulation au moyen de gouttières en argent coulé scellées sur le maxillaire supérieur.

Sur le *maxillaire inférieur* l'on construit du côté édenté un coin en argent coulé ; puis l'on boucle bouche entr'ouverte.

La perte de substance qui était d'un centimètre environ en avril 1917 est réduite à quelques millimètres en janvier 1918.

Cette observation tend à confirmer l'idée qu'il y a souvent grand intérêt avant de tenter une greffe osseuse ou cartilagineuse de maintenir le blessé en occlusion buccale pendant *un long temps*.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Le borax dans la soudure. — Il est nécessaire d'ajouter du borax sec pendant qu'on soude, et cela au moyen d'un fil de maillechort pourvu d'un manche et terminé par un petit morceau de fil de platine pointu du 14 de la jauge. Chauffé au rouge il portera et mettra en place où l'on voudra un fragment de borax sec. (*Dent. Summ.*, juillet 1917.)

Les jointures dans les gencives sectionnelles. — En bouchant les jointures dans les gencives sectionnelles pour empêcher le caoutchouc de passer au travers, la calxine rose malaxée très claire vaut mieux que tout autre ciment ; la couleur est harmonieuse et, délayée presque à la consistance aqueuse, elle pénètre parfaitement dans les jointures étroites et prend très rapidement dans le moufle chaud. J'en applique d'ordinaire un peu aux faces labiales des jointures avant la mise en moufle. (*Commonwealth Dent. Review*, juillet 1917.)

Double vulcanisation. — Cette opération est la vulcanisation de la base ou substructure, usitée dans les phases subséquentes de la prise de l'articulation, les essais de plaques, etc., et la superstructure ou dents ajoutées au moyen d'une seconde vulcanisation.

Ses avantages sont les suivants :

Elle donne des bases rigides en s'adaptant bien pour les phases ultérieures de la prise de l'articulation ; elle fournit le moyen de découvrir toute erreur possible dans l'empreinte ou rétention avant de finir ; elle facilite grandement le développement des traits esthétiques de la denture ; elle simplifie le meulage automatique des dentiers vulcanisés. (*Dent. Review*, juillet 1917.)

Remplaçant du caoutchouc dentaire. — Le manque de caoutchouc en Allemagne a amené les dentistes à lui chercher un remplaçant. L'aluminium et le magnalium conviennent, mais, outre la question de temps et de prix, l'autorité militaire les réserve à d'autres usages. On remplace le caoutchouc par le *zellon*, matière se vendant en pains, qui prend, chauffée, la forme qu'on lui donne et la conserve refroidie. On monte et l'on met en moufle la pièce comme d'ordinaire, on fait bouillir la cire et l'on chauffe le moufle. Un pain de zellon est alors introduit et pressé ; quand elle est froide on retire la pièce et on la polit en ayant soin de ne pas la chauffer pendant le polissage. On se sert de dents à crampons, les dents diatoriques n'étant pas retenues par

cette matière. On espère que ces dentiers pourront durer jusqu'à la fin de la guerre, du moins pour les soldats, qui en ont le plus besoin.

(*Brit. Dent. J.*)

Ciment pour réparer les moulages en plâtre. — Dissoudre du celluloid dans de l'acétone à consistance sirupeuse. Enduire les surfaces fracturées et les presser l'une contre l'autre pendant une minute ou deux. Cela sèche rapidement et tient fortement. (*Dental Summ.*)

Traitement des racines perforées. — Quand la racine d'une dent de devant a été perforée dans une tentative pour ouvrir le canal radiculaire, on peut quelquefois le sauver par une intervention chirurgicale entre la gencive et l'os et l'insertion d'une obturation à l'amalgame dans la perforation.

La technique est la même que pour la résection apicale. Déterminer d'abord approximativement le point de perforation à l'extérieur de la gencive, puis obturer le canal le mieux possible avant d'opérer. Inciser en croissant avec les extrémités de l'incision vers le haut en formant un lambeau qui, remonté, exposera l'ouverture dans la racine. Tailler l'os, puis insérer une obturation à l'amalgame. Rabattre le lambeau sur la partie exposée après nettoyage complet de l'incision et faire les points de suture nécessaires. (*Dental Cosmos*, juillet 1917.)

Mise en cire d'un inlay mésio-occluso-distal. — Introduire à force la cire amollie dans la cavité de façon à remplir tout l'espace interproximal. Enlever grossièrement la plus grande partie de l'excès, à l'exception de cette obturation interproximale. Amollir la cire à l'air chaud à la face occlusale et dire au patient de serrer les dents. Enlever à nouveau l'excès de la face occlusale. Enlever légèrement la cire depuis les faces mésio-occlusale et disto-occlusale jusqu'aux points de contact, de façon à pouvoir placer une matrice très mince entre l'excès de cire et la dent voisine. Mettre un doigt sur la cire et la matrice pour les maintenir et, avec un brunissoir chauffé, placé entre la matrice et la dent voisine, pousser la matrice vers le bord gingival de la cavité, en la faisant entrer et sortir afin que la cire en excès coule lingualement et buccalement et sur le bord gingival. Faire cela d'abord sur la face buccale, puis sur la face linguale.

Le côté distal fini, faire de même sur le mésial. Couler un peu de cire molle sur les côtés mésial et disto-occlusal où elle a été coupée jusqu'au point de contact. Finir l'autre bord comme toujours. Quand l'inlay est enlevé, il ne peut pas s'engager sur la face de la dent voisine et être dérangé. Cela montrera le point de contact exact où l'on peut couler un peu de cire chaude pour compenser afin de polir, ou bien la laisser et couler un peu de soudure à 22 carats quand l'inlay est coulé. Si la cire se brise ou tombe d'un bord, introduire un brunissoir plat chaud dans la cire à 1 mm. du défaut, presser la cire amollie vers le bord défectueux jusqu'à ce qu'il sorte hors du bord. Couler la cire chaude dans la fente ainsi produite. (*Items of interest.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 13 janvier 1918.

PRÉSIDENTE DE M. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures 30.

M. le président. — J'ai reçu une lettre de M. le D^r Pont, de Lyon, qui devait nous faire ce matin une communication. Il s'en trouve empêché et a prié M. Olnagier de le suppléer. (Il en donne lecture.)

Je donne donc la parole à M. Olnagier, qui a fait preuve d'un véritable dévouement en venant parmi nous aujourd'hui, puisque comme vous le savez, les communications sont toujours extrêmement difficiles entre Lyon et Paris.¹

1. — NOTE SUR LA GREFFE OSSEUSE DANS LES CAS DE PERTE DE SUBSTANCE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Olnagier. — Je vous renouvelle les excuses de M. le D^r Pont. Il a beaucoup regretté de ne pouvoir venir lui-même vous présenter sa communication et il m'a prié de le remplacer.

(M. Olnagier donne lecture de la communication de M. le D^r Pont, qui est accompagnée de projections et de présentations de malades et de photographies).

Au sujet d'un malade, M. Olnagier ajoute :

Après l'avoir interrogé, je croyais que c'était un blessé de guerre relativement récent, mais il nous a raconté que sa blessure datait de 20 ans. Nous avons repris espoir, pensant que le malade pourrait encore vivre d'une vie normale, malgré qu'il eût une dentition excessivement mauvaise. Nous avons fait le nettoyage de sa bouche. Il a heureusement deux dents ici, on les lui a conservées. On va maintenant essayer de lui faire un blocage et, malgré le temps très éloigné de sa blessure, peut être le D^r Pont lui fera-t-il également une greffe. Il sera intéressant de savoir quel résultat on obtiendra.

M. Olnagier ajoute à la fin de sa communication :

— J'ai vu un article très intéressant, dans le *Lyon Médical* ou le *Lyon Chirurgical*, sur la façon dont se comportent les greffes osseuses. C'est un article excessivement intéressant et si j'avais su que je serais appelé à vous parler de cette question aujour-

d'hui, je n'aurais pas manqué de le rechercher de façon à être à même de vous en donner un résumé précis. Je ne puis pour l'instant que vous en donner de mémoire les conclusions. (Il en donne lecture.)

Je vous signale cela plutôt pour vous inviter à rechercher vous-mêmes cet article, qui a paru il y a environ deux mois.

Peut-être, c'est là mon opinion personnelle, que du moment qu'on conclue qu'il n'y a plus que des canaux..... pourrait-on trouver l'explication du..... (Applaudissements.)

DISCUSSION.

M. le président. — Vous venez d'entendre la communication que vient de nous faire M. le D^r Olagnier, au nom de notre confrère M. le D^r Pont.

Je demande à nos confrères quels sont ceux qui veulent prendre la parole sur la première partie de la communication du D^r Pont, c'est-à-dire celle sur les greffes osseuses ?

M. Roy. — J'ai été très heureux d'entendre la communication que vient de nous faire le D^r Olagnier au nom du D^r Pont, de Lyon.

Il nous a apporté des choses très intéressantes.

Cela confirme absolument ce que je pense en ce qui concerne la consolidation tardive. Il faut être très long avant de dire qu'une pseudarthrose est définitive.

Imbert et Réal ont dit qu'il faut un terme de 6 mois avant de dire qu'une pseudarthrose est définitive. Or, ce délai me paraît insuffisant. J'estime qu'il faudrait attendre un an avant de proclamer une pseudarthrose définitive. A cet égard, nous avons eu un cas très intéressant dont l'observation a été publiée par notre collaborateur et ami M. Daehle dans l'*Odontologie*, cas dans lequel la consolidation a été obtenue, si je me souviens bien, 18 mois après la blessure, alors que nous étions en présence d'une fracture tout à fait défectueuse, puisque le malade avait perdu une partie importante de la portion basilaire du maxillaire. Il s'agissait d'une fracture latérale du côté droit avec perte de substance. Il y avait de nombreuses esquilles. Finalement c'est le blocage qui a donné le résultat définitif et qui a permis d'obtenir une consolidation de ce cas qui paraissait presque désespéré.

Je suis très heureux de ce que vient de dire M. Olagnier au sujet de la présence des dents dans les traits de fracture. Cela confirme ce que j'ai mis en lumière dans le rapport que j'ai présenté au Congrès Dentaire Inter-Alliés au sujet de la conduite à tenir vis-à-vis des dents dans le voisinage du trait de fracture. L'influence des dents dans le foyer de fracture est extrêmement

importante et nombre de consolidations qui ne se font pas sont dues à cette cause. Nous avons eu de nombreux exemples de ce genre. M. Oagnier nous apporte de nouveaux faits à l'appui de cette thèse.

De même les greffes osseuses qu'il vient de nous présenter sont tout à fait intéressantes. L'une d'elles a été faite par le procédé qui a été surtout présenté par M. Cavalié; je veux parler du procédé par glissement d'un fragment du maxillaire, en prenant le greffon sur le maxillaire lui-même et en procédant par glissement. C'est là un procédé très élégant qui n'apporte pas au blessé d'autre mutilation et qui pour les cas de pertes de substance peu étendues est tout à fait intéressant.

L'autre cas est très intéressant, lui aussi, parce que nous voyons une greffe costale qui a donné des résultats tout à fait remarquables. Il s'agit d'un malade qui n'a plus aucune dent, qui surtout a un maxillaire réduit à une sorte de petite bande osseuse. Il est fâcheux que nous n'ayions pas de renseignements plus précis sur l'étendue de sa perte de substance, parce que le cas est impressionnant.

Etant donnée la controverse qui s'est élevée au sujet des greffes costales, je dirai que les greffes osseuses ont donné des résultats constatés à maintes reprises. Les greffes costales sont beaucoup discutées...

M. le président. — C'est d'une greffe osseuse qu'il s'agissait en l'espèce.

M. Roy. — Ce n'est pas une greffe cartilagineuse ?

M. le président. — Non.

M. Roy. — Dans ces conditions, je retire mon observation.

Les greffes cartilagineuses sont des opérations que je considère comme ne présentant qu'un intérêt esthétique. C'est très bien si l'on veut faire refaire une apparence de tissus, mais pas pour refaire des tissus. Les greffes cartilagineuses finissent par se résorber.

J'avais l'occasion de causer dernièrement avec M. Delagenière lorsqu'il a présenté ses malades avec trépanations qu'il avait comblées avec des fragments de cartillages. Il a constaté que même dans des cas faciles les cartillages avaient été résorbés.

Dans le cas présent, c'est d'une greffe osseuse dont il s'agit et la chose est tout à fait différente.

M. Oagnier. — M. Pont fait des greffes cartilagineuses au point de vue plastique seulement.

M. Roy. — C'est intéressant dans ces cas là.

M. Oagnier. — Momentanément on a des résultats merveilleux.

M. Roy. — J'en ai fait faire à certains de nos blessés. Cela a donné des résultats très bien, très satisfaisants, mais cela s'est résorbé.

M. Delagenière signalait ce fait qu'il avait des trépanations crâniennes qu'il avait comblées avec des cartillages qui avaient été complètement résorbées, tandis que des greffes osseuses avaient donné des résultats tout à fait remarquables.

Il y avait notamment un blessé qui avait une perte de substance crânienne de 3 à 4 centimètres sur 3.

M. le président. — Cela vient à l'appui de ce que *M. Pont* et *M. Roy* ont dit à propos du temps qui est nécessaire pour affirmer qu'une pseudarthrose est définitive.

Je sais que chez *M. Sebilleau* il y a eu 3 blessés qui étaient considérés par lui comme devant être greffés. Ils étaient prothétiquement complètement appareillés, les appareils étaient tout prêts pour les verrouiller après les greffes et scellés depuis un certain temps. Au dernier moment on s'aperçut qu'ils étaient consolidés.

Voilà donc encore des blessés auxquels on n'a pas fait de greffe et qui se sont consolidés.

Cela vient à l'appui formel de ce qu'on vient de vous expliquer dans la communication faite par *M. Oagnier* au nom de *M. Pont*. Si j'ai bien compris, à propos des greffes osseuses qu'il a tentées, *M. Pont* dit que, lorsque la greffe a eu pour but de venir remplacer une partie de la branche montante, il a subi des échecs, surtout au niveau de la partie du greffon qui vient se relier au fragment restant de la branche montante. Je crois qu'il ne faut pas conclure d'une façon aussi ferme que *M. Pont* et affirmer que les greffes ne doivent pas être tentées dans ces cas. J'en appelle à *M. Roy* et à *M. Villain*. *M. de la Jennière* nous a montré un blessé qui avait une pseudarthrose énorme, cas dans lequel il a pratiqué la greffe osseuse avec un greffon ostéo-périostique du tibia. Partant des environs de la symphise, ce greffon venait se joindre à un restant de branche montante et le tout s'est merveilleusement consolidé. Et il a eu plusieurs cas de ce genre. Je ne crois pas qu'on puisse conclure, d'après les malades que nous avons examinés, qu'on ne doit pas tenter les greffes osseuses lorsque les pertes de substances s'étendent à la branche montante. La chose est, en effet, encore possible.

M. Godon. — J'ai écouté avec intérêt les communications qui nous ont été faites et les observations présentées par notre ami *M. Roy* qui, au point de vue technique, a une compétence toute spéciale de la question.

Je voulais, à un point de vue plus général, et tout en regrettant que *Pont* n'ait pas pu venir parmi nous, prier *M. Oagnier*,

que nous remercions de son dévouement, d'être notre interprète pour remercier le docteur Pont, non seulement de sa communication d'aujourd'hui, mais encore de la contribution qu'il a portée et qu'il a apportée par ses travaux au traitement des blessures de guerre maxillo-faciales depuis le début de la guerre. Il nous a montré aussi combien on avait raison, combien le patron de nos groupements M. le sénateur Strauss avait raison de dire qu'il faudrait qu'on emploie d'une manière intensive les Ecoles dentaires dans ces travaux de restauration maxillo-faciales des blessés de guerre.

Pont a montré à Lyon, comme Roy et ses collaborateurs nous l'ont montré à Paris, combien le concours des chirurgiens-dentistes pouvait apporter une contribution utile, nécessaire dans le traitement de ces blessures de la face. Comme nous n'avions cessé de l'indiquer dans nos réunions de la F. D. I. Il l'a montré au Gouvernement français, au service de santé. Il a démontré aussi que les français n'étaient pas inférieurs aux étrangers, particulièrement aux allemands, dans cette vie de la chirurgie de guerre.

Nous aurions été heureux de profiter de la présence de M. Pont parmi nous aujourd'hui pour lui dire combien nous lui étions reconnaissants de son activité et de ses efforts à l'Ecole dentaire de Lyon.

Je prie M. Oagnier de lui transmettre en notre nom à tous l'expression de notre reconnaissance. (*Applaudissements.*)

M. le président. — J'appuie, comme président de la Société d'Odontologie, les paroles de M. Godon. En outre je retiens que j'ai en mains une lettre de M. Pont nous promettant une nouvelle communication, dont il m'a déjà donné le titre : « Le rôle du chirurgien et du prothésiste ». Ce sera pour nous une nouvelle occasion de lui adresser nos remerciements pour ce que nous lui devons à ce sujet.

M. Oagnier. — L'idée de prendre un greffon au niveau de la crête tibiale, ce'a a été signalé. Je ne sache pas que M. Pont a pensé à recourir à ce procédé. Peut-être que si l'occasion s'en présente il essaiera cela.

M. le président. — Il me reste à remercier M. Oagnier personnellement, ainsi que notre ami Pont, pour cette très intéressante communication.

Voulez-vous maintenant passer à la seconde communication de M. Pont ?

M. Oagnier. — Je vais maintenant vous faire part de quelques remarques que le docteur Pont a faites au sujet de quelques rapatriés d'Allemagne. Ce sont des militaires qui nous sont revenus après avoir reçu des soins plutôt lamentables.

(M. Olagnier donne lecture des notes concernant les différents cas dont les photographies sont communiquées à l'Assemblée).

Nos ennemis sont assez à même de recueillir d'une façon intensive les quelques reproches qu'ils peuvent avoir à nous faire au point de vue médical, il est donc juste que de notre côté nous prenions nos précautions pour nous défendre, le cas échéant.

M. le président. — M. Pont avait l'intention de donner à la Société d'Odontologie les observations que vous venez de nous présenter. Par conséquent nous pourrions les publier dans le Journal. Je demanderai au D^r Pont, comme président de la Société d'Odontologie, qu'il nous donne communication de son dossier.

M. Roy. — Oui, on demandera à Pont de nous donner communication de son dossier.

M. Paillottin. — Je serais d'avis que la Société d'Odontologie émette un vœu pour s'associer aux protestations de M. Pont afin qu'on prenne en considération ses observations.

M. le président. — Nous pourrions émettre un ordre du jour, comme le demande M. Paillottin.

L'idée de M. Pont est excellente et va être mise à exécution.

J'ai maintenant à remercier M. Olagnier de s'être sacrifié pour venir jusqu'ici. Il a risqué 23 heures de voyage pour venir jusqu'à nous. Qu'il soit notre interprète auprès de notre ami Pont pour lui transmettre toutes les bonnes choses que le D^r Godon lui a adressées. Vous lui direz aussi que je conserve sa lettre et que je compte pour le mois prochain sur sa communication sur le rôle de chirurgien et du prothésiste.

Mon cher confrère, nous vous remercions infiniment.

Voici le vœu formulé par M. Paillottin.

(Il en donne lecture).

Le vœu mis aux voix est adopté à l'unanimité.

II. — PRÉSENTATION D'APPAREILS PAR M. MORAL.

M. Georges Villain. — J'avais vu les travaux de M. Moral, qui dirige le Laboratoire du Centre de Prothèse de la 13^e région et je lui ai demandé de bien vouloir nous présenter les appareils qu'il emploie là-bas pour toutes les malformations et déviations du maxillaire. Je crois en effet que dans nos séances il est toujours utile que nous soumettions nos moyens pratiques afin que chacun puisse profiter des procédés des autres, puisque ce sont des applications que nous avons les uns et les autres à faire.

J'ai demandé à M. Moral de présenter ses appareils et ses

procédés lors d'une séance de la Société d'Odontologie et très aimablement il nous a promis de venir aujourd'hui à Paris. Il va donc vous présenter les appareils qu'il utilise là-bas.

M. Moral présente à l'assemblée différents appareils et modèles et donne à leur sujet de nombreuses explications.

DISCUSSION.

M. Roy. — Les appareils que nous présente *M. Moral* sont tout à fait intéressants. Je ne parle pas seulement de leur construction qui est tout à fait parfaite, mais au point de vue du principe.

Néanmoins quelques observations sont à retenir au sujet de ces différents appareils.

Dans le premier qu'il nous a présenté — il nous a dit lui-même que ç'avait été le premier jet de son idée — l'appareil tout en étant très intéressant est cependant défectueux. En effet, dans ce premier appareil, les mouvements sont entièrement parallèles ; lorsqu'il s'agit d'écarter des fragments mandibulaires convergents vers la ligne médiane, l'écartement doit être bien plus marqué sur la partie antérieure que sur la postérieure, les fragments doivent effectuer un picotement autour des articulations temporo-maxillaires, or une force agissant parallèlement tendrait à écarter ces articulations temporo-maxillaires parallèlement à l'écartement obtenu à la partie antérieure.

M. Moral nous a présenté un autre appareil très intéressant dans lequel il a modifié la position des gouttières, parce que les gouttières sont modifiables à l'aide de vis et peuvent être ramenées dans l'axe au fur et à mesure des mouvements. Ceci est une amélioration, mais présente une petite difficulté pour le réglage de ces déplacements ; il y a avantage à ce que ceux-ci se fassent automatiquement. C'est pourquoi je retiens tout particulièrement l'appareil qui me paraît le plus parfait de ceux que nous a présentés *M. Moral*, dans lequel le déplacement se fait automatiquement par une simple traction élastique, aussi bien à la partie antérieure qu'à la partie postérieure et pour chacune d'elles de la quantité nécessaire, sans que le praticien ait à intervenir d'une façon particulière, sauf pour le réglage de la traction qui convient pour la partie antérieure et la partie postérieure.

Mon ami *Georges Villain* qui avait visité le centre de Vichy nous avait parlé des appareils de *M. Moral* et du grand intérêt qu'ils présentaient. Je suis heureux d'avoir pu les voir par moi-même et suis heureux de m'associer aux éloges que *M. Villain* lui a adressés.

M. Anema. — Je ne suis pas grand expert pour ce genre de travail et je vous demanderai comment vous faites pour sortir ces pièces de votre revêtement.

M. Moral. — Avec la fronde vous avez beaucoup moins de retouches à faire qu'avec la presse. Vous pouvez obtenir la coulée d'une gouttière qui s'adapte au modèle sans avoir presque de retouche à faire. On a tendance, lorsqu'on fait des gouttières, à les descendre beaucoup trop bas.

Au Centre de Vichy, nous faisons presque toutes les gouttières en maxillar. Pour couler le modèle, il faut que le cylindre soit très chaud, de préférence il faut employer la fronde. Certainement qu'avec la presse on a beaucoup plus d'accidents qu'avec la fronde..

Lorsqu'il arrive que nous avons à recouvrir une partie de dent, nous faisons une deuxième coulée supplémentaire, et nous soudons.

La fronde a un avantage, c'est que si vous avez une partie de coulée qui manque, vous pouvez faire par dessus une autre coulée de métal.

Nous nous servons de cylindres ovales, afin d'avoir moins de perte de revêtement. Nos pièces nécessitent plutôt un emplacement ovale qu'un emplacement rond. On arrive du reste à un meilleur résultat avec le cylindre ovale : il se chauffe plus facilement.

M. Georges Villain. — J'ai laissé M. Moral vous apporter le premier appareil qu'il a construit pour l'écartement des maxillaires. Il est basé sur un principe faux, mais je l'ai laissé faire parce que c'est une occasion pour nous d'échanger nos idées. Cela n'a d'ailleurs pas manqué, puisque M. Roy vous a tout de suite indiqué l'inconvénient qu'il y avait à construire ainsi ces appareils. Cette erreur a été commise dès le début et chacun s'est rendu compte de l'erreur qu'il y avait à procéder ainsi. M. Moral a modifié son appareil d'une façon très heureuse, puisqu'il a fait un appareil permettant de régler le déplacement latéral suivant l'angle choisi.

Les appareils de M. Moral sont construits sur des données vraiment physiologiques. Je me suis toujours appliqué à indiquer la nécessité de faire nos traitements en prothèse restauratrice presque entièrement au point de vue physiologique et vous remarquerez que l'écartement du fragment se fait suivant des plans déterminés par cette méthode que je trouve bien supérieure à la méthode qui consiste à employer des arcs ou ressorts élastiques, lesquels permettent aussi aux fragments de se déplacer verticalement. Cette méthode permet de tenir et de maintenir les fragments dans la même position et le malade peut ainsi utiliser

son maxillaire sans qu'il y ait frottement ou chevauchement des fragments. D'autre part ses appareils ont, au point de vue cinématique et dynamique, un intérêt tout particulier, puisqu'ils permettent au malade de broyer, de mastiquer ses aliments.

Parmi les appareils qu'il nous présente, il y en a un qui est très intéressant au point de vue cinématique, c'est son appareil à levier à bascule. Cet appareil est d'une utilisation extrêmement pratique pour nous. Les appareils qu'on utilise avec guides simples-soudés sur la gouttière permettent par la force inter-maxillaire, par des vis, par une glissière qu'on peut rendre déplaçable d'obtenir la réduction de la déformation, mais le malade est obligé de fermer la bouche dans un mouvement vertical avec annulation de tout mouvement latéral.

L'appareil que présente M. Moral permet de remédier à la déviation progressive simplement en augmentant la direction d'un des plans. D'autre part le malade fait un mouvement latéral, de sorte que l'appareil corrige tout en aidant à la mastication. Ces déviations sont excessivement difficiles à corriger et les appareils doivent être maintenus très longtemps dans la bouche. Lorsque l'appareil à ailettes simples est employé, la mastication du malade est défectueuse pendant de très longs mois, je n'ose pas dire pendant plusieurs années.

Lorsque les appareils sont retirés, la déviation reprend partiellement et après quelque temps parfois complètement.

Je désirais tout particulièrement féliciter M. Moral sur la fabrication de ses appareils basés sur les principes physiologiques.

M. le président. — Nous applaudissons tous aux félicitations que nos confrères Roy et Villain viennent d'adresser à M. Moral au sujet de la présentation de ses appareils qui sont extrêmement intéressants. Nous le remercions surtout de s'être déplacé de si loin pour venir nous présenter ses appareils. (*Applaudissements.*)

Je prierai maintenant M. Georges Villain de vouloir bien prendre la présidence puisque j'ai à vous faire une causerie au sujet de la loi réglementant la délivrance des substances vénéneuses. (*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE GRADE D'OFFICIER DENTISTE

M. Lorimy, rapporteur, a donné lecture à la Commission de l'armée, dans sa réunion du 29 mai dernier, de son rapport sur le projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de Santé. La Commission a approuvé ce rapport, qui conclut à l'adoption du projet gouvernemental.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs cette bonne nouvelle, qui nous fait espérer l'adoption rapide par la Chambre de cette réforme, si importante pour les dentistes militaires.

On trouvera ci-dessous l'exposé des démarches faites par notre Groupement pour la réalisation de cette réforme.

La délégation des groupements professionnels des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la Fédération dentaire nationale.

Le 25 avril dernier, une délégation des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la Fédération dentaire nationale fut chargée de faire des démarches collectives auprès des pouvoirs publics en vue de la situation des chirurgiens-dentistes mobilisés.

Cette délégation était composée de MM. Godon, Barden et Frey pour les trois Ecoles de Paris et de Lyon, et de MM. Blatter et G. Villain pour la F. D. N.

Le même jour elle était reçue, sur sa demande, par M. Mourier, Sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, qu'elle entretenait de certaines doléances, ainsi que du projet de loi créant le grade d'officier dentiste.

Dès le lendemain, le président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris en informait le bureau de celle-ci, qui décidait d'activer les démarches en cours touchant les revendications professionnelles dans l'armée.

Le bureau de l'Ecole dentaire de Paris, d'accord avec celui de la F. D. N., décidait également que *les divers groupements professionnels recevraient communication de la note sur la création du grade d'officier pour les dentistes*, que nous reproduisons plus loin, et seraient invités à coopérer à la propagande en vue du succès près du Parlement.

Il décidait enfin de demander une audience à la Commission de l'Armée de la Chambre des Députés et du Sénat pour une délégation des Ecoles dentaires, de la Fédération dentaire nationale et des Groupements professionnels qui voudraient bien se joindre à elle.

Le 15 mai, les bureaux de ces Ecoles et de la Fédération dentaire nationale tenaient une réunion, constituaient la délégation des sociétés professionnelles ayant accepté la proposition ci-dessus et adoptaient un premier ordre du jour.

Deux représentants de la délégation firent des démarches afin de s'assurer le concours actif des membres parlementaires de la Commission de l'armée de la Chambre et du rapporteur du projet de loi.

Le 27 mai, la délégation se réunissait et approuvait l'ordre du jour, ainsi que le vœu que nous publions ci-après, qui étaient communiqués le jour même au rapporteur et à divers membres de la Commission de l'armée.

On vient de voir que celle-ci a adopté ce rapport dans sa séance du 29 mai.

Non confrères se rendront compte, par ce court exposé, du rôle actif joué par la délégation des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la Fédération dentaire nationale venant après les démarches répétées de son président, M. Blatter, depuis trois ans.

Délégation des bureaux des Groupements des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la F. D. N.

Réunion du 27 mai 1918

PRÉSIDENCE DE M. GODON.

Séance ouverte à 8 heures du matin.

Présents: MM. Blatter et G. Villain.

Excusé: M. Barden.

M. G. Villain donne lecture du rapport destiné aux rapporteurs de la Chambre et du Sénat et qui servira dans les démarches nécessitées par le projet de loi sur le grade d'officier.

Ce rapport est approuvé.

La délégation approuve l'ordre du jour suivant, proposé par M. Godon :

« La délégation des Groupements professionnels des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la Fédération dentaire nationale comprenant 24 sociétés, après avoir pris connaissance de l'exposé fait par le secrétaire de la délégation sur les motifs militant en faveur de la création du grade d'officier pour les chirurgiens-dentistes militaires, adopte l'ordre du jour et le vœu ci-dessous :

La délégation,

SE CONFORMANT au mandat qui lui a été donné dans les réunions des 15 et 24 mai dernier ;

D'intervenir près de la Commission de l'armée de la Chambre des Députés et du Sénat pour appuyer et faire aboutir le plus tôt possible le projet de loi, déposé par le Gouvernement le 23 mars dernier, tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de Santé ;

De réclamer, s'il y a lieu, l'introduction dans ce projet de loi, des modifications jugées nécessaires ou

De formuler des vœux à ce sujet pour réserver l'avenir ;

CONSIDÉRANT :

1° Que le projet de loi en question est une conséquence heureuse du décret du 26 février 1916 qui a institué dans l'armée des dentistes militaires ;

2° Qu'il constitue un progrès considérable sur la situation précédente faite aux dentistes militaires comme simples soldats ou infirmiers d'abord en 1914, comme adjudants ensuite en 1916 ;

3° Qu'il peut être considéré à juste titre comme une reconnaissance éclatante de la part des pouvoirs publics pour les services rendus par les Ecoles, les Centres dentaires et les Chirurgiens-dentistes depuis l'ouverture des hostilités.

MAIS CONSIDÉRANT AUSSI :

4° Qu'il faut reconnaître pourtant et regretter que ce projet ne soit encore qu'une réforme incomplète des services dentaires de l'armée, si l'on considère la situation faite aux autres spécialistes du corps de santé en France ainsi qu'aux dentistes militaires de la plupart des pays alliés dans la hiérarchie militaire, et qu'il y aurait lieu d'obtenir une modification du projet à ce sujet ;

5° Qu'il y a cependant le plus grand intérêt à faire bénéficier au plus tôt les services dentaires de l'armée, ainsi que les dentistes militaires, des avantages du dit projet de loi ;

6° Qu'il résulte, en effet, des déclarations faites aux membres de la délégation dans leurs démarches près du Gouvernement ou des représentants autorisés du Parlement que toute modification importante du projet de loi en question qui pourrait entraîner des

répercussions financières comme celle portant sur des grades supérieurs aurait pour conséquence de retarder indéfiniment son adoption et son application en nécessitant le renvoi du projet de loi au Gouvernement d'où il émane ;

Considérant, d'autre part, que la réforme actuelle ne porte que sur la hiérarchie dentaire dans le cadre de complément et que des promesses ont été faites que la réforme serait complétée dans les lois organiques d'après guerre ;

DÉCIDE EN CONSÉQUENCE :

1^o *De se rallier* actuellement au texte du projet de loi, tel qu'il est présenté à la Chambre des Députés par le Gouvernement s'il n'est pas possible de l'étendre au grade de capitaine sans en retarder l'adoption ;

2^o *De se borner* alors à signaler aux membres du Gouvernement et du Parlement les modifications qu'il serait nécessaire d'apporter dans l'avenir à l'organisation dentaire militaire pour qu'elle soit complète et réponde à tous les desiderata ;

3^o *D'émettre* dans ce but le vœu suivant qu'elle recommande à la bienveillante attention des pouvoirs publics.

La délégation des groupements des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique *et de la Fédération dentaire nationale*, pour les considérations ci-dessus développées.

Emet le vœu qu'après une courte période d'application de la loi nouvelle les pouvoirs publics veuillent bien décider que :

1^o Les dentistes militaires possèdent une hiérarchie propre semblable à celle des autres spécialistes du Service de santé.

2^o Les grades qu'ils peuvent obtenir correspondent respectivement dans la hiérarchie militaire à ceux de sous-lieutenant, lieutenant, capitaine, etc., et à la situation qui est faite dans la hiérarchie générale et dans le service aux membres du Corps de santé.

La séance est levée à 9 heures.

Le secrétaire : G. VILLAIN.

La création du grade d'officier pour les chirurgiens-dentistes militaires.

Au cours de la guerre actuelle les soins et la prothèse dentaires se sont très rapidement imposés à l'attention du Service de santé militaire pour les besoins des troupes en campagne, et les services rendus spontanément et bénévolement par les chirurgiens-dentistes ont été appréciés comme il convenait.

C'est, en effet, l'initiative professionnelle qui a successivement créé :

1^o Les centres de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale qui

ont jusqu'à présent soigné, guéri et récupéré un nombre considérable de blessés (août 1914);

2° Les centres dentaires de garnison qui ont assuré les soins dentaires aux armées et sur le territoire (août 1914);

3° Les centres d'édentés, qui ont actuellement récupéré 200.000 hommes classés inaptes (novembre 1914);

4° L'école d'éducation des mutilés et éprouvés de la guerre et l'école de rééducation professionnelle (1915);

5° La réserve du personnel technique (1916);

6° Les services dentaires des usines de guerre (septembre 1916);

7° Les équipes volantes de techniciens (1^{re} application le 1^{er} juin 1917);

8° L'assistance dentaire aux réformés n° 2 (soins et délivrance gratuite d'appareils de prothèse dentaire fonctionnelle).

Ces divers services ont été successivement consacrés officiellement, puis généralisés à toute l'armée. De nombreux centres ont été organisés aux armées et sur le territoire.

En outre, on est redevable aux écoles dentaires reconnues d'utilité publique, à la Société d'odontologie de Paris et à la Fédération dentaire nationale de l'organisation d'un congrès dentaire inter-alliés uniquement réservé à l'étude des questions dentaires de guerre et d'après-guerre (1916), tenu sous le patronage des ministres de la Guerre et de la Marine des pays alliés et sous la présidence d'honneur de M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, M. Justin Godart, et de M. le sénateur P. Strauss. La publication des comptes rendus (2 volumes, 1600 pages, 1100 figures) a été faite quelques mois après en français et a servi utilement la propagande nationale; on y pourra trouver la manifestation éclatante des services rendus à la Défense nationale par les dentistes.

D'autre part, un décret du 26 février 1916 créa un grade spécial pour les chirurgiens-dentistes sous les drapeaux, en raison des services rendus ¹.

1. Extrait d'un rapport adressé au Président de la République française en date du 26 février 1916, par le général Gallieni.

« L'hygiène moderne a démontré l'importance considérable qu'on doit accorder aux soins de la bouche et des dents. Depuis le début des hostilités, les dentistes mobilisés ont rendu des services appréciables et, grâce à leur concours, de nombreux militaires qui avaient été reconnus inaptes en raison de leur mauvaise dentition ou qui avaient été blessés aux mâchoires ont pu retourner très vite au front. Mais l'organisation du service dentaire demande à être réglementée et la meilleure utilisation des dentistes exige la création d'un grand nombre de cliniques de chirurgie dentaire réparties à l'avant, à l'arrière et dans l'intérieur.

« Il paraît nécessaire d'attribuer aux chirurgiens-dentistes, appelés à exercer leurs fonctions dans les diverses formations, une position dans la hiérarchie militaire correspondant à leur autorité technique ».

Ce grade, sous l'appellation de *Dentiste Militaire*, correspond au grade d'adjudant.

Le dentiste militaire ne peut actuellement prétendre à aucun avancement ; il acquiert ainsi, dès son incorporation et d'emblée, la seule situation à laquelle il puisse aspirer. Aucun avancement, aucune hiérarchie pour le dentiste militaire, dont l'état d'infériorité hiérarchique dans lequel il se trouve ainsi placé rend difficile l'accomplissement de sa tâche.

Cette situation est unique dans l'armée :

Elle est anti-démocratique,

Elle est injuste,

Elle présente de sérieux inconvénients actuellement,

Elle risque d'entraîner de graves conséquences dans l'avenir si elle n'est pas modifiée.

Cette situation est anti-démocratique, parce que, dans l'armée, le chirurgien-dentiste est le seul militaire qui ne puisse aspirer à un avancement dans la hiérarchie. Dès son incorporation dans l'armée de terre, du fait de la déclaration de la profession qu'il exerce, une fonction déterminée lui est assignée ; il est nommé dentiste militaire, et il ne peut monter en grade. Dans l'armée de mer, le même chirurgien-dentiste devient officier, sous-lieutenant et lieutenant, après 6 et 12 mois de grade respectivement.

Cette situation est injuste, parce que les services journallement rendus par ce praticien et appréciés par les blessés, par les hommes de troupes méritent plus de considération du pays ;

Parce que les dentistes militaires français, qui ont, par leur propre initiative, créé tous les services actuellement officialisés et généralisés dans toutes les armées alliées, sont et ne peuvent être que sous-officiers, et que leurs confrères des armées alliées sont tous officiers (lieutenant à colonel dans les armées des Etats-Unis d'Amérique, du Canada, de la Nouvelle-Zélande ; lieutenant à commandant dans les armées anglaise et portugaise ; lieutenant et capitaine dans les armées belge et roumaine ; assimilés au grade d'officier dans l'armée italienne).

Cette situation présente de sérieux inconvénients actuellement, parce que la discipline des armées exigeant qu'un chef soit placé à la tête de chaque service et ce chef ayant toujours rang d'officier, on se trouve dans l'obligation d'adjoindre au dentiste militaire un médecin qui est souvent dépourvu de titres suffisants pour établir la spécialisation. Le médecin est, en conséquence, distrait du service médical alors qu'il avait été promu officier à ce titre et alors que l'armée manque de médecins militaires, au point d'utiliser comme tels des étudiants en médecine à 12, 8, 4 et même 2 inscriptions !

Cette situation présente enfin de sérieux inconvénients pour l'avenir. Du fait de la position d'infériorité dans laquelle sont maintenus les chirurgiens-dentistes aux armées, le recrutement de ceux-ci risque de devenir difficile. Or, après la guerre, le pays aura besoin d'intensifier au maximum la puissance productrice individuelle. Les hommes jeunes et valides feront défaut, il faudra à tout prix ménager la santé des citoyens et réduire au minimum le chômage dû à la maladie. C'est par la propagande de l'hygiène générale et individuelle que l'on parviendra à ce résultat. L'hygiène buccale en sera un des facteurs principaux, grâce auquel la société pourra lutter efficacement contre un grand nombre d'états pathologiques aboutissant à la déchéance de l'organisme. Pour assurer cette hygiène, le pays aura besoin de dentistes. Enfin, si la loi en discussion sur la création d'une hiérarchie du corps dentaire de l'armée ne confère pas aux chirurgiens-dentistes une situation digne des services qu'ils rendent et susceptible de leur assurer un avenir qui les retienne à l'armée, tous les services dentaires qui seraient indispensables au maintien de l'hygiène des jeunes recrues et aux besoins prothétiques des mutilés de la face et des maxillaires cesseraient *ipso facto* de fonctionner à la démobilisation.

La possibilité d'accéder au grade d'officier, en rehaussant la situation militaire du chirurgien-dentiste, contribuera à assurer le recrutement professionnel indispensable à l'hygiène nationale.

Pour ces raisons et dans l'intérêt du pays, il est urgent que la situation des dentistes militaires français soit notablement améliorée.

La création du grade d'officier pour le dentiste militaire sera, en outre, regardée par ceux-ci comme la reconnaissance des services qu'ils n'ont cessé de rendre à l'armée et au pays. Ce sera enfin la juste récompense que la nation leur doit.

Mai 1918.

Paris, mai 1918.

Mon cher Confrère,

Vous avez appris le dépôt à la Chambre des députés par le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, au nom du Gouvernement, d'un projet de loi permettant de conférer le grade d'officier aux dentistes militaires. Ce projet a été imprimé et renvoyé à la commission de l'Armée, d'où, après avoir fait l'objet d'un examen et d'un rapport, il viendra en discussion.

S'il faut saluer le dépôt de ce projet de loi comme un événement historique de la profession, qui donne satisfaction à ses légitimes aspirations, dans une question d'intérêt national, il n'im-

porte pas moins que, pour en assurer l'adoption et le succès, d'abord à la Chambre, puis au Sénat, chacun de nous emploie toute son influence auprès des membres du Parlement avec lesquels il est en relations pour les prévenir en faveur du projet et s'assurer ainsi, de leur part, un vote favorable, appuyé, s'il y a lieu, d'une intervention personnelle dans la discussion.

Les sociétés professionnelles, initiatrices de l'action en faveur de cette réforme, ont constitué une DÉLÉGATION DES GROUPEMENTS DES ÉCOLES DENTAIRES reconnues d'utilité publique et de la F. D. N., ayant pour but de faire les démarches nécessaires auprès des Pouvoirs publics en collaboration avec les sociétés et les professionnels qui voudront bien se joindre à elle. Cette délégation vous serait en conséquence très obligée de faire, en ce qui vous concerne, les démarches de cette nature qui vous seront possibles et de nous informer des résultats que vous obtiendriez.

Nous vous adresserons, à cet effet, une note explicative, exposant le rôle et la situation du chirurgien-dentiste dans l'armée française de terre et de mer et les services qu'il y a rendus jusqu'à présent, ainsi que le rôle et la situation de ce praticien dans les armées alliées.

Cette note est destinée à être remise aux députés et sénateurs que vous connaissez.

Comptant sur l'intérêt que vous portez certainement à cette question et sur votre désir de la voir triompher, nous vous remercions à l'avance de votre bon concours et vous renouvelons l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour l'Ecole dentaire de Paris,
CH. GODON.

Pour l'Ecole odontotechnique,
BARDEN.

Pour l'Ecole dentaire de Lyon,
L. FREY.

*Pour la Fédération dentaire
nationale,*
BLATTER, G. VILLAIN.

L'Association générale syndicale des dentistes de France se joint à la délégation pour appuyer près des pouvoirs publics le projet de loi portant création du grade d'officier pour les dentistes militaires.

Le Président,
L. BRIOUX,

Le Secrétaire général,
HENRI VILLAIN.

LES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE DE LA CLASSE 1919

On nous communique l'importante décision ci-après :

ACADÉMIE DE PARIS — ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE —
CLASSE 1919

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
à Monsieur le Directeur de l'École dentaire de Paris.*

Pour permettre aux étudiants en chirurgie dentaire de la classe 1919 incorporés le 15 avril, de bénéficier de mesures de bienveillance comme en ont bénéficié les étudiants des Facultés appartenant à cette classe, M. le Ministre a décidé (4 mai) qu'ils pourront se présenter à l'examen de fin d'année en juin prochain, à condition que l'autorité militaire dont ils dépendent leur donne les facilités nécessaires et que, d'autre part, ils aient accompli les obligations scolaires afférentes à leur année d'études.

Sous ces réserves, ils pourront être auto-inscrits à prendre la 4^e inscription de l'année immédiatement avant l'examen.

LES INSIGNES DES DENTISTES MILITAIRES

Par A. CYBOULLE, dentiste militaire.

L'art. 5 de l'Instruction relative aux dentistes militaires du 27 février 1916 (*J. Off.* du 7 mars 1916, page 1716), suggère quelques réflexions sur les attributs distinctifs conçus pour les dentistes militaires.

Ces réflexions ont trait aux dispositions de l'article susmentionné qui ne prévoit pas un velours de couleur spéciale pour les dentistes militaires.

Comme pour différencier les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires il a été choisi des velours de couleurs différentes, il eût été logique de faire de même pour les dentistes militaires.

En l'absence de cette différence, l'uniforme de ces derniers, à part la lettre D accolée au caducée de l'écusson, présente une grande analogie avec celui des adjudants des sections d'infirmiers militaires.

Il est évident que la couleur du velours prévue pour les phar-

maciens les distingue indiscutablement mieux que ne le ferait la lettre P figurant par exemple à côté du caducée.

D'autre part dans le même ordre d'idées, les vétérinaires qui ont un attribut spécial ont néanmoins été dotés d'un velours d'une couleur particulière.

Comme conclusion, il serait logique, pour éviter la confusion signalée ci-dessus, de modifier l'article 5 de l'Instruction précitée et d'attribuer aux dentistes militaires un velours violet indigo par exemple et d'abroger une exception que rien ne paraît justifier.

LA QUESTION DU PLATINE

Le Président de l'A. G. S. D. F. nous communique la lettre suivante qu'il vient de recevoir.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE, DES POSTES ET DES
TÉLÉGRAPHES — SERVICE DE GUERRE — STOCKS NATIONAUX
ET RÉQUISITIONS CIVILES, N° 824.

Paris, 4 mai 1918.

*M. le Président de l'Association générale syndicale
des dentistes de France, Paris.*

M. le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre d'exemplaires du décret du 30 avril 1918 prescrivant la déclaration du platine et des métaux dérivés de la mine de platine, avec modèle de la dite déclaration.

Je vous prie de bien vouloir les faire répandre parmi vos adhérents ou confrères et je vous serai reconnaissant d'intervenir de la façon que vous jugerez la plus efficace pour obtenir, dans l'intérêt général, des déclarations sincères dans les délais prescrits.

Veuillez agréer, etc.

Le Directeur des stocks et réquisitions.

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE, DES POSTES
ET DES TÉLÉGRAPHES, DES TRANSPORTS MARITIMES ET DE LA
MARINE MARCHANDE

**Décret prescrivant la déclaration du platine et des métaux
dérivés de la mine de platine.**

Le Président de la République française,

Sur le rapport du garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre de l'Armement et des fabrications de guerre, du ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, des Transports maritimes et de la Marine marchande et du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 3 août 1917;

Vu la loi du 9 avril 1918;

Le conseil des ministres entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. — La déclaration du platine et des métaux dérivés de la mine de platine est prescrite dans les conditions suivantes :

Tout détenteur ou propriétaire d'une quantité de platine supérieure ou égale à 100 grammes à l'état de métal pur, de minerai, d'alliage ou de combinaison, sous la forme de lingots, fils, plaques, limaille, ou d'objets façonnés à l'exception seulement de la joaillerie montée en platine existant en France à la date du 10 mai 1918, à vingt-quatre heures, est tenu d'en faire la déclaration.

Celle-ci portera sur la quantité de platine pur contenue dans l'objet déclaré,

Une déclaration identique sera établie pour l'iridium, l'osmium et autres métaux extraits de la mine de platine.

Art. 2. — La déclaration est faite par le propriétaire et par le détenteur, ce dernier doit faire connaître le nom du propriétaire.

Le détenteur est la personne qui dispose à quelque titre que ce soit (propriétaire, locataire, administrateur) du local où les matières sont déposées.

Les matières en cours de transport doivent être déclarées par la personne pour le compte de laquelle elles voyagent.

Art. 3. — La déclaration, datée et signée, est faite conformément au modèle annexé au présent décret et en deux exemplaires, qui sont envoyés par la poste, sous pli recommandé, à M. le ministre du Commerce (service des stocks et réquisitions, 5, avenue Daniel-Lesueur, Paris, 7^e) à qui ils doivent parvenir avant le 15 mai 1918.

Art. 4. — Toute personne qui, postérieurement à la date du

10 mai 1918, à vingt-quatre heures, se sera rendue acquéreur ou sera devenue détenteur d'une quantité quelconque de platine ou de métal dérivé de la mine de platine, même inférieure à 100 grammes et sous quelque forme que ce soit, devra en faire la déclaration dans les conditions prévues à l'article 3 dans un délai de cinq jours.

Cette déclaration devra porter dans la colonne « observations » l'indication du précédent propriétaire et du précédent détenteur.

Art. 5. — La sincérité des déclarations peut être établie par la présentation des matières déclarées ou, en cas de vérification ultérieure, par la justification commerciale de leur emploi.

Art. 6. — Tout défaut de déclaration à la date fixée et toute déclaration frauduleuse pourront faire l'objet de poursuites. Les délinquants seront passibles des peines prévues à l'article 8 de la loi du 3 août 1917, qui punit le défaut de déclaration d'une amende de 50 à 1.000 fr., et la dissimulation d'objets soumis à la déclaration d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende égale à la valeur des objets dissimulés; dans les deux cas, la confiscation des matières peut être prononcée.

Art. 7. — Le garde des Sceaux, ministre de la Justice, le ministre de l'Armement et des fabrications de guerre, le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, des Transports maritimes et de la Marine marchande et le ministre de l'Intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 avril 1918.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,

LOUIS NAIL.

Le ministre de l'Armement et des Fabrications de guerre,

LOUCHEUR.

*Le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes,
des Transports maritimes et de la Marine marchande,*

CLÉMENTEL.

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

DÉPARTEMENT **DÉCLARATION DES STOCKS DE PLATINE**

d —
 ARRONDISSEMENT Je soussigné ¹
 d — demeurant à ²
 déclare être propriétaire ou détenteur pour le
 compte de M.
 d COMMUNE demeurant à des matières et objets
 suivants : (Biffer les mentions inutiles.)

DÉSIGNATION DES MATIÈRES OU OBJETS (Spécification et poids)	POIDS de platine pur contenu en grammes	LIEU où se trouvent les matières et objets déclarés	OBSERVATIONS

Même déclaration pour l'iridium, le palladium, l'osmium et autres métaux extraits de la mine du platine.

Je certifie l'existence, à la date du 10 mai 1918, à vingt-quatre heures, des quantités ci-dessus, dans les lieux désignés.

A , le 1918.

(Signature.)

1. Nom et prénoms, raison sociale.
2. Rue, n°, commune, département.

NOTA. — La déclaration ne doit être faite que lorsque la quantité de platine pur détenue dépasse 100 grammes. Elle doit porter sur le poids total du stock et non sur l'excédent au-dessus de 100 grammes.

La déclaration doit être envoyée avant le 15 mai 1918, **EN DOUBLE EXPÉDITION**, sous pli recommandé, à M. le ministre du Commerce, service des stocks et réquisitions, 5, avenue Daniel-Lesueur, Paris-VIIe.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'EXEMPLE SUÉDOIS ET L'AIDE CONFRATERNELLE

Nous sommes heureux d'annoncer dans ce journal, où l'*Aide Confraternelle* a reçu un accueil si hospitalier, que la souscription ouverte en faveur des dentistes français et belges victimes de la guerre atteint à l'heure actuelle le chiffre de 98.000 francs.

Les souscriptions nous sont venues de divers côtés et les listes successives en ont été publiées en leur temps. Aujourd'hui, nous voulons attirer l'attention du public professionnel français sur le remarquable effort fait par les dentistes suédois en faveur de notre œuvre.

Sous l'impulsion chaleureuse du docteur Hjalmar Carlson, de Göteborg et de notre regretté confrère Heïdé, dont il était l'ami, *quatre mille quatre cent soixante-dix francs* ont été souscrits par les dentistes suédois. Ce qu'il y a de particulier dans la contribution suédoise à notre œuvre — en dehors bien entendu de son importance — c'est le nombre des souscripteurs, qui s'élève à 252. Or, ce nombre représente la moitié du chiffre des dentistes suédois, qui est de 500 environ. Ainsi, un dentiste sur deux a souscrit. Le mouvement de sympathie de nos confrères suédois se caractérise donc par son unanimité. De plus, ce mouvement n'est pas resté localisé aux grandes villes, il s'étend à 59 cités différentes et si l'on jette un coup d'œil sur la carte de Suède, on voit qu'il n'y a pas un point du pays où l'appel à la fraternité n'a pas rencontré d'écho.

Est-il témoignage plus touchant de solidarité professionnelle et de sympathie pour notre pays et notre œuvre que celui qui nous est ainsi donné par un pays éloigné où nos ennemis, on le sait, n'ont cependant pas ménagé leur propagande antifranaïse.

Félicitons et remercions chaleureusement le Docteur

Carlson, l'âme de cette belle propagande, dont le grand cœur et l'inlassable prosélytisme ont produit d'aussi beaux résultats.

C'est avec une émotion profonde que nous avons reçu cette importante souscription, et cette émotion sera partagée, nous n'en doutons pas, par tous ceux que ne laissent pas indifférents les belles manifestations de générosité et d'altruisme. Nous sera-t-il permis à ce sujet, d'exprimer notre surprise de n'avoir pas vu le bel exemple donné par la Suède imité par certains pays étrangers où nous pensions que notre œuvre devait trouver plus d'appui ; ce ne doit être que le fait de l'ignorance où sont nos confrères étrangers de la création de l'AIDE CONFRATERNELLE et du but qu'elle poursuit.

C'est pourquoi, nous faisons appel à nos amis pour faire connaître notre œuvre autour d'eux, et à cet égard, nous remercions bien vivement notre excellent confrère M. Kirk, de Philadelphie, pour le chaleureux article qu'il a bien voulu lui consacrer dans un des derniers numéros du *Dental Cosmos* et qu'on trouvera reproduit plus loin : nul doute que cette bonne propagande ne porte ses fruits, et nous souhaitons de la voir se généraliser.

Si l'AIDE CONFRATERNELLE est fière de cette preuve de sympathie de nos confrères suédois elle est un peu humiliée lorsqu'elle compare l'effort que représente cette souscription avec celui qu'ont fourni les dentistes français.

Alors qu'en Suède *un dentiste sur deux* a souscrit à l'AIDE CONFRATERNELLE, en France *trois cents dentistes* seulement, sur quatre mille environ, ont souscrit.

Sans doute, empressons-nous de le dire, les conditions ne sont pas les mêmes, et malheureusement la majeure partie de nos confrères se trouvent mobilisés ; mais il est resté au foyer : de par leur âge ou de par des conditions diverses, un nombre de dentistes bien supérieur à celui de nos souscripteurs et ceux-là ne peuvent arguer de leur ignorance, car nos circulaires ont été envoyées, à différentes reprises, à tous les dentistes français indistinctement.

Si ces confrères n'ont pas répondu en plus grand nombre à notre appel, nous voulons croire qu'il n'y a là que de la négligence de leur part et nous nous refusons à y voir de l'indifférence pour les souffrances et les misères de leurs confrères et des familles de ceux-ci cruellement touchés par la guerre.

Que l'exemple suédois secoue leur négligence et leur fasse réparer au plus tôt, par de larges souscriptions, le retard qu'ils ont apporté à venir nous verser leur obole ; ils ne voudront pas manquer à leur devoir d'humanité, de bons Français, de bons confrères : ils ne voudront pas qu'on dise plus tard, en consultant nos listes de souscriptions, que de nombreux confrères se sont enrichis durant la guerre, absorbés par le surcroît de clientèle que leur apporte l'absence de ceux mobilisés au service de la patrie, sans avoir, par un geste généreux, reversé la plus petite part de leur gain en faveur de ceux de leurs confrères qui ont perdu leurs biens, leur situation, d'autres, trop nombreux, leur vie, et dont les familles sont aux prises avec la misère et toutes les difficultés de l'existence.

Dentistes français ! lisez la liste des souscripteurs suédois, Méditez-la et dites-vous si vous avez fait votre devoir !

LISTE DE SOUSCRIPTIONS DES DENTISTES SUEDOIS

Engström, L... Alingsas.	Lyckberg, H... »
Wallerstedt, H, »	Bergman, F... Eskilstuna.
Blidberg, C... Arboga.	Erikson, B... »
Arosenius, E... »	Lidmark, A. F. »
Ekström, K... Arvika.	Thysolius, B... »
Lundqvist, J. A. »	Trotte, C... »
Norén, O... »	Berg, C... Eslöf.
Bergman, E... Boras.	Troell, E... »
Blomgren, G... »	V. Sneidern, S. Falkenberg.
Nilsson, K. I... »	Nilsson, K... »
Rudbäck, G... »	Rane, A. G... Falköping.
Ivånsön, R... Eksjö.	Liedholm, C... Filipstad.

Löfström, A...	Filipstad.	Söderberg, G...	Jönköping.
Möller, B.....	Gävle.	Anderson, E...	Kalmar.
Wigren, E.....	»	Haglund, L...	»
Ahman, V.....	»	Robert, H.....	»
Ahlgren, O.....	Göteborg.	Thunberg, K..	»
Alén, A.....	»	Barthin, C....	Karlskrona.
André, H.....	»	Kjellberg, A...	»
Bensow, V.....	»	Rydberg, A...	»
Blomberg, E...	»	Strehlenert, I..	»
Carlson, Hj...	»	Södöö, G.....	»
Cederberg, A...	»	Erikson, C....	Karlshamn.
Ekstam, G....	»	Ferm, C.....	Karlstad.
Elmers, S.....	»	Hultman, H...	»
Erikson, A....	»	Larsson, D....	»
Erikson, R....	»	Levien, G.....	»
Fischer, V.....	»	Nygren, A....	»
Gustafson, A...	»	Person, E.....	»
Hallberg, F...	»	Strahle, C.	»
Hayl, E.....	»	Svensson, G...	»
Heijde, V.....	»	Be gfeldt, G...	Ka rineholm.
Laurén, K....	»	Bogren, A.....	Klippan.
Lindblom, C...	»	Gerdén, Th. ...	»
Lindholm, E...	»	Ahnlund, S....	Kristians ad.
Mankell, A....	»	Nordlund, A...	»
Marmén, V....	»	Tufvesson, P..	»
Petterson, S...	»	Wangel, C.....	»
Richter, O.....	»	Bergman, V...	Kristinehamn.
Röing, J.....	»	Erikson, H....	»
Sjödin, E.....	»	Lagerblad, E...	»
Sjödin, H.....	»	Laurell, M.	Köping.
Ornmark, G...	»	Luttrupp, F...	»
Ahlberg, C....	Halmstad.	Trapp, E.....	Landskrona.
Ekman, E....	»	Jernström, J...	Lidköping.
Nilsson, Y....	»	Lundberg, A...	»
Bergendorff, H.	Helsingborg.	Arne, T.	Linköping.
Bogren, E.....	»	Brobeck, J....	»
Bogren, E.....	»	Norrman, H...	»
Renström, V...	Herrljunga.	Ohlson, J.....	»
Cederlöw, A...	Jönköping.	Nilson, H.....	»
Fried, K. A...	»	Svensson, D...	»
Jonsson, A....	»	Pahlman, E...	»
Lilja, P.....	»	H. Johnsson...	»
V. Malmberg, I.	»	Ervall, L.....	Lund.
Milton, G.....	»	Lindeberg, E...	»

Lundqvist, C.H.	Lund.	Clason, H.....	Stockholm.
Manson, S.....	»	Dahlén, G.....	»
Thulin, E.....	»	Engström, P..	»
Wahlbom, H..	»	Fischer, E.....	»
Graf, E.....	Lysekil.	Friberg, E....	»
Agrell, E.....	Malmö.	Friedmann, G.	»
Fischer, G.....	»	Hallström, H..	»
Fischer, A.....	»	Hedström, G...	»
Gilek, K.....	»	Hellgren Fraenkel,	
Krasse, A.....	»	Anna Lisa.....	»
Köh'er, G.....	»	Hultbom, C...	»
Lindstedt, S...	»	Hübinette, G..	»
Lövgren, E....	»	Häger, S.....	»
Olow, R.....	»	Jessel, A.....	»
Svensson, C...	»	Johansson, E..	»
Svensson, O...	»	Koch, B.....	»
Söltoft, C.....	»	Lamby, I.....	»
Strandberg, O..	Mariestad.	Liljedahl, S...	»
Bremer, E.....	Norrköping.	Lindberg, E...	»
Furster, K....	»	Lindberg, M...	»
Hagberg, H...	»	Lindblad, E...	»
Lindberg, H...	»	Ling, A.....	»
Ordell, S.....	»	Lundström, A.	»
Ryden, K.....	»	Myrbeck, S....	»
Stigman, L....	»	Norberg, O....	»
Hörding, F....	Nässjö.	Nordström, F..	»
V. Malmberg, F.	»	Norén, E.....	»
Nerell, T.....	»	Palmgren, A...	»
Ekman, A..	Oskarshamn.	Petterson, A..	»
Jungmark, I..	Skara.	Ramberg, H...	»
Westermark, E.	»	Radberg, K...	»
Randerz, B....	Skurup.	Samuel, F,....	»
Johansson, E..	Sköfde.	Sandblom, I...	»
Winberg, I....	»	Schmidt, C....	»
Abrahamsson, A.	Stockholm.	Seidenberg-Müller, B.	»
Arnell, H.....	»	Selenius, L....	»
Arvidsson, A..	Stockholm.	Sundvall, T...	»
Berg, N.....	»	Sune, I.....	»
Bergman, P...	»	Sverelius, A...	»
Bodorff, E.....	»	Svensén, H....	»
Bohrn, O.....	»	Thourén, G....	»
Bratt, A.....	»	Welin, H.....	»
Bäärnman, J..	»	Widerström, K.	»
Christenson, E.	»	Wigren, O.....	»

Zanichelli, A...	Stockholm.	Levin, J.....	Mara.
Akerlund, E...	»	Morton, M....	Warberg.
Odman, S.....	»	Tiderström, P.	»
Geijer, G.....	Södertälje.	Wahlby, H....	»
Lundberg, C...	»	Broman, R....	Wanersborg.
Malmgren, F..	»	Hornfelt, H...	Westervik.
Olsson, F.....	Tidaholm.	Högberg, E. . .	»
Rudelius, K...	Tranas.	Lehrberg, K...	»
Nilsson, C.....	Trollhät an.	Adolfson, E...	Wasteras.
Stein, E.	»	Ericson, C. A..	»
Bernstone, I. . .	Uddevalla.	Luthman, V...	»
Helde, G.	»	Jonason, G....	»
Sjölin, N.	»	Lejler, Hj.....	Amal.
Almgren, F....	Uppsala.	Mattson, E....	Angelholm.
Forssell, E.	»	Appelgren, S. .	Orebro.
Ankarsward, G.	»	Boldt-Christmas, K.	»
Haglund, M....	»	Broberg, R....	»
Melchert, E. . .	»	Dahlqvist, F. . .	»
Mesterton, D. . .	»	Freudentahl, K.	»
Nyberg, O.	»	Lindhagen, H. .	»
Strauss, E.	»	Lysander, P. . .	»
Wizén, M.....	»	Sederblad, H. .	»
Aman, A.....	»	Thorén, L.....	»
Aman, C.....	»	Merian.	Schweitz.
Oberg, G.....	»		

APPEL PROFESSIONNEL

Par le D^r Ed. KIRK, de Philadelphie.

Nous reproduisons ci-après le chaleureux appel adressé à la profession américaine en faveur de l'Aide confraternelle, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro.

Rappelons que le D^r Kirk avait déjà lancé un premier appel que nous avons publié dans notre n^o de février 1917.

Il y a un peu plus d'un an nous avons demandé à nos nombreux lecteurs de porter une attention sympathique à un appel de fonds adressé par l'*Aide confraternelle*, association de bienfaisance créée par nos confrères français et dont le but philanthropique mérite notre sympathie et notre appui. Nous avons le regret de dire que cet appel n'a donné qu'un maigre résultat. Nous

recommandons à nouveau à leur attention cette œuvre charitable, dans l'espoir qu'une conception plus nette de la question pourra provoquer une expression plus tangible de l'esprit d'assistance confraternelle que la dentisterie a toujours montré en tout temps de malheur ou de calamité frappant les membres de la profession.

Dans toute la Belgique et dans toute la portion du territoire français dévastée par la guerre, des praticiens dentistes ont perdu, dans la plupart des cas, comme le reste de la population, tout ce qu'ils possédaient. Sans foyer, des familles de dentistes dont les chefs ont été mobilisés ou tués, des dentistes civils dépossédés de tout moyen de gagner leur vie et actuellement dans un besoin pressant, se trouvent parmi ceux pour lesquels l'*Aide confraternelle* adresse un appel, en se chargeant de rechercher toutes les infortunes de la profession dentaire et de distribuer sagement et économiquement les fonds recueillis pour cet objet. Mais le but étendu de cette œuvre ne se borne pas à secourir les dentistes et leurs familles pendant la guerre.

De par ses statuts approuvés par le Gouvernement français, l'Association continuera d'exister pendant les 5 années qui suivront la conclusion de la paix, afin :

1^o De faciliter le retour à la vie normale de tous les confrères grièvement blessés par la guerre, en leur donnant ou en leur avançant, comme une dette d'honneur, les moyens nécessaires pour se rétablir ;

2^o D'aider dans les régions envahies à la reconstruction des maisons détruites et de concourir à la reconstitution des cabinets dentaires dévastés par l'ennemi de façon à permettre aux dentistes de reprendre l'exercice de la profession.

Les membres du Bureau et les administrateurs de l'Association représentent les principaux dentistes français avec un Comité de patronage composé des dentistes les plus distingués de la France, et l'organisation est régie par des statuts conformes aux lois françaises. Les hommes qui sont à la tête de l'*Aide confraternelle* sont par eux-mêmes une sérieuse garantie de la force de cette Association et de l'esprit de sagesse, de philanthropie et d'économie avec lequel ses bienfaits seront accordés. Fondée en mars 1915, l'Association a réuni jusqu'à présent 64.968 fr. 05¹, versés presque totalement par des dentistes français ; proportionnellement au temps depuis lequel l'Association fonctionne, cela représente plus de 16.000 fr. versés par année, ce qui, eu égard à l'étendue et à l'importance du but pour lequel des ressources sont absolument nécessaires, est maigre et tout à fait insuffisant.

1. La souscription atteint à ce jour 98.000 fr.

La profession dentaire d'Amérique est invitée à contribuer à grossir un fonds destiné à venir en aide aux confrères dépouillés de ce qu'ils possédaient et dans le besoin, ainsi qu'à leurs familles, dans la zone de guerre de nos alliés. Cette question se présente sous un double aspect. Le premier a un caractère personnel, intime et évident, parce que la demande de secours émane de nos confrères dans la détresse. Dans tous les cas locaux où un appel a été adressé à la profession dentaire américaine, il y a été répondu largement et rapidement, c'est-à-dire quand nous avons compris et senti que le besoin se manifestait dans les limites de notre pays. Or nous prétendons que c'est précisément le cas.

La guerre qui a lieu est maintenant notre guerre, nous en partageons les conséquences avec nos alliés, notre pays s'est agrandi par suite de l'état de guerre de façon à comprendre tous les confrères des nations de l'Entente parmi les membres de notre famille professionnelle immédiate. Nous répétons que « ces confrères qui ont tout perdu, doivent être secourus uniquement en raison de ce sentiment d'humanité, de compassion et d'assistance qui caractérise tout être humain digne de ce nom dans ce torrent de folie mondiale : le sentiment d'amour fraternel ». Nous croyons que ce sentiment est très vivace chez tous ceux qui luttent pour les bienfaits communs d'une égale justice et d'une égale liberté, bienfaits dont personne ne peut à bon droit jouir sans les payer sous forme de biens quelconques qu'il peut posséder en services ou en espèces. Nous savons que les demandes d'assistance nécessitées par l'état de guerre sont nombreuses et que chacune est pressante; néanmoins, l'accueil de ces demandes est imposé par la guerre et personne ne peut se soustraire à l'obligation de contribuer pour sa part, même si c'est le sacrifice final, pour aider à atteindre le but. Dans le cas présent, où l'appel n'est pas adressé pour un besoin général, mais pour un besoin particulier, une demande d'assistance adressée aux dentistes en faveur de leurs confrères, l'occasion ainsi offerte est à la fois un devoir et un privilège. Avec une action rapide, un peu d'abnégation, et un instant de réflexion sur le bien incommensurable qui résultera d'une réponse cordiale de la profession dentaire américaine à cet appel en faveur de nos confrères français et belges qui souffrent et de ceux qui leur sont chers, la profession doit mettre sans retard les fonds demandés à la disposition de l'*Aide confraternelle*.

Nous prions tous ceux qui liront cet appel de considérer qu'il leur est personnellement adressé. Nous demandons aux rédacteurs en chef de tous les journaux dentaires de reproduire cet appel dans leurs publications et de recevoir les versements qui leur seront faits, lesquels peuvent être adressés directement au Trésor-

rier de l'*Aide confraternelle*, M. Fontanel, 1, rue Vercingétorix, Paris. Le *Dental Cosmos* sera reconnaissant de toutes les offrandes envoyées à son Bureau de rédaction à son Rédacteur en chef, qui les fera parvenir. (*The Dental Cosmos*, janvier 1918.)

A la suite de son article, notre ami le D^r Kirk a envoyé à notre directeur une lettre accompagnée d'un chèque de 1.399 fr. 50 représentant une première souscription dans laquelle se trouvait compris le reliquat de 400 fr. provenant du Congrès dentaire international de Saint-Louis.

Le D^r Kirk a du reste publié la note suivante dans le n^o d'avril 1918.

L'Aide confraternelle.

En réponse à notre appel de janvier nous avons reçu les versements suivants pour l'Aide confraternelle.

Société dentaire de Reading.....	25	dollars.
H. H. Wilson, Phoenix.....	10	—
Moris Mestel, New-York.....	5	—
N. P. Mac Dermid, Charleston.....	10	—
W. C. Fisher, New-York.....	10	—
J. H. Oliver, Philadelphie.....	10	—
Harry Bear, Richmond.....	2	--
B. B. Detwiler, Herndon.....	1	—
Hubert L. Wheeler, New-York.....	50	—
Jules S. Sarrazin, La Nouvelle-Orléans.....	5	—
L. P. Bethel, Columbus.....	10	—
Bureau du 4 ^e Congrès dentaire international...	82,50	—
E. C. Kirk, Philadelphie.....	25	—
J. W. Jungmans, Cleveland.....	5	—
	<hr/>	
	250,50	—
	(1399 fr. 50)	

Nous espérons que ce modeste commencement présage une expression de sympathie plus large de la part de la profession dentaire d'Amérique pour leurs confrères dépouillés et malheureux d'au-delà de l'Océan. Toutes les sommes reçues seront rapidement transmises et mentionnées dans les numéros suivants. Nous sollicitons votre prompt et large contribution.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Emile BORCIER

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère, M. Emile Borcier, dentiste militaire, décoré de la Croix de guerre, tombé au champ d'honneur le 5 avril 1918, à l'âge de 25 ans, à Camelin (Aisne).

Nous adressons nos très sincères condoléances à sa famille et notamment à son père, M. Borcier, également notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F.

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous relevons avec plaisir les citations suivantes :

Paul BASTIEN, étudiant en chirurgie dentaire à l'Ecole dentaire de Lyon, classe 1916.

« Infirmier plein d'entrain, insouciant du danger et se dépensant sans compter.

» Le 30 mars 1918, pendant le bombardement d'une batterie voisine, est allé volontairement panser les blessés de cette batterie, privée momentanément de personnel médical. »

Ordre du régiment du 21 avril 1918. Croix de guerre.

HIRIART (Jean), dentiste militaire du régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

« En l'absence d'un médecin du régiment, l'a remplacé dans un poste de secours de bataillon et avec le plus grand dévouement a collaboré au service de secours et d'évacuation des blessés, conservant un calme parfait sous un vif bombardement. »

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. Bouchard, dentiste militaire, a eu la douleur de perdre son père, M. Pierre Bouchard, le 22 mai, à l'âge de 67 ans.

Nous adressons à notre confrère nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Université de Paris. — Faculté de Médecine.
Année scolaire 1917-1918.

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

EXAMENS, SESSION de Juin-Juillet 1918.

I. — *Nouveau régime* (décret du 11 janvier 1909).

1^o Examen de validation de stage dentaire.

La session s'ouvrira le lundi 18 juin 1918.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de 2 années régulières de stage. Ces certificats devront être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 27 et mardi 28 mai 1918, de midi à 3 heures.

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

2^o 2 premiers examens de fin d'année et 1^{re} partie du 3^e.

La session s'ouvrira le lundi 1^{er} juillet 1918.

Les consignations seront reçues au secrétariat de Faculté, les lundi 17 et mardi 18 juin 1918, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit et douze inscriptions.

3^o 2^e partie du 3^e examen de fin d'année.

La session s'ouvrira le lundi 22 juillet 1918

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 8 et le mardi 9 juillet 1918, de midi à 3 heures en faveur des titulaires du certificat à la 1^{re} partie de ces examens.

N.-B. Les candidats aux 3 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 le 2^e et chaque partie du 3^e examen ; 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.

II. — *Ancien régime d'études* (décret du 25 juillet 1893).

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le lundi 13 juillet 1918.

Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de

Médecine de l'Université de Paris, les lundi 17 et mardi 18 juin 1918.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 28 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 les cas.

N.-B. — Pour renseignements et pièces à produire en vue des examens, s'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n^o 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Le Doyen de la Faculté : H. ROGER.

Commission d'étude des appareils et instruments de Stomatologie.

Le Ministre de la Guerre a décidé la création, au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé, d'une commission d'étude des appareils et instruments de Stomatologie.

MM. Blatter, Frey, Godon, Hugenschmidt, Papillaud, Sauvez, ont été nommés membres externes consultants de cette commission.

Ils seront convoqués à titre consultatif aux réunions de cette commission chaque fois qu'une question afférente aux appareils et instruments concernant la Stomatologie figurera à l'ordre du jour.

Chirurgiens-dentistes de la Marine.

Nous relevons avec plaisir dans l'*Officiel* du 29 mai les nominations suivantes :

A l'emploi de médecin de 2^e classe, *chirurgien-dentiste*, les médecins de 2^e classe auxiliaires chirurgiens-dentistes Pierret, Guilbeau.

A l'emploi de médecin de 3^e classe, *chirurgien-dentiste*, le médecin auxiliaire chirurgien-dentiste Nicot.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux promus.

Mariages.

Notre confrère, M^{lle} Eva Schilmann a épousé le 28 mai M. André Reitzaum.

Le mariage de notre confrère M. Luiz de Conzaga Pacheco avec M^{lle} Claire Chalu, a eu lieu le 27 avril 1918.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE ET TRAITEMENT DE LA CONTRACTURE DU PTÉRYGOÏDIEN EXTERNE

Par le D^r Maurice ACHARD,

Stomatologiste des hôpitaux de Marseille,
Médecin-major de 1^{re} classe au Centre maxillo-facial de la XVII^e région.

Les cas de contracture isolée du ptérygoïdien externe, très rares dans la pratique médico-chirurgicale en temps de paix, ne semblent pas avoir été plus fréquents au cours de la guerre actuelle. Du moins la littérature professionnelle ne nous a-t-elle que peu documenté sur ce sujet et c'est à peine si, dans les différents rapports des Centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale, nous trouvons une brève allusion faite par nous vers novembre 1916.

Quoi qu'il en soit, la contracture pure du ptérygoïdien externe, sans lésion osseuse du maxillaire inférieur, offre des caractères si spéciaux et un tableau clinique si particulier qu'il n'est pas sans intérêt d'en esquisser ici les traits essentiels et d'indiquer les moyens thérapeutiques originaux que nous avons employés et les résultats obtenus.

Le cas typique que nous avons relevé dans notre service concernait un jeune soldat, Est... Henri, âgé de 22 ans, blessé par une balle qui pénétra à la partie antérieure de la joue gauche et alla sortir au niveau de la région sous-orbitaire droite, en créant une simple plaie en séton sans lésion des maxillaires supérieur et inférieur.

Pendant son trajet la balle fut partiellement dépouillée de son enveloppe métallique dont trois débris furent projetés dans les différentes régions suivantes, nettement loca-

lisées par des épreuves radiographiques faites de face et de profil.

1° Un gros fragment se trouvait inclus dans les parties

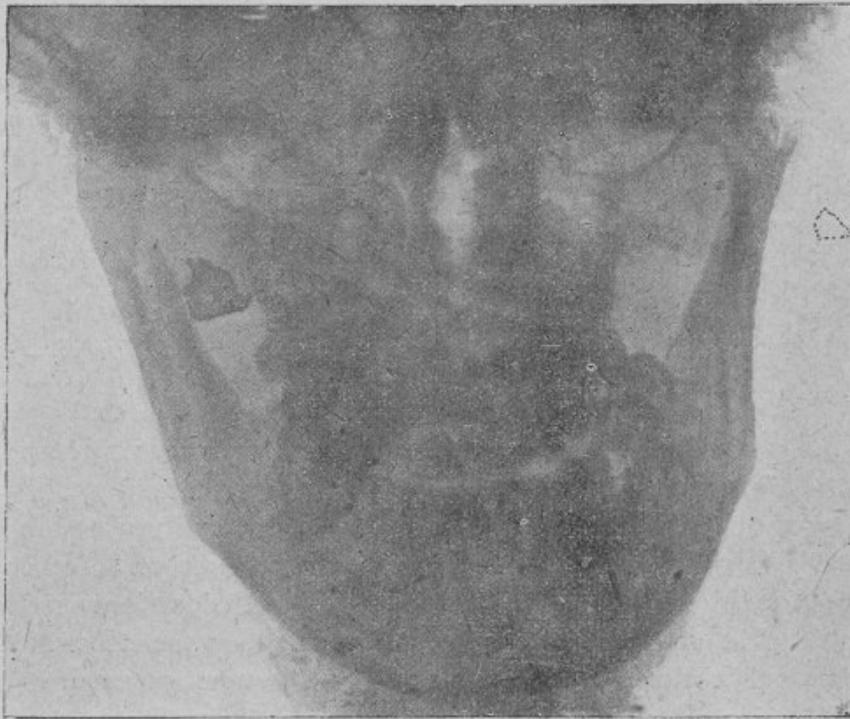


Fig. 1. — Radiographie avant l'extraction des projectiles. On voit :

- 1° Un gros fragment de projectile au milieu du ptérygoïdien externe droit.
- 2° Un fragment de projectile moins gros à la partie superficielle de la région temporo-maxillaire gauche et assez pâle sur cette épreuve positive.
- 3° De petits débris métalliques avoisinant ce dernier fragment de projectile.

molles profondes avoisinant l'insertion antéro-interne du ptérygoïdien externe droit.

2° Un fragment moins volumineux, mais plus superficiel, alla se loger au niveau du tiers supérieur de la branche montante gauche du maxillaire inférieur.

3° Un petit fragment resta fixé à la partie droite de l'épine nasale inférieure.

Ces débris métalliques avaient déterminé une légère tuméfaction des joues droite et gauche avec induration au niveau de la région massétérine droite. Aucun écoulement nasal.

La lésion principale consistait en une constriction très serrée des mâchoires ne permettant qu'un écart spontané



Fig. 2. — I. Avant traitement bouche fermée.
II. Avant traitement bouche ouverte.

de 5 m/m au niveau des incisives, accompagné aussitôt d'une légère déviation vers la gauche. Le maxillaire inférieur était intact et le jeu des condyles sans altération appréciable à l'exploration digitale.

Comme traitement préliminaire de la constriction, on fit sous anesthésie générale l'extraction des projectiles repérés par les épreuves radiographiques. Le plus volumineux, situé dans la fosse ptérygo-maxillaire droite au voisinage de l'insertion interne du ptérygoïdien externe, fut extrait par une incision parallèle au bord inférieur de l'os malaire droit. Ce projectile mesurait un centimètre carré de surface, était lamellaire et enroulé partiellement sur lui-même. Les

autres débris métalliques, situés au niveau du tiers supérieur de la branche montante gauche du maxillaire inférieur et de l'épine nasale inférieure, furent aisément extraits et ne donnèrent lieu à aucune complication.

Dès que les suites opératoires furent terminées on commença le traitement mécanique de la constriction des mâchoires au moyen de pinces diverses pour obtenir progressivement un écart suffisant des arcades dentaires. Ces moyens thérapeutiques étaient combinés avec le massage bi-quotidien des régions massétérides droite et gauche.

La légère tuméfaction et l'induration des joues droite et gauche disparurent assez vite sous l'action du massage, mais les manœuvres d'écartement des arcades dentaires amenèrent bientôt une latéro-déviations à gauche du maxillaire inférieur de plus en plus prononcée avec projection en avant tant et si bien que le blessé lui-même s'alarma de cette déformation qui n'avait aucune tendance à la réduction spontanée et qui se reconstituait dès que l'on cessait les tractions manuelles qui la corrigeaient momentanément et non sans effort.

Pour établir un diagnostic pathogénique complet, de nouvelles radiographies furent faites qui démontrèrent d'une façon précise qu'il n'existait aucune lésion des condyles, des branches montantes ou de l'arc mandibulaire lui-même et qu'il ne se trouvait aucun projectile inclus dans les parties molles profondes ou superficielles des groupes masticateurs. L'examen des régions temporo-maxillaires et massétérides droite et gauche ne montra rien d'anormal soit dans le jeu des condyles, soit dans la consistance des muscles de ces régions. Seul le condyle droit paraissait plus saillant et placé plus en avant.

Les arcades dentaires ne se correspondaient plus sauf au niveau des incisives, où les dents G I et d² se touchaient par leurs bords. Les dents inférieures droites venaient s'inscrire à l'intérieur des dents homologues du haut tandis que celles du côté gauche passaient en dehors de celles de l'arcade supérieure du même côté.

Cette latéro-déviatiou à gauche avec projection en avant de l'arc mandibulaire était désormais définitive sans tendance aucune à la réduction spontanée, revenant aussitôt dès qu'elle était réduite par les tractions manuelles, et ne disparaissant plus ni dans l'occlusion ni dans l'ouverture des mâchoires.

A cette déviation s'ajoutait une constriction des mâchoires ne permettant qu'un écart spontané de 1 c/m à peine au niveau des incisives et qu'on ne pouvait essayer de combattre sans amener immédiatement une augmentation de la latéro-déviatiou.

Devant ce tableau clinique, constitué à l'origine uniquement par une constriction des mâchoires consécutive à l'inclusion de débris métalliques dans la région des masticateurs sans lésion osseuse aucune des maxillaires, on ne pouvait raisonnablement penser à une luxation unilatérale de l'articulation temporo-maxillaire droite, vu l'absence de la béance des mâchoires qui accompagne cette lésion.

Aucune fracture condylienne gauche n'expliquait non plus cette déviation à gauche de l'arc mandibulaire persistant dans l'ouverture et l'occlusion de la mâchoire. L'état des muscles masticateurs était normal.

Il ne restait donc plus qu'à déterminer l'influence probable de la lésion du ptérygoïdien externe droit créée par le projectile enlevé au voisinage de son insertion antéro-interne et à étudier son mode d'action propre.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Le projectile, qui avait été se loger dans la fosse ptérygo-maxillaire droite au voisinage de l'insertion antéro-interne du muscle ptérygoïdien externe droit, avait déterminé une lésion probable de ce muscle, accompagnée de contracture. Par ailleurs, la lésion superficielle de la région massétérine gauche avait amené une constriction de la mâchoire, qui dans les premiers temps fit obstacle à l'action propre du ptérygoïdien externe, laquelle ne peut se produire que

pendant une certaine ouverture buccale avec relâchement complet des éleveurs.

Après l'extraction des projectiles, la contracture des éleveurs du côté gauche ayant rapidement disparu, on commença les manœuvres d'écartement progressif des arcades dentaires.



Fig. 3. — Après traitement chirurgico-prothétique. Les gouttières ajourées sont encore scellées, mais le guide métallique à droite est enlevé.

C'est à ce moment que, dégagé des obstacles créés par l'engrènement des dents et la constriction des éleveurs gauches, le ptérygoïdien externe droit contracturé commença à manifester librement son action en déviant de plus en plus le maxillaire inférieur vers la gauche avec projection en avant.

Dès cette période de latéro-déviations et de projection, le maxillaire inférieur conserva cette déformation qui put augmenter encore un peu, mais sans dépasser les limites de la course condylienne droite et gauche. De plus les tentatives pour vaincre la constriction restante de la mâchoire, constriction de $1/2$ c/m au niveau des dents antérieures,

restèrent inefficaces et nous le comprendrons en passant à l'étude pathogénique de la latéro-déviaton due à la contracture du ptérygoïdien externe.

PATHOGÉNIE.

Le ptérygoïdien externe s'insère d'une part au niveau du col du condyle et du ménisque articulaire et de l'autre au bord externe de l'apophyse ptérygoïde et du bord postérieur du maxillaire supérieur. De ces deux insertions l'une, la postérieure, est plus élevée et mobile, l'autre, l'antéro-interne, est fixe et légèrement plus basse.

Lorsque ces deux muscles, droit et gauche, se contractent synergiquement, ils sont uniquement abaisseurs et propulseurs de la mandibule, leur action amenant les condyles en bas et en avant qui viennent alors se placer sous le tubercule zygomatique.

Mais lorsqu'un seul des ptérygoïdiens externes se contracte soit volontairement, soit sous l'influence d'une lésion du muscle ayant amené sa contracture, le maxillaire inférieur subit une déviation, commandée d'une part par le mode d'insertion de ce muscle et, d'autre part, par la forme et l'étendue de la cavité glénoïde.

L'insertion antéro-interne, fixe, étant plus basse que l'insertion condylienne mobile et postérieure, le condyle est d'abord attiré en bas, ce qui a pour effet immédiat le décalage des incisives par abaissement du maxillaire inférieur. Cet obstacle incisif disparaissant et l'action du ptérygoïdien externe contracturé persistant, le condyle de ce côté est attiré, désormais uniquement en avant et en dedans, car les insertions internes et externes sont sensiblement alors sur le même plan horizontal. Le maxillaire inférieur, suivant ce mouvement, continue à être projeté en avant et à être plus dévié vers le côté opposé.

Il pourrait sembler n'y avoir aucune limite à cette action du muscle ptérygoïdien externe contracturé. Pourtant deux obstacles osseux créent une barrière à son action persis-

tante. D'un côté le condyle déplacé en avant est arrêté par la surface inclinée du tubercule zygomatique, tandis que le condyle opposé, rencontrant la surface postérieure de la cavité glénoïde, résiste à tout mouvement ultérieur en arrière.

La contracture du muscle a atteint ici sa limite d'action et constitué la forme fixe définitive de sa lésion, par la barrière solide de surfaces osseuses qui s'opposent à toute action ultérieure et à tout nouveau déplacement. Désormais la latéro-déviations avec projection en avant persistera avec la contracture du muscle, sans progresser, mais sans aucune tendance non plus à décroissance.

Ce déplacement des condyles, ainsi coincés d'un côté et de l'autre par le tubercule zygomatique et le fond de la cavité glénoïde, explique aussi la constriction secondaire à la contracture du ptérygoïdien externe, car désormais les condyles ne peuvent plus répondre aux conditions articulaires de projection en avant, nécessaires aux mouvements d'abaissement de la mâchoire.

En effet les mouvements d'abaissement et de latéralité de la mâchoire ne peuvent se combiner que dans de très étroites limites de la course condylienne au delà desquelles ils agissent d'une façon inversement proportionnelle; c'est-à-dire que si les mouvements d'abaissement ont atteint leur extrême limite, les mouvements de latéralité sont impossibles, vu l'obstacle opposé par la barrière du tubercule zygomatique. Dans le cas de déviation latérale extrême d'un même côté, les condyles ne peuvent plus être projetés en avant et les mouvements d'abaissement sont par cela même impossibles. C'est ce qui a lieu dans la contracture d'un ptérygoïdien externe seul et qui ne disparaîtra qu'avec la lésion de ce muscle.

TRAITEMENT.

Le traitement des désordres causés par la contracture du ptérygoïdien externe, latéro-déviations du côté opposé cave,

projection en avant et obstacle à l'écartement des mâchoires, a consisté d'abord à enlever l'épine irritative, cause de la lésion du muscle.

Dès que le projectile incriminé fut extrait on constata que l'on pouvait ramener par des tractions manuelles, sans anesthésie, le maxillaire inférieur en bonne occlusion, mais que la latéro-déviation se reproduisait aussitôt que l'on cessait de maintenir la mâchoire en position normale.

Pensant que le muscle n'avait subi qu'une atteinte peu profonde n'ayant pas abouti à la sclérose, on décida de recourir d'abord à un traitement prothétique pour maintenir le maxillaire inférieur en bonne position, une fois la latéro-déviation corrigée.

A cet effet, on scella sur chaque arcade dentaire une gouttière métallique ajourée avec un guide métallique amovible fixé à droite à la gouttière du bas et venant coulisser dans une glissière soudée à la gouttière du haut.

Lorsque les gouttières furent scellées on ramena par des tractions manuelles le maxillaire à sa position normale et l'on plaça immédiatement le guide métallique à droite qui maintint ainsi désormais le maxillaire corrigé de sa déviation latérale gauche.

Cet appareil prothétique fut porté pendant six mois sans interruption ; au bout de ce temps on enleva le guide pour se rendre compte du résultat et on constata malheureusement que la déviation se reproduisait immédiatement aussi complète qu'auparavant.

L'atteinte du muscle était donc plus profonde et plus complète qu'on n'avait pu penser au premier abord et semblait devoir nécessiter le port indéfini de l'appareil prothétique.

C'est pour obvier à cette perspective peu encourageante pour le blessé que l'idée nous vint de lui proposer une désinsertion de l'attache condylienne de son ptérygoïdien externe droit contracturé.

Cette opération, que nous avons déjà faite pour les muscles masséters dans les cas de constriction unilatérale im-

putable aux contractures de ces muscles, n'avait jusqu'ici pas été entreprise pour les ptérygoïdiens externes.

Nous la fîmes en collaboration avec M. le professeur Dieulafé, directeur du Service, en nous servant de la technique suivante tout à fait personnelle et originale.

Après incision parallèle au bord inférieur de l'arcade zygomatique surplombant l'échancrure sigmoïde, on dégagaa aussi bien que possible l'accès de cette échancrure et par la voie ainsi rendue libre on reconnut le condyle du maxillaire par le toucher, digital et on repéra l'insertion externe du muscle ptérygoïdien externe.

Avec une rugine on dégagaa autant que l'on put le condyle de l'insertion du ptérygoïdien externe et lorsqu'après des explorations digitales répétées on considéra la désinsertion suffisante on tarit par compression l'hémorragie peu importante de la plaie qu'on sutura après drainage.

Cette intervention terminée on remit le guide en place, et la plaie se cicatrisa sans hématome appréciable, ni suppuration une dizaine de jours après.

Pendant deux mois le blessé garda son appareil sans interruption et à ce moment, lorsqu'on enleva le guide, on put constater que la déviation latérale à gauche ne se reproduisait plus.

Le traitement mixte chirurgico-prothétique avait donné cette fois un résultat complet définitif et posé désormais une règle de conduite et une thérapeutique propre au traitement de la contracture du ptérygoïdien externe d'un seul côté.

Actuellement le blessé peut enlever son guide pendant plusieurs jours sans que la déviation reparaisse et la constriction des mâchoires elle-même disparaît à son tour sans aucun traitement spécial que les propres fonctions de mastication du patient.

**UN CAS DE CURETTAGE ALVÉOLO-RADICULAIRE
(MAXILLOTOMIE)
SUR LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE**

Par le D^r A. POULIO.

Le curettage alvéolo-radicaire que j'ai proposé de dénommer maxillotomie est une opération de la plus grande importance, mais malheureusement, si son exécution sur les dents antérieures et sur la première petite molaire est facile, elle est un peu sérieuse sur la deuxième petite molaire, plus sérieuse encore sur la première grosse molaire, dangereuse sur la deuxième grosse molaire, dangereuse et difficile sur la dent de sagesse.

L'opération sur le maxillaire supérieur dans la région des grosses molaires est dangereuse à cause du sinus maxillaire, dont le fond est souvent très rapproché des apex des racines vestibulaires. En ouvrant et curettant le foyer de la suppuration on peut, par hasard ou par négligence, perforer le fond du sinus et l'infecter.

L'opération sur le maxillaire inférieur dans la région des grosses molaires est dangereuse à cause de l'artère maxillaire inférieure, qui passe un peu au-dessous des apex des racines, car en la pratiquant on peut blesser l'artère. Dans ce cas on aurait à combattre une hémorragie très désagréable.

Il y a néanmoins des cas exceptionnels où l'on ne peut résister à la tentation de pratiquer une maxillotomie même sur une dent de sagesse inférieure.

Tel était le cas de M^{lle} M. N., qui avait des dents assez mauvaises.

Les dents suivantes lui manquaient $\frac{8, 7, 6}{7, 6} \mid \frac{6, 7}{6, 7}$

La $\overline{8}$ était atteinte par suite de pyorrhée alvéolaire à un degré très avancé. La dent était très ébranlée et ne pouvait être employée comme support pour un bridge.

La $\overline{8}$ de l'autre côté était très cariée. C'était un qua-

trième degré compliqué d'un abcès chronique. Sur la gencive se trouvait une fistule d'où le pus s'écoulait sous la pression du doigt. La dent était bien fixée dans l'alvéole et n'était pas atteinte de pyorrhée alvéolaire.

Pour améliorer la mastication je proposai à la malade l'extraction de la $\overline{8}$, et des appareils en haut et en bas pour remplacer les dents manquantes.

Elle s'y refusa et demanda une autre solution s'il était possible. Elle désirait des dents sans plaque.

Je me décidai alors à arranger le côté gauche où elle avait toutes les dents du maxillaire supérieur, et toutes celles du maxillaire inférieur sauf les première et deuxième grosses molaires.

Je fus alors obligé de guérir la dent de sagesse afin de la prendre plus tard comme support pour un bridge de $\overline{5}$ à $\overline{8}$.

Je fis une radiophotographie, qui me montra que la dent avait deux racines : la racine distale en bon état, et la racine mésiale avec un foyer de suppuration autour et au-dessous de l'apex.

Plus bas, un demi-centimètre à peu près, la photographie montrait une ombre produite par le canal dentaire.

J'essayai d'abord, après avoir enlevé toute la dentine ramollie, le traitement par les médicaments. Le résultat fut nul. Après un traitement de 3 mois $\frac{1}{2}$ la fistule persistait toujours. Je fermai alors les canaux radiculaires avec des points de gutta-percha trempés dans du ciment, et je me décidai pour la maxillotomie.

Jusqu'alors j'avais fait souvent cette opération, et j'étais sûr de la technique ; mais j'avais, dans ce cas, peur de blesser l'artère maxillaire inférieure. Pour plus de sûreté, je pris encore une radiographie et j'obtins la même image que la première fois. Je vis que l'artère était protégée vers la cavité de l'abcès par une couche d'os assez épaisse.

J'étais résolu à faire l'opération, et comme c'était une jeune dame, je fus obligé de la faire intra-buccale.

Après l'anesthésie régionale du nerf maxillaire en déposant le médicament près de l'orifice du canal dentaire, et

l'anesthésie locale de la partie vestibulaire de la gencive, mon assistant tira la joue de côté et en arrière. Je pratiquai une incision longitudinale dans la région des deuxième et troisième grosses molaires. Après avoir poussé de côté la gencive et le périoste, je trouvai facilement la partie nécrosée de la paroi extérieure de l'alvéole. J'élargis l'entrée de l'abcès ; j'enlevai toutes les granulations et la pointe de la racine dénudée et fortement rongée par le pus. Pour nettoyer la cavité de l'abcès je me servis comme d'ordinaire d'une fraise ronde et d'une curette. Je dois insister sur le fait que j'étais sur mes gardes en nettoyant le fond de la cavité qui était voisin du canal dentaire.

L'opération a parfaitement réussi. L'abcès est guéri, et la dent m'a servi deux mois plus tard comme support pour un bridge allant de la deuxième prémolaire à la dent de sagesse.

REVUE DE L'ÉTRANGER

VARIATIONS DANS LA QUANTITÉ DE SÉCRÉTION SALIVAIRE LIÉES A DES LÉSIONS CÉRÉBRALES

Par K. S. LASHLEY.

L'étude de la salivation marquée dans les diverses paralysies organiques a été entreprise dans la pensée qu'elle pourrait contribuer à la connaissance de la sécrétion corticale. Elle a porté seulement sur la glande parotide de 9 patients, atteints plus ou moins d'hémi-parésie ou d'hémiplégie. Les observations ont compris : 1^o des essais du volume de la sécrétion sans stimulation ; 2^o des essais de la section réflexe avec les stimulants gustatifs ordinaires ; 3^o des tentatives diverses pour amener l'inhibition de la sécrétion ; 4^o des essais de réflexes psychiques.

La sécrétion moyenne d'une seule glande parotide chez des sujets normaux varie de 0,5 cc. à 8 cc. par heure, jamais plus. La sécrétion de la majorité des sujets pathologiques se maintient dans ces limites. Chez trois des neuf patients examinés, on a observé cependant une sécrétion salivaire au-dessus de la normale ; à part cela, la proportion de sécrétion sans stimulation présente peu d'anomalie. Les différences dans les quantités sécrétées par les deux glandes ne sont pas, sauf pour ces trois patients, plus grandes que celles des sujets normaux et se maintiennent dans les limites de l'erreur possible du mesurage. Quand il y avait une différence marquée dans la quantité de salive sécrétée par les glandes droite et gauche, la plus grande sécrétion dans chaque cas se montrait du côté présentant le plus complet envahissement de la paralysie.

Il a été fait des essais de la sécrétion réflexe de tous les sujets pour la dilution des acides et autres stimulants gustatifs et de l'inhibition du réflexe par un grand effort musculaire. Chez tous les sujets, sauf quatre, ces réactions semblèrent normales à tous égards : les réflexes étaient prompts, l'inhibition de la sécrétion se produisait pendant l'activité musculaire normale et pendant les tentatives pour faire mouvoir les membres paralysés, la quantité de sécrétion obtenue était proportionnelle à la concentration des solutions stimulantes employées (chlorure d'hydrogène de 0,2 à 5,0 0/0). De nouveaux essais montrèrent la relation normale de la sécrétion à la stimulation des deux côtés de la langue, la sti-

mulation unilatérale excitant la glande du même côté davantage que de l'autre.

Les anomalies de sécrétion constatées chez les quatre patients qui ne se comportèrent pas normalement sont les suivantes :

J. H. Réflexes salivaires sub-normaux des deux côtés, avec temps de réaction grandement prolongé.

E. P. Sécrétion exagérée en l'absence de stimulation avec activité glandulaire plus grande du côté où la membrane musculaire était comprise dans la paralysie (à gauche), excitabilité plus grande de ce côté que de l'autre, absence de réaction différentielle à la stimulation des deux côtés de la langue pour la parotide gauche et peut-être perte de réflexes du côté gauche.

P. M. Sécrétion exagérée en l'absence de stimulation, avec inégalité de la sécrétion non-stimulée et de la sécrétion réflexe

J. E. Temps de la réaction réflexe prolongé avec inégalité de la sécrétion réflexe.

L'abondance de la salive, sauf si elle est excessive, doit être considérée comme l'indication d'une affection du mécanisme de déglutition et des muscles accessoires plutôt que d'une augmentation de sécrétion.

Les données fournies par ces observations ne sont pas assez étendues pour justifier des conclusions générales quant à la relation de la sécrétion anormale avec les symptômes de paralysie des moteurs. Il ne semble pas y avoir de rapport constant entre la sécrétion anormale et la paralysie faciale. Le mécanisme au moyen duquel l'augmentation de la sécrétion est excitée doit être expliqué comme le résultat d'une excitation continue des glandes.

(*Dental Cosmos*, juillet 1917.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement des taches de sang. — Employer une solution concentrée d'hydrate de chloral de 70 à 80 o/o et l'on enlève ainsi non seulement les taches récentes sur le linge, mais encore les taches remontant à 10 ou 20 ans. Humecter d'abord par une goutte d'acide acétique, puis faire tremper pendant plusieurs heures dans la solution.

Les taches de sang sur des objets blancs peuvent aussi être enlevées avec une solution d'eau oxygénée; mais il faut plusieurs heures si la tache est ancienne. (*Dent. Rec.*, juillet 1917).

Calmant de la douleur dans l'alvéole après l'extraction. — Plonger un petit morceau de laine dans du chloroforme pur et d'essence de girofle et le placer dans la cavité; en quelques secondes on éprouvera un soulagement. (*Oral Health*).

Remplaçant de la cocaïne. — En raison de la rareté actuelle et de la cherté de la cocaïne M. Hall, de Bournemouth, recommande le glycérolé d'amidon comme véhicule pour les applications locales.

Cet agent se conserve indéfiniment, ne s'évapore pas, ne sèche pas, peut s'appliquer sur la peau ou la muqueuse sans coton. En répandre seulement sur la surface une couche mince ou épaisse, comme on veut. Il s'absorbe très aisément se prépare à toute concentration, la cocaïne y étant soluble en toute proportion, commode à employer en badigeonnages, mais sans graisser.

Confection d'une couronne Richmond pour bicuspidée. — Préparer la racine comme d'ordinaire. Prendre la mesure de la gencive et adapter un ruban d'or à la racine, puis souder la plaque d'or à ce ruban. Préparer la racine pour un pivot et souder celui-ci à la plaque de fondation en or.

Prendre l'articulation et l'empreinte, se procurer une couronne de porcelaine de bicuspidée sans crampon de la dimension et de la longueur qu'elles ont dans une bonne manufacture. Adapter cette couronne à la préparation d'or plate au bord gingival, parfaire l'occlusion. Prendre le pivot qui vient avec la couronne de porcelaine, enlever cette portion destinée à la racine et retenir cette petite tige qui s'adapte à la couronne de porcelaine. Meuler cette tige en place dans une couronne de porcelaine afin qu'elle soit de niveau avec la base. Placer un petit mor-

ceau de cire d'abeilles au centre de la base d'or ; adapter la couronne de porcelaine contenant cette tige du crampon à la base d'or avec une légère pression. Retirer la couronne de porcelaine, en laissant le crampon de la cheville adhérer tout droit au ruban d'or par la cire.

Enlever le ruban du moulage de plâtre. Faire dans le bloc de charbon à souder un trou assez grand pour y mettre la cheville, y introduire celle-ci et mettre la plaque d'or de façon que ce ruban repose sur le bloc de soudure.

La tige du crampon qui demeure en place grâce à la cire peut y être maintenue par une pince à ressort, dont un des mors est introduit dans le côté du bloc de charbon, l'autre reposant sur le sommet du crampon. Souder le crampon à la base d'or avec une soudure à titre bas sans investir. Cimenter la couronne de porcelaine sur cette cheville et polir le ruban d'or. (*Dent. Sum*, juin 1917).

Amalgame aseptique. — Pourquoi obturer une cavité aseptique avec un amalgame septique ? S'il faut pétrir l'amalgame après le mélange au mortier, ne pas le faire avec la paume de la main et un doigt de la main. Se servir d'un doigt de gant stérilisé, y mettre l'amalgame et pétrir tout à son aise : celui-ci ne sera pas contaminé par quoi que ce soit se trouvant sur le doigt et la main de l'opérateur. Cela fait aussi bonne impression sur le patient. (*Pacif. Dent. Gaz.*).

Construction d'une couronne d'or s'adaptant bien. — Ce procédé de construction supprime toute irritation des gencives.

Préparation de la racine. — D'abord enlever toute carie, en laissant les cavités taillées comme pour un inlay. Ensuite enlever l'émail de la dent de la façon qui semble préférable dans chaque cas jusqu'à une ligne juste au-dessous du bord libre de la gencive, en prenant aussi peu d'émail que possible pour avoir la forme d'une cheville sur laquelle reposera la couronne finie. Cette ligne doit être la plus grande circonférence de la dent recouverte par la couronne ou, en d'autres termes, donner à la dent une forme de cheville, en coupant la pointe de celle-ci et l'aplatissant.

Construction de la couronne. — Préparer le ruban comme pour une couronne à coquille en l'ajustant aux lignes où elle est placée, sous le bord libre de la dent, en ayant soin qu'il ne recouvre aucune portion qui ne soit pas préparée. Mettre le ruban en place sur la racine et essayer l'ajustage du ruban. Le composé sortira où l'ajustage est imparfait. Réadapter jusqu'à ce que ce composé ne ressorte pas. Raccourcir le ruban pour l'articulation, donner le contour voulu et les points de contact avec les dents voisines. Enlever du ruban tout le composé, le remettre en position convenable sur la racine. Chauffer l'inlay de cire et fouler avec un instrument chaud, en ayant soin de remplir tout l'espace bien profondément. Placer l'excès de cire sur le sommet de la couronne et prier le patient de mordre pour prendre l'articulation. Puis tailler les pointes et ajouter de la cire pour le contour où cela est nécessaire. Alors c'est prêt pour le coulage.

Quoiqu'on puisse faire une couronne à coquille, s'adaptant bien, on peut l'abîmer en la plaçant, ce qui est impossible avec cette couronne.
(*Dent. Summ.*)

Moyen de rendre souples les tubes de caoutchouc. — Quand un tube de caoutchouc devient raide et dur, on peut le rendre souple en le mettant dans de l'eau chaude contenant 10 0/0 de glycérine. Ceci n'altère ni n'endommage nullement le caoutchouc ou la vulcanite.
(*Pacific Dent. Gaz.*)

Emploi des vieilles fraises à fissures. — Il y a bien des usages pour employer une fraise : ouverture dans l'émail pour extension d'une cavité, accès dans la surface linguale d'une dent antérieure pour enlèvement de la pulpe, sectionnement d'un vieil amalgame et maintes autres opérations. Prendre une vieille fraise à fissure, la meuler pour l'aplatir des deux côtés en laissant les deux bords avec les vieux tranchants. Puis meuler la pointe avec deux biseaux pour répondre au besoin. On obtient ainsi une fraise meilleure que si on l'achetait,
(*Pacific Dent. Gaz.*)

Réparation des défauts au bord des inlays. — Pour le bord gingival quand les défauts sont très communs, avec une petite spatule fondre sur le bord du moulage juste assez de cire pour remplir le défaut, mettre dans la cavité, forcer le moulage en place, passer un brunissoir chaud dans l'espace proximal, enlever le surplus de cire. S'assurer qu'il n'y a pas d'excès de cire sous le moulage autre que le défaut, enlever le moulage et la cire, couper un morceau de platine juste un peu plus grand que la cire suffisant pour déborder sur le bord de l'émail d'environ 1 mm., conformer le platine à la cire par une légère pression, introduire le moulage, la cire et le platine, tous à la fois, mettre le moulage en place en brunissant le platine sur le bord de l'émail, enlever, investir et souder comme précédemment. (*Dent. Rev.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 13 janvier 1918.

PRÉSIDENCE DE M. JEAY.

(Suite et fin.)

III. — CAUSERIE SUR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 22 MAI 1917, RÉGLEMENTANT L'EMPLOI DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES ET LEUR PRESCRIPTION PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE.

M. Georges Villain prend place au fauteuil présidentiel et donne la parole à M. Jeay pour sa communication.

M. Jeay. — Vous avez certainement tous lu les numéros des 30 juin et 30 juillet 1917 de l'*Odontologie* et vous avez pu y prendre connaissance, d'une part, de la note de la rédaction, et, d'autre part, du travail du rapporteur de la commission sur l'arrêté relatif à l'application de la loi du 12 juillet 1916 et du décret du 14 septembre 1916, concernant le commerce et la détention des substances vénéneuses.

Ce décret faisait réserve de la question des dentistes en disant qu'ultérieurement un arrêté ministériel viendrait fixer « les conditions dans lesquelles peuvent être délivrées les substances nécessaires à l'exercice de cette spécialité ».

Cet arrêté ministériel prévoit deux sortes de médicaments, je veux dire prévoit que les dentistes, d'une part, auront le droit de prescrire certaines substances et, d'autre part, pourront détenir chez eux certains médicaments, dont on donne la liste détaillée, pour leur usage personnel, c'est-à-dire les médicaments qui leur sont nécessaires dans leur pharmacie, pour les usages professionnels courants.

Vous êtes par conséquent tous au courant et, si nous reprenons aujourd'hui la parole à ce sujet, c'est pour nous tenir à votre disposition et vous donner les renseignements complémentaires que vous croirez devoir nous demander.

Nous tenons néanmoins à bien vous faire comprendre toutes les difficultés que nous avons rencontrées. La Commission ministérielle nommée pour établir ce décret ministériel et ensuite cet arrêté était composée de savants absolument remarquables : la Commission qui s'est occupée de l'arrêté ministériel concernant les dentistes était présidée par un de nos toxicologues les plus réputés — vous m'excuserez de passer son nom sous

silence — mais ce toxicologue ignorait absolument les besoins de notre profession. S'ils n'ignoraient pas tout à fait les besoins du médecin qui a à se débattre journallement avec les exigences de la clientèle; ces savants ignoraient tout à fait les nôtres. Ils connaissent le côté dangereux des médicaments qu'on emploie, mais oublient parfois les grands services que ces médicaments nous rendent tous les jours. Nous avons eu de la sorte à combattre un esprit tout à fait adverse.

Au cours d'une de nos premières entrevues, lorsque nous avons demandé pour le dentiste le droit d'employer et de prescrire la teinture d'aconit, le président de la Commission, qui occupe un des plus hauts postes de la Faculté, a levé les bras au ciel en disant: « Ah! ça, jamais! » Il ignorait que les dentistes employaient la teinture d'aconit mélangée avec la teinture d'iode, que c'était là un médicament très efficace et n'ayant jamais empoisonné personne depuis 40 ou 50 ans que nous l'employons. C'est en somme parce que nous avons fait le siège de ce personnage éminent, et que nous l'avons raisonné, qu'il a bien voulu se rendre compte non seulement de l'utilité du médicament, mais de son peu de danger.

Je vous donne cet exemple entre beaucoup d'autres. Mais au fur et à mesure que les membres de la Commission étudiaient les médicaments dont nous avons fourni la liste, les mêmes difficultés se présentaient. Entre autres encore, la Commission refusait aux dentistes le droit d'avoir à leur disposition du sublimé; tout ceci vous montre l'état d'esprit en face duquel nous nous sommes trouvés.

Toujours est-il que la Commission nommée à l'Ecole a dû discuter pied à pied toutes ces questions et a tout de même pu obtenir une chose intéressante.

Vous savez que la loi de 1892 avait bien créé le chirurgien-dentiste, mais qu'elle avait complètement laissé de côté la question du « droit de prescrire », du chirurgien-dentiste. Jusqu'ici celui-ci n'avait pas, de par une loi, le droit de prescrire. Nos confrères qui sont prêts à soutenir la thèse opposée me diront ce qu'ils voudront: mais nous sommes bien sûrs de ce fait que jusqu'ici ce n'était que l'usage qui faisait que le chirurgien-dentiste, pour les besoins indispensables de sa profession, pouvait formuler: légalement il n'y était pas encore autorisé. De plus, nous considérons qu'à l'heure actuelle l'arrêté ministériel du 22 mai 1917 ne sera encore qu'une solution provisoire, car nous allons causer un peu de cet arrêté par lequel nous nous sommes réservé l'avenir, afin d'y pouvoir revenir quand les besoins de notre profession l'exigeront.

Néanmoins cette fameuse loi sur la pharmacie, sur l'exercice

de la pharmacie, sera sûrement reprise et aboutira un jour où l'autre et, ce jour-là, le droit de prescrire du chirurgien-dentiste sera bien défini.

En attendant, les légistes et les membres de la Commission ministérielle ont bien été obligés, à propos de la loi sur la vente des substances vénéneuses, de définir les conditions dans lesquelles ces substances pourraient être délivrées aux chirurgiens-dentistes et c'est l'essentiel.

Ces substances ont été divisées en trois tableaux.

Le tableau A comprend les substances toxiques dangereuses et il y a eu parmi celles-ci une restriction assez forte.

Le tableau B comprend les substances toxiques stupéfiantes ou narcotiques.

Enfin il y a le tableau C des substances simplement toxiques.

Il est évident que nous avons tenu à ne demander pour les tableaux A et B que les substances qui étaient absolument indispensables à l'exercice de notre profession. Néanmoins, à propos de ces deux tableaux, nous nous sommes réservé l'avenir, comme vous pouvez le voir par la lettre que nous avons publiée dans *l'Odontologie*, lettre qui a été adressée à M. Gauthier, rapporteur de la Commission ministérielle.

Nous avons eu bien soin de nous réserver l'avenir, car il est bien entendu que, si dans les tableaux A ou B une substance qui n'a pas été demandée par nous est reconnue par la suite comme ayant des propriétés nouvelles et utilisables pour notre profession, nous aurons toujours le droit de demander que cette substance soit ajoutée à la liste en question.

Je vous rappelle la phrase de cette lettre : (Il en donne lecture.)

Je peux vous citer un autre exemple : supposez que ces tableaux aient été antérieurs à la découverte de la novocaïne (on en a bien parlé, mais celle-ci n'a pas été inscrite). La novocaïne n'est pas un sel de cocaïne ou un de ses dérivés, c'est donc une autre substance, un autre alcaloïde. La novocaïne reste absolument libre, puisqu'elle ne figure pas sur la liste. Demain un autre anesthésique local du même genre sera peut-être découvert, il ne sera par conséquent pas porté sur ces tableaux A et B, de sorte qu'il restera absolument libre.

A propos du tableau C, nous avons pu obtenir que ce tableau reste entièrement libre, bien entendu, à la condition que les substances qu'il renferme ne soient demandées que pour des besoins professionnels. Néanmoins, il y a là-dedans toute une série de substances qui sont des médicaments d'usage interne et qui restent tout de même à la disposition du chirurgien-dentiste. Je vous donne un exemple : dans le débat de la thèse que nous

avons soutenue vis-à-vis des membres de la Commission nous avons fait valoir que la loi de 1892 avait donné au chirurgien-dentiste le droit d'anesthésie générale, tout simplement parce que dans certains cas, rares il est vrai, l'anesthésie générale devenait pour lui d'une nécessité absolue. Nous avons dit à la Commission: vous ne pouvez pas empêcher ce dentiste qui a le droit de pratiquer l'anesthésie d'avoir à sa disposition tous les médicaments nécessaires s'il lui survient une alerte, s'il a des précautions à prendre. De même nous avons soutenu cette thèse de ne pas enlever au dentiste le droit de donner un calmant à un malade qui, malgré les pansements locaux, pourrait continuer à souffrir. Par exemple il y a des périostites alvéolo-dentaires du maxillaire inférieur qui sont extrêmement douloureuses et impossibles à calmer complètement par un traitement local. Vous avez alors des calmants d'usage interne que vous pouvez ordonner à vos malades. C'est là ce que nous avons soutenu et alors tout le tableau C reste libre: par exemple, le dentiste a le droit de prescrire un mélange de sirop de chloral et de morphine, un cachet d'antipyrine ou de pyramidon. Je vous donne des exemples pour vous faire comprendre ce que je veux dire en ce moment.

C'est tout de même là un résultat puisqu'il n'y avait rien au point de vue légal et que nous avons obtenu de gens, qui n'étaient pas du tout disposés en notre faveur, non seulement le droit d'avoir chez nous certains médicaments, mais aussi le droit de prescrire certains médicaments, notamment ceux du tableau C.

Nous ne devons certainement pas crier victoire et tout ce que nous avons fait est certainement perfectible.

Nous avons mis à l'ordre du jour: Causerie sur la réglementation de la vente des substances vénéneuses, de manière à vous donner les explications que vous croirez devoir nous demander. Nous avons tenu à vous faire savoir que nous sommes à votre entière disposition pour faire telle ou telle nouvelle démarche qu'il serait utile de faire auprès de la Commission en question.

Il y a un paragraphe de l'arrêté ministériel du 22 mai qui a dû particulièrement vous intéresser, c'est celui de la cocaïne et de la morphine en nature.

La loi sur les substances vénéneuses défend la vente, même aux docteurs en médecine, de la cocaïne et de la morphine en nature. Là nous nous sommes trouvés assez embarrassés. Il fallait, vous le savez tous, que le dentiste ait la possibilité d'avoir de la cocaïne absolument pure.

Je prends un exemple: si vous voulez faire une pulpectomie par compression, vous êtes obligé de vous servir de la cocaïne pure. Si on dilue la cocaïne, si peu diluée qu'elle soit, elle n'agit

plus. De plus, le meilleur des odontalgiques est un mélange d'acide phénique et de cocaïne, ou d'acide phénique et de morphine fait extemporannément. Il fallait donc que nous ayons dans notre cabinet, pour notre usage personnel, ces produits qu'on avait interdit aux médecins eux-mêmes. Il nous a fallu exposer toute notre technique et l'impossibilité qu'il y avait pour nous de renoncer à l'emploi de ces substances en nature. Nous avons enfin pu obtenir gain de cause, mais on nous a dit : il faut respecter l'esprit du décret ; à vous de chercher un moyen qui vous permette d'employer la cocaïne sans qu'elle soit en nature, tout en étant suffisamment pure.

Il ne nous restait plus qu'un moyen, c'était de dénaturer la cocaïne, simplement dans son aspect, c'est-à-dire de lui incorporer une substance colorante.

C'est absurde, mais cela nous a été imposé. Nous n'avons pu faire autrement.

Alors nous nous sommes livrés à une série de petites expériences. M. Ledoux, qui est ici professeur d'Histologie et de Bactériologie, m'a aidé dans la circonstance.

J'ai d'abord pensé que nous avions plusieurs substances colorantes à notre disposition. Nous avons les colorants solubles dans l'eau, comme le bleu de méthyle, l'éosine, et ceux qui sont insolubles. Voici comment nous avons fait nos essais. Nous avons pris des dents qui avaient une carie non pénétrante. Nous avons choisi des sujets chez lesquels la dentine était moyennement calcifiée. (Démonstration au tableau noir). Nous avons sectionné l'apex et avec un équarrissoir très fin, de Conteneau, par exemple, nous avons élargi le canal radiculaire juste assez pour qu'une aiguille dentaire de seringue de Pravaz puisse y entrer à force. Nous avons ensuite injecté tout le canal radiculaire et la chambre pulpaire en exerçant une pression, aussi forte que possible. Tout de suite nous avons vu que le bleu de méthyle et l'éosine envahissaient toute l'épaisseur de la dentine. En résumé toutes les substances colorantes extrêmement diffusibles dans l'eau coloraient absolument les dents.

Nous avons ensuite étudié les colorants insolubles, mais d'origine organique, et nous avons fait des expériences avec le carmin de cochenille, le violet de gentiane.

J'ai là des coupes de dents injectées avec du carmin de cochenille qui vous montreront combien le colorant avait pénétré dans la dentine.

Ensuite nous avons étudié les colorants insolubles, mais d'origine minérale, c'est-à-dire le bleu de Prusse, le cinabre ou vermillon, et nous en sommes arrivés à conclure que seules ces subs-

tances colorantes insolubles d'origine minérale pouvaient être employées. En effet, si vous examinez ces coupes que je vous soumetts, vous verrez que le vermillon ne traverse pas la dentine, même en solution concentrée. Vous pouvez examiner ces dents à la loupe, vous verrez que l'injection a laissé la dentine absolument intacte.

Malheureusement nous étions obligés d'entrer dans des détails d'apparence ridicule, mais qui vis-à-vis de la Commission jouaient un rôle capital. Les membres, toujours hantés par cette idée d'empoisonnement possible, auraient rejeté cette coloration en rose parce que cette couleur aurait pu être confondue avec celle d'une poudre dentifrice.

De plus il y avait une question sur laquelle on avait attiré notre attention, c'est qu'il y a beaucoup de cocaïnomanes qui prisent la cocaïne et la coloration en rose de cette substance n'était pas un moyen d'éloigner les cocaïnomanes priseurs.

Nous nous sommes alors rejetés sur le bleu de Prusse, mais ce produit avait peut-être tendance à pénétrer dans les canalicules de l'ivoire. Regardez bien à la loupe ces coupes. C'était donc encore une substance à rejeter. On peut dire cependant que le bleu de Prusse avait l'avantage que son pouvoir colorant extrême permettait d'en employer une dose infime : 1 0/0 par exemple.

Ayant rejeté le bleu de Prusse, il nous restait deux substances au sujet desquelles nous devons prendre une décision : le noir de fumée et le noir animal. Le noir de fumée ne traverse jamais la dentine. Nous avons fait toute une série d'essais. Voici une collection de dents fortement injectées d'une solution concentrée : vous pouvez voir que la dentine est restée intacte. De plus tout le monde se souvient sans doute de ce fait qu'un professeur de l'Ecole de Philadelphie ou de Chicago, Kirk, je crois, a préconisé, pour la thérapeutique dentaire, un mélange arsenical qui contient du noir de fumée ou du noir animal.

Voilà donc un fait ; non seulement l'expérience que nous avons faite a prouvé que le noir de fumée ne pénétrait pas dans la dentine, mais en outre nous avons la bonne fortune d'avoir l'affirmation et les expériences très nettes d'un praticien distingué qui nous permettaient de dire que le noir de fumée était peut-être un colorant très sale à employer, mais ne pouvant pénétrer dans la dentine.

Mis en présence de cette obligation qu'il fallait absolument colorer la cocaïne, nous avons opté pour le noir de fumée.

Certains confrères ont pu se demander : Quelle nécessité y a-t-il à ce que le pharmacien nous vende la cocaïne avec un mélange de 5 0/0 de noir de fumée ? Nous répondons : « C'est parce

que cela nous a été imposé ». Nous nous sommes débattus comme des beaux diables, vous pouvez en être certains, mais il a fallu tout de même dénaturer la cocaïne, et c'est pour cette raison que nous avons demandé le noir de fumée qui est un corps extrêmement gros, et ne pouvant pénétrer dans la dentine. Ainsi nous avons respecté l'esprit de cette loi. Nous avons fait l'impossible pour nous soustraire à cette obligation et si l'arrêté ministériel nous oblige à employer cette cocaïne sale, c'est, je vous le répète, parce qu'on nous l'a imposé.

Je finis ma petite causerie en vous répétant que rien n'est définitif et que si les uns et les autres vous avez besoin de renseignements complémentaires, nous nous tenons à votre entière disposition pour vous les donner.

Plus tard la loi sur la pharmacie nous permettra de réparer nos oublis ou nos erreurs s'il en a été commis. Dans la lettre que nous avons adressée à M. Gauthier nous nous sommes réservé le droit de revenir sur ces questions-là.

DISCUSSION.

M. Georges Villain. — Avant de demander à chacun de vous s'il a quelques observations à faire à M. Jeay ou à lui transmettre quelque renseignement, je vous rappelle ce qu'il vient de vous dire : il faut l'aider dans la mise au point de cette question et surtout au point de vue de la défense des dentistes en ce qui touche l'utilisation des produits indispensables à l'exercice de notre profession.

M. Jeay s'est livré à un travail matériel comportant des recherches nombreuses et il s'est tenu en rapports avec des collègues et collaborateurs de l'école au point de vue pharmaceutique, histologique et même bactériologique. Il a dû faire de nombreuses démarches auprès des pouvoirs publics et des membres de la Commission, au ministère de l'Intérieur, à la Faculté de médecine, etc.; nous lui devons une grosse dette de reconnaissance pour toutes ces démarches, ainsi que pour tous ces travaux qu'il nous a exposés.

Les résultats qu'il a obtenus sont vraiment meilleurs que ce que nous pouvions espérer en ce moment-ci. Les solutions qu'il nous a exposées ne sont cependant pas définitives, puisqu'il a eu soin de réserver l'avenir et votre devoir à tous est maintenant de faire connaître vos desiderata de façon à ce qu'il puisse en prendre note, les examiner et les transmettre aux pouvoirs publics. De la sorte nous pourrions obtenir, s'il y a lieu, des améliorations à ce que nous avons déjà acquis.

Quelqu'un a-t-il des observations à faire sur l'emploi des substances vénéneuses ?

M. Amædo. — Tout d'abord je tiens à féliciter M. Jeay pour le travail si consciencieux, si sérieux, auquel il s'est livré concernant ces nouveaux décrets réglementant la vente des substances vénéneuses et toxiques.

J'ai eu dernièrement à faire une commande à la Société qui nous fournit habituellement les produits que nous utilisons couramment. Il y avait entr'autres choses dans cette commande de la créosote.

Or on m'a écrit en me disant qu'il était impossible de me délivrer ces substances en nature, pas même la créosote, et cela malgré ma signature de docteur en médecine.

M. Jeay. — C'est absolument faux. Le règlement n'a malheureusement pas été compris, hélas.

M. Amædo. — C'est la maison X... qui m'a répondu : aucun médicament en substance.

Il y avait aussi de la cocaïne dans ma commande ; elle aurait pu me dire : Nous ne pouvons pas envoyer la cocaïne, mais nous pouvons envoyer la créosote.

On disait de faire une formule, mais la loi de 1892 a été incomplète en ce sens qu'on a donné le droit aux dentistes d'employer l'anesthésie générale sans que d'autre part on leur donne le droit de formuler pour prescrire les médicaments qui peuvent leur être indispensables.

Il est évident que pour la teinture d'iode associée à l'aconit dans notre thérapeutique, il n'y a pas de mal, car nous n'employons jamais la teinture d'aconit en nature.

Il n'y a qu'à formuler : teinture d'iode et aconit et tous les pharmaciens vous donneront cela.

Il ne faut pas s'émouvoir à propos de cette loi : on a voulu mettre un terme à l'abus des stupéfiants. La loi a été faite, non pas dans le but de nous restreindre dans l'emploi de nos médicaments usuels, mais bien plutôt en vue d'éviter l'abus qu'en faisaient des gens extra-professionnels.

Si vous allez chez n'importe quel pharmacien, vous formulez ce qui vous est nécessaire et il vous livre ce que vous lui demandez.

Un exemple d'actualité en ce qui concerne les restrictions qu'impose actuellement l'Administration à propos du pain. Vous allez au restaurant, on vous donne un petit morceau de pain. Vous allez chez un boulanger, vous avez autant de pain que vous le voulez. Il est évident qu'il est préférable de faire ce qu'a fait M. Jeay, c'est-à-dire de s'adresser aux pouvoirs publics et de leur demander pour nous le droit de formuler et d'avoir les médicaments qui nous sont nécessaires.

M. Jeay. — Il y a quelqu'un qui m'a puissamment aidé dans la circonstance, c'est M. Godon, et cela a été pour nous une chance que M. Godon connaisse particulièrement le directeur du service des fraudes, M. Roux, chimiste très distingué, esprit tout à fait scientifique et pas sectaire, bien loin de là. Il a été pour nous un aide des plus précieux. Car la Commission n'était pas composée uniquement de médecins, d'autres membres étaient des chimistes et des industriels. Leur appui nous a été acquis et ils nous ont aidés à faire le siège du côté médical de la Commission.

Relativement à ce que nous a raconté M. Amædo concernant un droguiste ayant répondu qu'il ne pouvait pas livrer sa commande, je vous dirai que ce droguiste est tout à fait à côté de la question, car la vente de la créosote est tout à fait libre : elle n'est sur aucun des tableaux A, B et C.

Par conséquent le commerce de cette substance est libre et le droguiste en question vous a donné là une excuse fautive.

M. Amædo. — Il m'a probablement répondu ainsi parce qu'il n'en avait pas (On rit).

M. Jeay. — Dans la dernière lettre que nous avons adressée à M. Gauthier nous avons donné toute une série de formules. Ces formules n'ont pas eu d'autre but que d'expliquer à la Commission leur utilité, leur usage. Nous avons voulu donner des exemples de formules qui n'ont, bien entendu, rien de définitif ni dans leur forme, ni dans leurs doses. Ces formules peuvent varier. J'espère que je me suis bien fait comprendre ; nous n'avons pas voulu faire une sorte de Codex dentaire, mais nous avons pour chacune des substances des Tableaux A, B et C donné des exemples de formules, de manière à justifier la demande de ces substances. Je veux dire par là que si nos confrères voient les formules publiées dans l'*Odontologie*, mais emploient des formules différentes, ils restent absolument libres d'utiliser celles-ci, du moment que la dose maximum du médicament employé ne dépasse pas celle accordée.

M. Georges Villain. — Je suis votre interprète à tous en remerciant M. Jeay d'avoir bien voulu nous donner des explications sur le travail qu'il a fait et qui nous intéresse tous au plus haut point.

Selon l'ordre du jour, je devais vous entretenir ce matin des majorations des fournitures et du matériel professionnel et des assurances contre les accidents du personnel et contre l'incendie. Cependant vu l'heure avancée je ne voudrais pas vous retarder, il faudra par conséquent que nous revenions sur cette question. Je n'en dirai donc aujourd'hui que ce que j'estime indispensable.

Par suite de l'augmentation des matières premières il est de bonne précaution pour nous de réviser nos polices d'assurances en ce qui touche les matières premières et le matériel. Ces renseignements nous ont été fournis par nos conseils d'assurances de l'école et j'ai pensé qu'il était de notre devoir de vous les transmettre,

D'autre part je voulais vous rappeler aujourd'hui — parce que le dernier délai expire le 31 janvier — que chacun de nous est tenu, d'après la loi sur l'impôt cédulaire sur le revenu, de déclarer les sommes versées par tous les chefs de maisons à leur personnel. Cette loi nous atteint pour les mécaniciens, opérateurs, secrétaires que nous pouvons employer. C'est le 31 janvier au plus tard que vous devez faire votre déclaration si les sommes versées dépassent 3.000 francs. Or, pour nos mécaniciens, par exemple, nous allons souvent au-delà.

J'espère, lors de notre séance de février, pouvoir vous donner des indications plus précises sur l'ensemble des devoirs qui nous incombent par suite de l'application des lois fiscales récemment votées.

M. Pailliottin. — S'il y a des rétributions en nature, si on loge, si on nourrit son personnel, on doit l'indiquer.

M. Georges Villain. — Il y du personnel employé par nous qui est soumis à la déclaration dont je vous parle.

Si le total ne dépasse pas 3.000 francs, salaire, rétribution en nature et indemnité totalisés, il n'y a rien à déclarer.

Vous devez tenir compte de tout ce que reçoit le salarié comme indemnités en vivres, en matières et en argent. S'il reçoit plus de 3.000 francs par an, il faut faire la déclaration ; dans le cas contraire c'est inutile.

Cette loi nous oblige à tenir une comptabilité assez sérieuse à ce sujet.

Si le salarié n'a pas 30 jours de présence chez vous, il n'est pas nécessaire de le déclarer, s'il a 45 jours de présence, vous devez le déclarer.

En ce qui concerne l'assurance contre les accidents, pour notre profession on paye généralement 0 fr. 90 ou 1 fr. 0/0 des salaires.

L'assurance nous oblige à faire émarger les salariés, le livre peut être tenu d'une façon pratique au point de vue des assurances, comme au point de vue de la loi.

Nous reparlerons de tout cela à notre prochaine séance.

Personne ne demande plus la parole ?

La séance est levée à midi 5.

Le Président. CH. JEAY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SOLIDARITÉ DENTAIRE PENDANT LA GUERRE

En publiant ci-dessous le compte-rendu de la première Assemblée générale de l'Aide Confraternelle, nous sommes heureux de montrer les importants résultats qu'ont déjà obtenus les efforts persévérants de ceux à qui a été confiée la direction de cette œuvre de guerre si intéressante et dont la création a été décidée en 1915¹.

On verra que si tous les membres de la profession dentaire n'ont pas encore répondu aux appels répétés qui leur ont été adressés par les organisateurs, du moins, il y a eu parmi eux, assez de cœurs généreux non seulement en France, mais encore dans les pays étrangers, alliés ou neutres, pour permettre, grâce à leurs nombreuses souscriptions, de constituer, dès maintenant une Caisse de Réserve suffisante pour apporter aux confrères français ou belges victimes de la guerre, l'aide immédiate qu'imposent plus que jamais à tous aujourd'hui, les devoirs de la solidarité, une des principales raisons d'être de nos groupements professionnels depuis leur fondation.

L'ODONTOLOGIE.

I. EXTRAITS DES SÉANCES DU BUREAU ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS DU 23 FÉVRIER 1915.

.....
Extrait du procès-verbal du Bureau

Le Bureau est d'avis de procéder dès maintenant à la nomination de la Commission de souscription franco-belge en faveur des confrères éprouvés par la guerre, décidée dans une réunion précédente et propose au Conseil provisoirement une Commission de 9 membres pris parmi les membres du bureau de l'École, de l'Association et de la Fédération dentaire nationale.

.....
Extrait du procès-verbal du Conseil d'Administration.

Un Comité d'initiative est constitué avec MM. Viau, Martinier, Roy, Godon, d'Argent, Bioux, Fontanel, Pont, Blatter, pour organiser une souscription en faveur des victimes professionnelles franco-belges de la guerre. Le Conseil charge M. Viau de présider la première séance de ce Comité d'initiative.

L'AIDE CONFRATERNELLE AUX DENTISTES FRANÇAIS ET BELGES VICTIMES DE LA GUERRE

Association fondée le 2 mars 1915.

Déclarée conformément à la loi, le 11 septembre 1915.

*Sous le patronage des Groupements professionnels des trois Ecoles
dentaires reconnues d'utilité publique,*

*de la Fédération dentaire Nationale et de l'American
Dental club de Paris.*

PROCÈS VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 13 JUIN 1918.

L'Assemblée générale de l'*Aide confraternelle* a eu lieu le jeudi 13 juin 1918, dans une des salles de la mairie du VIII^e arrondissement, gracieusement mise à notre disposition par l'intermédiaire de M. le D^r Godon, adjoint au maire de cet arrondissement.

Étaient présents : MM. Anema, Barden, Berlioz, Bioux, Blatter, Fontanel, Frey, Godon, Grignon, Hervochon Prosper, Jeay, Martinier, Marseillier, Mercereau, Richaume, Robinson, Roy, G. Viau, G. Villain, H. Villain, Zzaoui.

MM. Davenport, Francis Jean et Robine s'étaient fait excuser.

La séance est ouverte à 5 h. 1/2 par M. G. Viau, président.

Dans une allocution très applaudie (que *L'Odontologie* publiera dans son prochain numéro), M. G. Viau retrace les origines de l'Association en insistant sur l'idée d'union de tous les Groupes professionnels qui avait présidé à sa fondation. Il adresse un souvenir ému à nos souscripteurs morts avant d'avoir vu le couronnement de l'œuvre à laquelle ils avaient participé si spontanément et si généreusement, en particulier : MM. Cruet et Heïdé. Il termine en faisant un appel chaleureux à la générosité de tous.

M. Barden donne ensuite lecture de son rapport de secrétaire général.

Ce rapport énumère les raisons pour lesquelles aucune Assemblée générale n'a été tenue jusqu'ici, bien que l'œuvre ait plus de trois ans d'existence. Il retrace ensuite les origines de l'Association, dont la première séance remonte au 2 mars 1915, conformément à une décision du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris en date du 23 février 1915¹. Il explique le fonctionnement des différents conseils qui administrent l'œuvre (Comité de patronage, Conseil de direction, Bureau). Il indique les moyens du propagande employés pour recueillir les fonds (circu-

lares aux dentistes français, appel aux directeurs des journaux professionnels étrangers et aux présidents des sociétés étrangères); il énumère les résultats obtenus dans chaque pays: aux Etats-Unis, en Angleterre, en Espagne, en Italie, au Canada, en Suède, en Australie; il trace le tableau chronologique de la propagande entreprise par le Bureau de l'*Aide confraternelle* montrant que l'œuvre s'est tenue constamment en rapport avec le public professionnel. Ensuite, ayant défini les buts éloignés de l'Association, il mentionne qu'elle a eu aussi à s'occuper des détresses actuelles et montre la nature des secours qu'elle a distribués. Il conclut en invitant tous les membres de l'Assemblée à se faire les collaborateurs constants du Bureau par une propagande intensive auprès de ceux qui n'ont pas encore souscrit.

M. Godon. — Tout en remerciant et en félicitant M. Barden de son excellent rapport, je me permettrai de lui adresser certaines observations: l'une porte sur une simple question de terme; je lui demande que le mot *charité*, qui a un sens peut-être un peu humiliant pour les secourus, soit remplacé par le mot *solidarité*.

L'autre porte sur l'omission du chiffre de 1.399 fr. 35 de la 1^{re} souscription américaine ouverte à la suite des articles de Kirk dans le *Dental Cosmos* et qui m'a été adressée par lui pour l'*Aide confraternelle* le 20 mars dernier.

Je rappellerai en outre qu'avant la fondation de l'*Aide confraternelle* les confrères américains ont adressé de grosses souscriptions pour la création et l'entretien d'œuvres dentaires de blessés de guerre français.

M. G. Villain. — Je crois qu'il serait bon d'ajouter à ce rapport, qui doit être distribué et qui servira de moyen de propagande, quelques éléments pratiques: je voudrais voir indiquer, par exemple, le nombre des personnes secourues, le tableau des sommes employées, etc...

M. Barden. — En ce qui concerne les remarques de M. Godon je ne vois aucun inconvénient à en tenir compte. Quant aux observations de M. G. Villain, je crois que les éléments pratiques dont il parle ont leur place tout indiquée dans le rapport du trésorier.

Lecture est ensuite donnée du rapport de M. Fontanel, trésorier de l'Association.

M. Fontanel indique le fonctionnement financier de l'œuvre et les résultats obtenus: 273 souscripteurs, dont 85 membres titulaires, ayant versé 85.538 fr. 30 au 31 décembre 1917. Les souscriptions s'élèvent, au 31 mai 1918, à 98.000 fr. Il a été déboursé en secours et prêts 10.227 fr. 55 en 200 versements environ.

L'Assemblée félicite M. Fontanel de son rapport et plus encore de son excellente gestion.

M. G. Villain. — Je crois qu'il serait bon de préciser le nombre des secours et des prêts d'honneur.

M. Martinier. — Je suis de l'avis de M. Villain, je crois qu'il y a grand intérêt, au point de vue propagande, à publier quelques exemples de distribution de fonds

M. Roy. — Je crois qu'il faudrait très nettement indiquer le nombre des secours distribués, qui est déjà important puisqu'il s'élève à 200 environ, en disposant ces secours dans les catégories où ils se placent tout naturellement.

M. Fontanel. — Je ne vois aucun inconvénient à donner satisfaction à MM. Villain, Martinier et Roy.

M. le Président met alors aux voix l'adoption du rapport du secrétaire général et du trésorier.

Ces rapports sont adoptés à l'unanimité.

Lecture est ensuite donnée de la liste du Comité de patronage, du Bureau, du Conseil de direction, des membres titulaires, composant l'Assemblée générale et lecture est faite des lettres des sociétés adhérentes désignant leurs délégués, qui sont acceptés :

MM. Jeay et Blatter, pour le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

MM. Marseillier et Frison, pour le Groupement de l'Ecole odontotechnique.

M. le Président informe l'Assemblée qu'il a reçu des bureaux de l'Association et de l'Ecole dentaire de Paris, une demande de modifications aux statuts, qui concerne les articles 10 et 12.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Godon, Villain, Roy, Martinier, Barden et Fontanel, les modifications demandées aux statuts sont acceptées par l'Assemblée générale, après amendement de M. Roy.

Le nouvel article 10 est ainsi conçu :

« Le remplacement des membres du Conseil de direction décédés ou démissionnaires est effectué par le Conseil de direction, ces membres étant choisis parmi les membres titulaires ou les membres du Comité de patronage.

» Le remplacement des membres du bureau décédés ou démissionnaires est effectué par le Conseil de direction qui choisit les remplaçants dans son sein.

» Ces choix sont soumis à la ratification de la prochaine Assemblée générale. »

Nouvel article 12 :

» Tous les ans au mois de juin se réunit l'Assemblée générale qui est composée des membres du Conseil de direction, des membres titulaires et des membres du Comité de patronage.

» Le Conseil de direction soumet à l'approbation de l'Assemblée sa gestion de l'année et cette Assemblée ratifie les décisions concernant le remplacement des membres du Conseil ou du Bureau décédés ou démissionnaires dans les conditions fixées par l'article 10. Les décisions de cette Assemblée ne sont valables que si elles sont votées à la majorité des membres présents.»

M. Blatter fait observer que la Fédération dentaire nationale, qui comprend la plupart des Sociétés professionnelles françaises, donne son patronage le plus large à l'*Aide Confraternelle* depuis sa création et que, si elle n'a pas adressé de souscriptions spéciales c'est que, par suite de la guerre, sa caisse est vide.

Sur la proposition de M. le Président, l'Assemblée décide que la F. D. N., les trois Ecoles reconnues d'utilité publique et l'*American Dental Club* figureront en tête du Comité de patronage.

M. Roy demande que, conformément au désir exprimé par M. Fontanel, une Commission des finances soit nommée par l'Assemblée générale. Elle comprendrait trois commissaires chargés de l'examen des comptes et de la rédaction d'un rapport sur la gestion financière.

Cette proposition est adoptée et sont nommés commissaires pour l'année 1918-19 : MM. Bioux, Roy, Villain Georges.

L'ordre du jour étant épuisé M. G. Viau lève la séance à 7 h. 1/4 en remerciant les membres de la Société qui ont considéré comme un devoir d'assister à cette réunion.

Le Secrétaire général : BARDEN.

SOUSCRIPTION

En faveur de l'œuvre de protection des réformés n° 2 ouverte par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Paris, le 4 avril 1918.

Mon cher confrère,

L'école dentaire de Paris désireuse d'apporter sa contribution à l'œuvre de protection des réformés n° 2 a offert à cette intéressante association philanthropique de mettre annuellement à sa disposition pour ses protégés, en outre des soins dentaires, un certain nombre d'appareils de prothèse dentaire gratuits. L'école Odontotechnique s'est associée à cette offre, limitée pour le moment à 100 appareils par école.

Le Bureau de notre Société a pensé qu'il pouvait faire appel à ses membres afin qu'ils joignent leur contribution personnelle à celle de l'école en s'engageant à faire exécuter un certain nombre

de ces appareils chez eux. Les adhérents pourront, s'ils le préfèrent, prendre simplement à leur charge les frais de confection d'un ou de plusieurs appareils exécutés à l'école et remboursés par le sociétaire adhérent, suivant le tarif de l'Assistance publique.

C'est en effet une manière de payer un tribut de reconnaissance modeste aux défenseurs du pays que les fatigues de la guerre ont mis hors d'état de combattre dorénavant.

Nous sommes assurés que cet appel sera entendu et que vous voudrez bien collaborer avec nous en nous promettant votre participation pour un nombre déterminé d'appareils gratuits, si minime soit-il, un, deux, trois ou davantage, suivant vos possibilités.

Nous vous serons obligés de nous faire part de votre adhésion le plus tôt possible.

Croyez, mon cher Confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Bureau.

Le secrétaire général,
G. VILLAIN.

Le Président,
Ch. GODON.

N. B. — Adresser les adhésions au secrétaire général, M. G. Villain, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

LA QUESTION DES ASSURANCES

A la suite de diverses questions posées par un de nos confrères au président de l'A. G. S. D. F., celui-ci a demandé à notre Conseil judiciaire une consultation que nous reproduisons ci-après, convaincu qu'elle intéressera nos lecteurs.

N. D. L. R.

Mon cher Président,

Je ne puis vous donner un avis absolument formel sur les différentes questions posées par votre confrère M. M... puisque je ne connais pas les termes de sa police. Mais je suppose qu'elle ne contient que les règles généralement admises en matière d'assurance.

Sous le bénéfice de cette observation voici quel est mon avis :

1° Il est exact que le décret du 10 août 1914 a suspendu jusqu'au jour de la cessation des hostilités l'effet des clauses des contrats stipulant une déchéance en cas d'inexécution dans un délai ou à une date préfixe.

Il suit de là que les assurés de *La Médicale* ont toujours leurs risques couverts, bien qu'ils n'aient pas payé leurs primes. La C^{ie} a d'ailleurs reconnu cette situation en ne faisant pas présenter les quittances. Il en serait de même pour le défaut de déclaration des sinistres dans un délai déterminé.

2^o Les assurés ne sont pas autorisés à l'inverse à considérer la police comme résiliée parce qu'ils n'ont pas acquitté leurs primes. La guerre n'a pas eu pour effet d'annuler les conventions des parties, mais seulement d'en paralyser momentanément l'exécution.

Ceux d'entre eux qui ont été mobilisés auraient d'autant plus mauvaise grâce à demander la résiliation de la police que la Société ne pouvait exercer contre eux aucune poursuite.

Quant aux autres, ils ne pouvaient être poursuivis que sur autorisation de justice, et pour des causes exceptionnelles.

Il suit de là qu'après la guerre la Société aura le droit de réclamer les primes demeurées impayées. Les débiteurs auront seulement la faculté, si le montant des primes accumulées est trop considérable, de demander terme pour le libérer.

3^o La résiliation de la police ne pourrait être encourue par la C^{ie} que si elle avait manqué à ses engagements sans pouvoir invoquer la force majeure.

Son engagement essentiel est de garantir les assurés contre le risque de responsabilité professionnelle.

Ce risque a pu être couru pendant la guerre. Les clients victimes ou prétendus victimes de la maladresse d'un praticien ou de l'élève d'un praticien pourront exercer une action en responsabilité contre lui, soit sans aucune autorisation, — même s'il est mobilisé, — devant la juridiction répressive, avec autorisation, s'il n'est pas mobilisé, — devant la juridiction civile. L'assuré aura dans ce cas un recours contre la Société. Si elle ne remplit pas ses obligations, l'assuré pourra réclamer la résiliation.

Elle ne pourrait ajourner l'exécution de ses engagements qu'en justifiant d'un cas de force majeure, si, par exemple, s'agissant d'une société belge, son fonctionnement avait été arrêté par la mise sous séquestre de son portefeuille ou de sa caisse.

En résumé j'émetts l'avis :

1^o Que, malgré le non paiement des primes, les assurés ne peuvent encourir aucune déchéance.

2^o Que la C^{ie} ne peut encourir la résiliation que si elle n'indemnise pas ses assurés dans les cas prévus par la police, sauf dans l'hypothèse où elle aurait été empêchée par force majeure.

Veillez agréer, etc.

F. DUCUING.

Paris, le 12 avril 1918.

FÉDÉRATION ODONTOLOGIQUE LATINO-AMÉRICAINNE

Le 3 octobre 1917, les délégués officiels des gouvernements de la République Argentine, de la Bolivie, de la Colombie, du Chili, de l'Équateur, du Guatemala, du Pérou, de l'Uruguay et du Venezuela au Congrès dentaire panaméricain du Chili ont déclaré constituer la Fédération odontologique latino-américaine et ont élaboré des statuts qui seront en vigueur jusqu'au premier Congrès de la Fédération odontologique américaine.

Les principaux articles de ces statuts sont les suivants :

1. La Fédération odontologique latino-américaine est une association formée par les sociétés dentaires (de diplômés) de l'Amérique latine et par les dentistes des nations ci-dessus qui y adhèrent.

3. Elle a pour but de favoriser tout ce qui a trait à l'union et au progrès de la profession. A cet effet elle tiendra des Congrès périodiques, dont le premier aura lieu à Montevideo en 1919.

4. Elle est administrée par un conseil de direction comprenant 1 président, 3 vice-présidents, 3 secrétaires, 1 trésorier, complété par les présidents des sociétés dentaires adhérentes comme membres.

5. Le premier conseil de direction sera élu à la majorité absolue entre les délégués signataires des présents statuts. Les conseils suivants seront nommés dans la dernière séance des Congrès périodiques et entreront en fonctions 6 mois après leur élection.

6. La Fédération est représentée dans ses relations officielles par son président.

7. Le premier conseil de direction a pour mission d'organiser le Congrès de 1919, d'élaborer et de soumettre à l'approbation de ce Congrès les statuts définitifs de la Fédération, en prenant en considération les propositions et indications des sociétés et membres adhérents.

8. Le conseil de direction demandera aux sociétés dentaires latino-américaines leur adhésion à la Fédération.

La cotisation annuelle est de 5 francs par membre inscrit au 1^{er} janvier comme sociétaire des sociétés adhérentes; de 10 fr. pour les dentistes adhérant individuellement à la Fédération.

9. Les fonds sont administrés par le président, et destinés en premier lieu à l'organisation et au fonctionnement des congrès; le reste est remis après vérification, avec les archives, au conseil suivant.

10. Un mois avant l'ouverture du Congrès, les dentistes des nations adhérentes nomment leurs représentants officiels au Congrès, à raison de 1 par 30 dentistes ou fraction de 30.

Suivent les signatures.

La Paz, 17 octobre 1917.

LES ÉTUDES DENTAIRES EN COLOMBIE

Un décret du Pouvoir exécutif de la République de Colombie en date du 4 janvier 1918 a porté de 3 à 4 ans la durée des études dentaires ; nous le reproduisons ci-après :

Art. 1^{er}. — Pour être immatriculé dans un institut odontologique la production du diplôme de bachelier est obligatoire.

Art. 2. — Le programme d'études de ces établissements est le suivant :

1^{re} année.

Physique, chimie, métallurgie.
Prothèse dentaire (1^{er} cours).
Dentisterie opératoire et chirurgie dentaire (1^{er} cours).
Anatomie et histologie des dents et bactériologie.
Clinique de prothèse, pathologie et chirurgie buccales (1^{er} cours).

2^e année.

Notions d'anatomie générale, anatomie et chirurgie buccales.
Dentisterie opératoire et chirurgie dentaire (2^e cours).
Pathologie dentaire (2^e cours).
Prothèse dentaire et métallurgie (2^e cours).
Clinique de prothèse, pathologie et chirurgie buccales.

3^e année.

Pathologie générale et thérapeutique.
Pathologie dentaire ou stomatologie.
Physiologie et hygiène.
Orthodontie.
Clinique de prothèse, de pathologie, d'orthodontie et de chirurgie buccale.

4^e année.

Médecine légale.
Anesthésie générale (pratique).
Jurisprudence dentaire.
Radiologie.
Clinique de toutes les branches de l'odontologie.

Art. 3. — Les diplômes délivrés par les écoles dentaires sont enregistrés au ministère de l'Instruction publique, sur la production des certificats d'immatriculation établissant que le candidat a suivi les cours portant sur toutes les matières précitées.

Art. 4. — Il est indispensable que l'école dentaire qui délivre le diplôme publie les programmes d'enseignement de chacune des matières constituant le plan d'études susmentionné.

Art. 5. — Le présent décret entrera en vigueur immédiatement sauf pour les élèves déjà inscrits dans les écoles dentaires la présente année ou les années antérieures.

Bogota, 4 janvier 1918.

Le Président de la République.

Joseph Vincent CONCHA,

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Jean Gody.

Nous apprenons avec un vif regret la mort au champ d'honneur de notre confrère M. Jean Gody, ancien élève de l'École dentaire de Paris, dentiste militaire au G. B. D. de la 28^e division d'infanterie, tué à l'ennemi le 31 mai 1918.

Le Duc.

Nous apprenons également avec regret la mort du D^r Le Duc, successeur du D^r Cruet, médecin chef au Service sanitaire du 114^e régiment d'infanterie, tué le 13 juin, par un éclat d'obus au cœur.

Nous adressons aux familles nos bien sincères condoléances.

NÉCROLOGIE

Le professeur Pozzi.

Nos lecteurs ont appris par les journaux quotidiens les circonstances tragiques dans lesquelles le professeur Pozzi a trouvé la mort.

Professeur à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, il avait présidé en 1892 la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris et était membre de son Comité de patronage.

Nous adressons à sa famille nos respectueuses condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de nos confrères MM. William Davenport et Hayes, en raison des services qu'ils ont rendus à l'hôpital américain.

Nous leur adressons nos bien vives félicitations.

Récompenses.

Notre confrère M. C. de Hogues, dentiste militaire, vient d'obtenir la médaille d'honneur en argent des épidémies.

Par une décision ministérielle du mois de mai 1918, la médaille d'argent des épidémies a été également décernée à M^{lle} Thuillier, infirmière major à l'hôpital complémentaire du groupe 10 bis à Vittel.

M^{lle} Thuillier, en service depuis le 3 août 1914, est la fille de notre sympathique confrère de Rouen et la belle-sœur de notre collègue M. Henri Villain.

Nous adressons aux titulaires nos vives félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Paul Isch-Wall, aide-major de 1^{re} classe, décoré de la croix de guerre, fils de notre confrère Isch-Wall, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, avec M^{lle} Antoinette Halimbourg, célébré le 23 mai dernier.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Création d'un centre de prothèse.

A la suite des démarches faites par le président de la F. D. N., M. Blatter, l'amiral Lacaze, préfet maritime, a fait créer à Toulon un centre de prothèse élémentaire et maxillo-faciale.

Notre confrère M. Pierret, D. E. D. P., a été placé à la tête de ce service.

Nous félicitons l'amiral Lacaze de cette heureuse initiative d'une création qui s'imposait dans la marine.

DERNIÈRE HEURE

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que le projet de loi comportant la création de grades d'officiers pour les chirurgiens-dentistes, a été adopté par la Chambre des Députés le 5 juillet et renvoyé au Sénat.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

UN PROCÉDÉ DE FIGELAGE EN OCCLUSION DANS LES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par le dentiste militaire R. BOULIC¹.

L'immobilisation de la mâchoire inférieure en occlusion est indispensable dans le traitement de certaines variétés de fractures du maxillaire inférieur. Les procédés employés dans ce but sont nombreux et ont été décrits à maintes reprises ; celui que nous exposons ici, le ficelage par des ligatures dentaires au moyen de fils de cuivre, a été mis à l'épreuve par nous depuis quelques mois. Il présente les avantages suivants : facilité et rapidité extrêmes d'exécution, réduction au minimum de l'instrumentation, application peu douloureuse pour le blessé, dont il n'encombre pas la cavité buccale, enfin surveillance facile des foyers de fracture et de l'articulé dentaire ; en outre il permet de fréquents nettoyages des dents, et la liberté de mouvements est aisément restituée à l'articulation temporo-maxillaire.

Ce mode de ficelage nous paraît devoir être utilisé dans certaines circonstances bien déterminées :

1^o Chez des blessés présentant de vastes délabrements du maxillaire inférieur, avec des fragments très mobiles, dénudés sur une grande partie de leur surface et presque complètement détachés. Il est à craindre en effet qu'en pareille occurrence la prise d'empreintes ne détermine l'extirpation de fragments retenus par des attaches très précaires ;

1. Notes et observations recueillies au Centre de Prothèse maxillo-faciale de Châlons-sur-Marne.

tandis que par la ligature nous avons pu conserver des blocs de maxillaire pour lesquels l'ablation avait été jugée inévitable au premier abord ;

2° En présence de complications telles que : infiltration des tissus pérимандibulaires avec œdème considérable de la langue, des joues ou des lèvres, hématome volumineux du plancher de la bouche, état général grave ne permettant qu'une intervention courte avec mobilisation minima du blessé. Ces complications rendent impossible la prise immédiate d'empreintes convenables et la mise en bouche, avec ajustement, parfois laborieux, des appareils de réduction ;

3° Dans les fractures rétro-dentaires, et dans les fractures bilatérales avec déplacement considérable en hauteur ; dans ce dernier cas surtout, ce mode de réduction et de contention provisoire nous a rendu les plus grands services, lorsque le fragment médian était fortement attiré en bas et en arrière par les muscles sus-hyoïdiens, tandis que les fragments postérieurs subissaient la traction énergique des muscles élévateurs.

Dans certains cas nous pratiquons des ligatures à des dents correspondantes de chaque mâchoire ; dans d'autres nous réunissons aussi les dents limitant les traits de fracture ; dans d'autres enfin nous associons le ficelage à d'autres moyens prothétiques et chirurgicaux.

Pour exécuter ce ficelage, nous utilisons le fil de cuivre d'Angle employé en orthodontie ; une ou deux pinces plates et un miroir buccal sont suffisants comme instrumentation. Un fil de cuivre est fortement serré par torsion à la pince au collet de chaque dent devant servir de point d'attache ; chaque fragment du maxillaire inférieur est ensuite placé en occlusion parfaite ; enfin les chefs supérieur et inférieur des fils de cuivre qui sont dans le même plan vertical sont réunis et tordus ensemble à la pince.

Il suffit de recourber les extrémités de ces fils pour ne pas blesser les lèvres ; l'immobilisation de la mâchoire inférieure et le rétablissement de l'engrènement sont ainsi assurés très rapidement.

A titre documentaire, nous allons exposer très brièvement les observations de différentes variétés de fractures pour lesquelles ce procédé fut employé.

Obs. I. — Soldat M... Vaste plaie par éclats d'obus de la région mentonnière ; fracture double du maxillaire inférieur dans la région symphysaire. Le fragment intermédiaire portant $\overline{1} \overline{1,2}$ a exécuté un mouvement de rotation à 90°, qui lui donne une direction antéro-postérieure.

La grande mobilité de ce fragment, complètement dénudé sur sa face postérieure, rend la prise d'empreintes dangereuse pour sa conservation ; aussi nous décidons de ficeler les dents qu'il porte avec les voisines des fragments latéraux.

Puis l'immobilisation de la mâchoire inférieure est réalisée par le ficelage inter-maxillaire. La réduction, assez laborieuse, est parfaitement réalisée et conservée ; huit jours après, enlèvement des ligatures, prise d'empreintes pour la confection d'une gouttière de contention après radiographie.

Obs. II. — Soldat P... Vaste délabrement par balle de l'étage inférieur de la face, le projectile a produit un gros fracas du maxillaire inférieur : toute la portion osseuse comprise entre $\overline{7}$ et $\overline{3}$ et entre $\overline{3}$ et $\overline{6}$ a été emportée. Les deux fragments latéraux en légère linguo-version portent chacun la 2^e molaire ; le fragment médian, fortement attiré en bas et basculé en avant, est presque horizontal et couché sur la lèvre inférieure pendante ; les dents qui lui restent $\overline{2,1}$ $\overline{1,2}$ sont extrêmement mobiles et dénudées sur leur face linguale.

La conservation de ce fragment nous paraît très aléatoire ; nous la tentons néanmoins et procédons à sa réduction et à celle des fragments latéraux par les moyens suivants :

1^o Mise en bouche d'un appareil supérieur constitué par une plaque palatine et deux mortaises en caoutchouc, destinées à maintenir en bonne occlusion les fragments latéraux ;

2^o Scellement sur les dents du fragment intermédiaire, trop mobiles pour être ligaturées, d'une gouttière métallique, avec des crochets de traction soudés sur sa face vestibulaire ;

3^o Application d'un fil de cuivre au collet des deux incisives centrales supérieures ; chacun de ces fils est fixé sur les crochets de traction inférieurs pour réduire et immobiliser le fragment médian.

Celui-ci a repris actuellement des connexions sérieuses avec les tissus voisins, et sa conservation paraît certaine.

Obs. III. — Soldat C... Fracture double du maxillaire inférieur : l'une dans la région de l'angle gauche est rétro-dentaire et présente une vaste perte de substance ; l'autre passe entre $\overline{3}$ et $\overline{4}$ et est consolidée en position vicieuse, le blessé étant entré au Centre six semaines après sa blessure.

Il existe en outre une luxation temporo-maxillaire droite diagnostiquée, après ostéotomie sous chloroforme entre $\overline{3}$ et $\overline{4}$, au moment de la mise en bouche d'une gouttière de contention qui avait été confectionnée au préalable sur un moulage reconstitué.

Cette gouttière n'assure pas la réduction de la luxation, et l'articulé dentaire très bas permet difficilement l'application d'un appareil ; nous décidons alors d'employer le ficelage bouche fermée. Celui-ci assure facilement la réduction et immobilise parfaitement les fragments en bonne occlusion.

Le blessé est revu fréquemment ; après cinq semaines d'immobilisation, la consolidation, complète au niveau de l'ostéotomie, est sérieusement amorcée au niveau du trait de fracture angulaire. L'occlusion normale est obtenue spontanément.

Les ligatures sont enlevées et remplacées par une gouttière de contention avec ailette-guide qui sera maintenue jusqu'à guérison complète.

OBS. IV. — Soldat D... Fracture double du maxillaire inférieur : un trait à droite paramédian entre $\overline{3}$ et $\overline{2}$, l'autre à gauche, rétrodentaire, passe en arrière de 7.

Le fragment intermédiaire, très important puisqu'il porte 9 dents, est fortement abaissé ; la béance des arcades atteint plus d'un centimètre.

La réduction extemporanée est très laborieuse ; nous tentons la contention avec une gouttière confectionnée sur un moulage reconstitué ; elle ne peut être obtenue, sans doute en raison de la forte traction musculaire qui agit sur le fragment intermédiaire. Aussi nous décidons d'employer le ficelage avec point d'appui sur l'arcade supérieure pour réaliser la réduction lente par un serrage progressif des fils intermaxillaires. Ce résultat est obtenu en 24 heures.

En moins de cinq semaines (presque deux mois après la blessure) la fracture paramédiane est consolidée, et on ne constate plus qu'une légère élasticité au niveau du trait rétro-dentaire.

Une gouttière en caoutchouc avec ailette-guide est mise en bouche jusqu'à consolidation complète.

OBS. V. — Soldat P... Gros délabrement de la région symphysaire du maxillaire : un fragment, portant les quatre incisives et complètement dénudé sur la face linguale, est presque détaché du corps de l'os ; le trait de fracture gauche, dédoublé, présente un prolongement qui se dirige obliquement en arrière jusqu'à la 2^e prémolaire.

La mobilité du fragment médian est trop grande pour permettre la prise d'empreintes ; sa conservation paraît d'ailleurs bien douteuse.

Dans ce cas l'ostéo-synthèse a été associée aux ligatures dentaires entre le fragment médian et les latéraux ; une plaque de maillechort est fixée par une vis sur chaque fragment.

La réduction est ainsi obtenue en parfaite occlusion, et la contention est suffisante pour permettre la prise d'empreintes. Une gouttière de contention est mise en bouche pour assurer une immobilisation complète des fragments.

Un mois après les ligatures sont supprimées, et la semaine suivante la plaque métallique est enlevée. Le fragment médian a repris de sérieuses connexions avec les latéraux, sa face linguale est recouverte de tissus de nouvelle formation, et sa conservation est certaine.

Le blessé est évacué sur l'intérieur deux mois après sa blessure en très bonne voie de consolidation ; il ne persiste plus qu'une mobilité à peine perceptible au niveau du trait de fracture gauche.

Il ressort de ces observations que ce ficelage est susceptible de rendre les plus précieux services et de permettre la conservation des fragments osseux, même dans les cas les plus désespérés, alors qu'on serait tenté au premier examen d'en faire l'ablation ; dans d'autres cas, nous avons réalisé des réductions ou des contentions de fragments très laborieuses, avec le minimum de souffrances et de gêne pour les blessés. L'alimentation de ceux-ci a toujours pu se faire de façon très satisfaisante.

Ces résultats sont extrêmement importants pour obtenir la reconstitution architecturale de l'arc mandibulaire et pour assurer la fonction masticatrice future.

Cette condition, jointe à la facilité de l'exécution, nous incite à préconiser ce mode d'opérer dans les formations sanitaires de l'avant, de préférence aux appareils à arc d'Angle. Ceux-ci demandent pour leur adaptation la présence d'un spécialiste, tandis que le ficelage préconisé par nous peut être appliqué par tout praticien quelque peu ingénieux et habile ; en outre, à défaut de fils de cuivre, on pourra se servir de fortes soies ou de gros crins, qui n'exigeront l'emploi d'aucun outillage spécial. Ce procédé s'adressera aux blessés retenus à l'ambulance pendant un certain temps, avant d'être dirigés sur un service spécial. Dans un Centre maxillo-facial, possédant, comme celui de Châlons, une installation et un outillage suffisants pour exécuter toutes les variétés d'appareils, son emploi doit être réservé à certains cas particuliers, que nous avons décrits ; d'autre part notre situation dans la zone des armées nous fait recevoir les blessés très rapidement et nous procure l'occasion d'utiliser ce mode de traitement plus fréquemment que dans les Centres de l'intérieur.

Quoi qu'il en soit, nous ne voyons dans ce procédé de ficelage qu'un traitement destiné à réaliser la réduction et la contention précoces et provisoires des fractures du maxillaire inférieur; la contention énergique, qui doit conduire le blessé jusqu'à consolidation complète, sera, à notre avis, plus efficacement assurée par les appareils d'application courante prenant point d'appui sur une large surface des fragments.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 mars 1918.

PRÉSIDENTENCE DE M. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Le président. — Notre ordre du jour est divisé en deux parties : la première dite « professionnelle », la seconde dite « scientifique ».

Je donne la parole à M. Georges Villain, qui est inscrit à la 1^{re} partie pour une communication sur :

- I. — LES OBLIGATIONS ET LES DROITS DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LA QUESTION DES IMPÔTS (Impôts cédulaires sur les revenus. — Impôts sur les bénéfices de guerre. — Déclaration des salaires du personnel. — Assurances personnelles).

M. Georges Villain. — Ce n'est pas, vous le savez, un économiste qui vous parle, aussi est-ce pourquoi j'ai prié M. Boonen de bien vouloir assister à notre séance puisqu'il s'occupe particulièrement des questions que nous allons traiter aujourd'hui. M. Boonen est directeur d'un journal spécial qui permet au contribuable de se tenir au courant de ses devoirs et de ses obligations.

Les impôts auxquels nous sommes astreints se divisent en impôt sur les revenus, impôt sur les bénéfices professionnels, impôt sur les traitements et les salaires, impôt sur les bénéfices de guerre. Quelles sont les personnes imposables pour ces différents impôts ? Nous sommes tous imposables, sauf ceux qui peuvent justifier de cas de force majeure. Parmi les cas de force majeure il faut retenir l'évacuation des pays envahis et la mobilisation au front. Encore la loi du 17 janvier 1918 réserve-t-elle le droit à l'Administration de juger quand le cas de force majeure a partiellement ou définitivement cessé. L'Administration peut accorder un délai au contribuable sur sa déclaration. Je dis ceci parce que nombre de confrères mobilisés dans la zone des armées se croyaient par ce fait dispensés de déclaration. Or le défaut de déclaration a une importance considérable pour chacun de nous. Tout récemment un de nos confrères qui n'avait pas fait l'année dernière la déclaration pour l'impôt général sur le revenu a reçu d'office une feuille d'impositions pour 15.000 francs, alors que

son cabinet est fermé depuis 1914. Le cas de ce confrère a ceci de particulier, c'est que le contrôleur des contributions s'était adressé à la mairie de la ville où il exerce. Le maire et deux conseillers municipaux avaient déclaré que le cabinet était fermé depuis août 1914. Or, malgré cette déclaration et parce que l'intéressé lui-même n'avait pas fait de déclaration, le confrère en question a été imposé d'office pour 15.000 francs. Après protestation il a reçu une lettre du Contrôleur des contributions lui disant qu'il maintenait la base d'imposition qu'il avait fixée, soit 15.000 francs. Ce confrère sera donc maintenant dans l'obligation de faire la preuve qu'il n'a pas ce revenu.

M. Boonen, assureur. — Il y a là un défaut de procédure que votre confrère devrait invoquer ; on ne devait pas le taxer sans l'avertir.

M. Georges Villain. — Il a été taxé sans être averti.

M. Boonen, assureur. — Votre confrère, je le répète, n'a qu'à soulever la question et la taxation dont il est l'objet sera déclarée nulle. Le contrôleur doit avertir le contribuable qu'il taxe d'office. S'il n'a pas fait cela, sa taxation sera nulle.

M. Georges Villain. — Il a peut-être été averti, mais comme il n'habite pas là, il n'en a pas eu connaissance.

M. Boonen, assureur. — La lettre d'avis a dû revenir au contrôleur.

M. Georges Villain. — Pour chacun de nous les obligations sont très précises : il est nécessaire de faire la déclaration pour chaque genre d'impôt que je viens de signaler. Les circonstances actuelles transforment ces obligations en un devoir. Il ne faut pas qu'après la guerre ceux qui ont donné une partie d'eux-mêmes à la Patrie soient, du fait de l'égoïsme de certains, obligés de payer une part d'impôts plus forte que celle qu'ils devraient payer si chacun avait fait son devoir. Je ne me place donc pas au point de vue égoïste qui aurait tendance à rechercher par quels moyens et sous quelle forme nous pouvons essayer de diminuer ou à réduire notre quote-part d'impositions.

Voyons chacun de ces impôts d'une façon très succincte et générale pour que chacun de nous sache quelles sont ses obligations.

Impôt général sur le revenu. — La déclaration nous dispense, en tant que profession libérale, de toutes autres déclarations, sauf pour les bénéfices de guerre et en ce qui concerne l'impôt pour les salariés. (Lecture.)

Dans la première déclaration, il n'est pas nécessaire d'indiquer ses différentes sources de revenus. Le contribuable doit faire une déclaration au contrôleur du lieu où a été établie la dernière imposition. Le contrôleur a le droit de vérifier la déclaration.

Si le contribuable n'a pas fait de déclaration, il sera imposé d'office. Or celui qui sera imposé d'office sera à peu près sûr qu'il ne parviendra pas facilement à faire réduire sa taxation, car il aura alors à fournir la preuve que l'imposition dont il est l'objet est trop élevée. La déclaration obligatoire doit être faite avant le 31 mars, il y a donc avantage et nécessité pour les professionnels à faire leur déclaration avant cette date.

Cette déclaration doit consister pour nous à simplement faire la différence entre les recettes et les dépenses. Il n'y a pas de nécessité, bien au contraire, il est même préférable de ne pas décomposer les différentes dépenses effectuées. Vous n'avez pas à déclarer les dépenses afférentes aux frais généraux ou autres. Vous n'avez qu'à faire la déclaration des recettes et des dépenses, parce que l'autre forme impliquerait tout de suite l'exercice d'une profession libérale et d'une profession commerciale. Or nous devons être assimilés aux professions libérales et ceci a beaucoup d'importance...

Toute source de revenu non professionnelle doit être mentionnée, bien entendu.

Je me place aujourd'hui au point de vue uniquement professionnel, je ne me place pas du tout au point de vue des autres sources de revenus.

M. Boonen, assureur. — La déclaration pour l'impôt sur le revenu doit comprendre tous les revenus, quels que soient ces revenus.

M. Georges Villain. — Pour l'impôt sur les bénéfices de guerre: déclaration obligatoire à produire avant le 31 mars 1918.

Dans le fascicule remis par la mairie, il est dit à la page 12: (Lecture.)

M. Boonen, assureur. — Il y a un autre cas: celui d'un contribuable qui n'est pas imposable sur les bénéfices de guerre, par exemple un contribuable de moyen rapport: 6.000 francs. Il a alors 3.000 francs imposables s'il est célibataire, 2.000 francs imposables s'il est marié. S'il a un enfant, il n'est pas imposable à l'impôt global et il a cependant 6.000 francs de revenu. Il doit, par contre, faire une déclaration pour l'impôt cédulaire.

M. Georges Villain. — Il ne semble pas nécessaire pour nous de faire la déclaration.

M. Boonen, assureur. — Le contrôleur imposera dans les limites de la déclaration du contribuable.

M. Georges Villain. — Il y a nécessité absolue sous peine de pénalité de faire la déclaration sur les bénéfices professionnels.

L'Administration a le droit de réclamer les livres, de les contrôler, alors que pour la déclaration d'impôt général sur le re-

venu l'Administration doit faire la preuve. Quand le contribuable a fait sa déclaration, si le contrôleur la juge déclarée, s'il juge que les bénéfices sont supérieurs, il base la taxe sur la somme des bénéfices qu'il juge bonne et doit en prévenir le contribuable. Dans ce cas l'Administration doit faire la preuve, si le contribuable a fait sa déclaration.

Si le contribuable fait sa déclaration et si cette déclaration est jugée inexacte, le contrôleur se réserve le droit de modifier celle-ci, mais dans ce cas-là il doit faire la preuve et pour cette preuve il a le droit de contrôler les livres.

Si la déclaration est jugée fautive et si l'erreur dépasse un dixième ou plus de 10.000 francs, la taxe est double sur la fraction de bénéfices dissimulée.

M. Boonen, assureur. — L'Administration dans ces cas juge toujours coupable.

M. Georges Villain — Il y a possibilité de dire que c'est de bonne foi, mais l'Administration n'admettra jamais que c'est de bonne foi.

Il y a lieu de déduire, depuis l'application de la loi, l'intérêt des capitaux prêtés à l'entreprise et l'amortissement peut avoir une importance pour nous (Lecture). Ceci est important pour les professionnels qui établiraient un cabinet supplémentaire ou déménageraient pour s'agrandir.

M. Boonen, assureur. — Il comptera ses frais d'installation et il les amortira sur une période plus ou moins longue.

S'il débourse 20.000 francs, il dira, par exemple : je vais amortir à raison de 4.000 francs ou de 2.000 francs par an, ce qui viendra à diminuer son bénéfice professionnel d'autant chaque année.

M. Georges Villain. — En tant que profession libérale, les dépenses faites cette année-là ne peuvent pas être déclarées sous cette forme. Il faut les déclarer sous forme d'amortissements.

M. Boonen, assureur. — Vous déclarez une partie de l'amortissement.

M. Georges Villain. — La comptabilité à tenir devient un point un peu difficile, car il y a la question du secret professionnel. Allons-nous montrer nos livres ? Si nous les montrons, nous indiquons des opérations faites sur des personnes nominativement désignées dans nos livres.

Les contrôleurs, d'autre part, étant liés, eux aussi, au secret professionnel, on peut nous dire : si vous êtes liés par le secret professionnel, les contrôleurs le sont aussi. Je pense que dans ce cas il serait peut-être bon d'avoir des livres de comptabilité comportant Recettes et Dépenses et d'établir ces livres

en mentionnant les recettes par l'indication du numéro du compte du client.

M. Boonen me fait remarquer que l'Administration n'admettrait pas une comptabilité comme celle-ci et que le contrôleur voudrait voir les livres véritables.

La question est la même pour les avocats et pour toutes professions tenues au secret professionnel.

Je crois que dans notre cas particulier il suffirait de mettre les recettes par opérations.

M. le président. — Il n'y a que le Livre-Journal qui compte.

M. Martinier. — Nous ne sommes pas des commerçants.

M. Georges Villain. — Le Livre-Journal doit mentionner les noms.

M. le président. — La question du secret professionnel vient en effet se greffer là-dessus, c'est possible, mais en matière de contributions il n'y a qu'un livre qui compte, c'est le Livre-Journal, comme en matière de procédure ou de justice.

M. Georges Villain. — On peut avoir un Livre-Journal établi par numéros de comptes, sans noms de clients.

M. le président. — Vous faites des comptes particuliers pour vos clients ?

M. Georges Villain. — Le compte particulier du client existe, naturellement, et je prends le numéro du compte du client.

M. Martinier. — Il y a beaucoup de confrères qui n'ont pas de comptabilité.

M. Georges Villain. — Pour ceux qui n'ont pas de comptabilité, il sera difficile de procéder à l'établissement de leur déclaration de contributions.

Je crois qu'il y a intérêt à ne pas détailler nos dépenses en instruments, matériel ou matières parce qu'il y a une chose qui vient tout de suite se greffer sur tout cela, par exemple la question des instruments et du matériel.

On peut vous dire : Vous achetez ces instruments et vous les renouvelez, mais en les renouvelant, c'est pour exercer plus largement votre profession ; vous devez donc en donner l'amortissement et non pas la dépense totale effectuée.

M. Boonen, assureur. — Si cela représente une certaine somme, on vous le dira.

M. Martinier. — La dépense est indispensable à l'exercice de la profession, cela n'est pas discutable.

M. Boonen, assureur. — Pour l'usine, il y a deux catégories de matériels : le gros outillage et le petit outillage. Le petit outillage est généralement compté pour frais généraux ; le gros outillage est compté pour matériel.

M. Georges Villain. — Il suffirait que nous ayons une rubrique « fournisseurs », il n'y aurait pas à détailler.

Un Membre. — Puisque nous déduisons seulement l'excédent du chiffre des recettes sur les dépenses, il n'y aurait pas lieu de s'en occuper.

M. Georges Villain. — Le jour où l'on discutera votre déclaration, on voudra vérifier vos livres. Il vous faudra donc avoir vos livres pour faire la preuve. Il y a donc intérêt pour nous, et surtout pour ceux qui ne tenaient pas une comptabilité régulière de leur cabinet, à en établir une dorénavant.

Un Membre. — Ce n'est pas rien ! Au surplus il n'est pas question que la vérification se fera. La question est tranchée, à mon avis, puisque nous sommes inscrits au Tableau D : profession libérale.

M. Georges Villain. — En tous cas, la question comptabilité-dépenses devrait accompagner, de façon à faciliter l'établissement de la troisième déclaration que nous avons à faire et qui a trait à la déclaration des salaires, la déclaration de l'impôt sur les salaires des employés qui doit être faite avant le 31 janvier 1918. Je vous en avais parlé à la dernière séance, pour mettre en garde les professionnels sur la nécessité de faire cette déclaration. (Lecture).

Les salaires comprennent non seulement les sommes versées, mais toutes indemnités, y compris les indemnités de vivres. Par conséquent pour les domestiques, cela comprend la nourriture, le logement, le blanchissage. Tout cela doit être compté pour une somme qui n'a pas été déterminée par la loi, mais pour les assurances la somme est déterminée à 150 francs par mois. Il est vraisemblable que ce sera la même base qu'on prendra, soit donc 150 francs par mois. Vous devrez déclarer le salaire d'une domestique dans ces conditions.

Pour la déclaration des salaires, il y a une question qui se pose à nous, c'est celle des façonniers. Pour la déclaration, la loi dit ceci : (Lecture).

M. Martinier. — Nous ne sommes pas chefs d'industrie.

M. Georges Villain. — La loi ne fait pas de différence si l'employeur exerce une profession libérale ou industrielle. Elle ne fait aucune différence et par conséquent vous êtes obligés de déclarer toutes personnes que vous employez. Si vous faites faire votre prothèse à façon, vous êtes obligés de déclarer votre façonnier.

Un Membre. — Il s'appelle façonnier, je ne sais pourquoi, car vous ne fournissez aucune fourniture, au contraire c'est lui qui vous vend un appareil.

M. Georges Villain. — Si vous ne fournissez pas les matières, il n'y a aucun doute, il fabrique lui-même et c'est lui qui doit faire sa déclaration. Si vous lui fournissez les matières et — ce qui arrive souvent — s'il travaille exclusivement pour vous (il y a des professionnels qui sont dans ce cas : j'ai connu plusieurs professionnels qui avaient un mécanicien travaillant exclusivement pour eux et auquel ils fournissaient toutes les matières) dans ce cas il est très net qu'on doit déclarer son salaire.

M. Boonen, assureur. — Parfaitement, puisque dans ce cas il travaille exclusivement pour vous.

Un Membre. — Dans ce cas là, c'est le dentiste qui paie ses fournitures et qui reçoit un appareil terminé. J'ai effectivement connu un mécanicien dentiste qui travaillait à son domicile personnel.

M. Georges Villain. — La déclaration est obligatoire pour toute personne ayant travaillé plus de 30 jours chez un patron.

La quatrième déclaration à faire est celle qui consiste dans la déclaration des bénéfices de guerre.

Les professionnels, en général, ont cru qu'ils n'étaient pas assujettis à cette déclaration.

Or, la loi sur les bénéfices de guerre comprend deux sortes de bénéfices : les bénéfices exceptionnels et les bénéfices supplémentaires.

Il est dit que l'impôt est dû par les sociétés et par les personnes imposables à la contribution des patentes dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal, le bénéfice étant calculé sur le bénéfice réalisé durant les trois années qui ont précédé la guerre ; mais jusqu'à présent la question est pendante.

M. Martinier. — Les médecins prétendent que non.

Les avocats prétendent que non, mais la question n'est pas encore solutionnée.

Un Membre. — Nous ne réalisons pas des bénéfices, nous touchons des honoraires.

M. Georges Villain. — Pour ma part, je crois que nous sommes imposables sur les bénéfices supplémentaires. Il y a lieu de faire une déclaration, qui est obligatoire et doit être faite avant le 31 mars. Il y a une pénalité de 10 0/0 si la déclaration n'a pas été faite.

Le contribuable doit faire la preuve et en cas de contestation il doit permettre la vérification de sa comptabilité.

L'imposition est de 50 0/0 sur l'excédent des bénéfices, comparativement aux trois exercices qui ont précédé la guerre.

M. le Président. — La question pour nous est de savoir si ce sont des bénéfices ou des honoraires que nous percevons.

M. Georges Villain. — Le Ministre des Finances avait nettement répondu par l'affirmative. Par conséquent il est très vraisemblable que les professions libérales devront faire la déclaration des bénéficiaires supplémentaires.

Un Membre. — Doit-on la faire avant la fin du mois de mars ?

M. Georges Villain. — J'ai prié M. Boonen de faire faire la recherche, nous le saurons donc bientôt.

Un Membre. — Pour le 31 mars, c'est un peu court.

M. Georges Villain. — Reste maintenant une petite question sur laquelle je voulais appeler votre attention : c'est la question des assurances.

Il y a actuellement une plus-value sur les matières premières et le matériel. Or, en cas de sinistre, nous ne sommes assurés que pour les sommes mentionnées sur nos contrats et en cas de sinistre nous perdrons 50 o/o pour racheter le matériel détruit. Je crois donc que chacun de nous doit revoir la question afin de savoir s'il n'y a pas lieu de modifier par un avenant le contrat d'assurances que nous avons en cours pour ce qui est de l'incendie.

Il y a aussi la question de l'assurance sur les accidents.

Le taux d'assurance pour les accidents du travail devrait être établi à raison de 10 o/o des salaires donnés. Dans notre profession, c'est calculé à raison de 0.90 à 1 franc o/o.

Un procédé qui est intéressant au point de vue des assurances et déclarations annuelles consiste à avoir une petite comptabilité très simple. Il faut éviter les contestations. Or c'est la première année de l'application de l'impôt cédulaire sur les salaires. Cet impôt peut amener des contestations de la part du personnel. Un employé peut dire un beau jour : Mais je n'ai pas touché cette somme-là ! Dans un tel cas vous serez amené à faire la preuve de ce que vous donnez à votre employé.

M. Boonen, assureur. — Le cas inverse peut aussi se produire.

M. Georges Villain. — Il faut donc avoir un livre d'émargement et faire émarger l'employé. Ceci est rendu obligatoire par l'assurance contre les accidents du travail. Il suffit d'avoir un livre composé d'un certain nombre de colonnes et qui comprendra dans une colonne le nom, dans la colonne suivante le salaire payé, etc. ; on remplit une page par mois.

Pour le mois de mars, par exemple, vous indiquez le nom de l'employé dans la première colonne, puis le salaire qu'il a touché dans l'année, enfin le salaire qu'il a touché dans le mois. Vous devez réserver aussi une colonne pour les salaires supplémentaires que vous pouvez lui donner. Vous faites émarger dans la colonne spéciale lorsque vous payez votre employé. De cette

façon vous avez toujours la possibilité de savoir ce que vous avez payé le jour où l'employé vous quitte.

Vous avez aussi, de la sorte, le total de tous les salaires payés pour établir le taux de l'assurance contre les accidents du travail.

Il est indispensable de mettre des timbres sur ce livre-là. Vous devez faire émarger également sur le timbre, puisque nous ne devons plus rien verser sans reçu.

Nous sommes profession libérale et il y a de gros avantages pour nous à être maintenus comme tels. Certains de nos confrères vont probablement se trouver en face d'un contrôleur qui discutera cette question de profession libérale ; il faut donc qu'ils aient des arguments à donner.

Les professions libérales ne paient que 3.75 sur les bénéfices imposables, c'est-à-dire les bénéfices qui excèdent 1.500 francs dans les communes d'un certain nombre d'habitants ; (Lecture).

On paie sur la moitié de l'excédent entre 1.500, 2.000 ou 3.000 francs. A Paris, vous payez sur la moitié de l'excédent de 3.000 francs. Le reste des bénéfices est totalement imposé à raison de 3.75. Les professions commerciales paient au contraire 4.50 0/0 et il n'y a pas cette retenue de 1.500 francs. Elles paient donc sur la totalité, ou presque.

Il y a par conséquent nécessité pour les dentistes de se prévaloir de la clause concernant les professions libérales.

A ce sujet il y a lieu de rappeler que nous avons deux choses à faire ressortir pour justifier de ce classement de notre profession parmi les professions libérales : tout d'abord la jurisprudence a établi maintes fois que l'exercice de la chirurgie dentaire est l'exercice d'une profession libérale à la condition qu'on ne vende pas des produits, c'est-à-dire de la poudre ou de la pâte dentifrices ou des brosses à dents.

Dans un procès qui date de 1907, un chirurgien-dentiste, attaqué par sa secrétaire pour ne pas avoir voulu lui payer les salaires réclamés, a déclaré le Tribunal incompetent parce qu'il n'était pas commerçant. (Il avait été appelé au Tribunal de Commerce). Le jugement est venu devant la Cour d'Appel qui s'est déclarée compétente parce que le dentiste en question exerçait dans le même établissement une profession commerciale du fait qu'il vendait de la poudre dentifrice.

Il a donc été condamné à payer comme tel ce qui lui était réclamé. Dans ce cas il exerçait deux professions distinctes : une profession libérale, et une profession commerciale.

Il y a une autre raison qui est, à mon sens, la plus importante, c'est que le chirurgien-dentiste était imposé au tableau D du tableau des patentes, qui indiquait les professions libérales.

Il n'y a pas de raison pour que nous soyons déclassés et mis dans une autre classe.

Vous m'excuserez si je ne vous ai pas fait une communication plus claire, mais ç'aurait été l'affaire d'un économiste. Nous ne connaissons pas la comptabilité et nous employons très mal les termes d'impositions. J'ai essayé de me rendre aussi clair que possible dans ce petit exposé que je voulais vous faire de façon à ce que chacun de vous sache ce qu'il a lieu de faire.

Je demanderai maintenant à M. Boonen de bien vouloir m'indiquer les erreurs que je pourrais avoir commises. Nous nous plaçons bien entendu seulement au point de vue général et non point au point de vue spécial de nos intérêts ou cas individuels.

M. Boonen, assureur. — M. Georges Villain a très bien dit tout ce qu'il y avait à dire sur ces questions. Je resterai donc simplement à la disposition des membres de la Société pour le cas où ils auraient des questions à me poser.

M. Martinier. — M. Georges Villain a parlé tout à l'heure, à propos de l'impôt sur les bénéfices de guerre, d'une moyenne qui était établie sur les années 1911, 1912 et 1913. Mais sur quelles années serait établie l'autre moyenne ?

M. Georges Villain. — Sur la période 1914-15-16 pour l'année 1917.

M. Boonen, assureur. — La première période d'impositions part du 1^{er} août 1914 et va jusqu'au 31 décembre 1915. Elle comprend 17 mois, exceptionnellement. Toutes les autres périodes comprendront 12 mois.

La dernière période comprendra un nombre de mois que nous ne connaissons pas encore, puisqu'il dépendra de la cessation des hostilités.

M. Martinier. — Pour établir le chiffre des bénéfices réalisés comment devons-nous procéder ?

M. Boonen, assureur. — Vous prenez le montant de vos recettes et vous en déduisez vos frais, vos dépenses.

Ainsi, pour le 31 mars prochain, vous avez à envisager votre déclaration pour 1917. Vous prendrez donc le total de vos recettes du 1^{er} janvier au 31 décembre 1917, duquel vous déduirez vos frais généraux.

M. Martinier. — M. Villain nous a fait une communication très intéressante sur un sujet très ingrat. Nous ne sommes ferrés ni les uns, ni les autres sur ces questions. Lorsqu'il s'agira de faire le compte de nos frais généraux, nous aurons à tenir compte de nos abonnements aux journaux scientifiques, de nos cotisations aux sociétés professionnelles, etc. Tout ceci doit entrer en ligne de compte dans nos dépenses.

M. Boonen, assureur. — Il y a une question que l'Administration rejettera sans pitié, c'est la question des œuvres de bienfaisance. Ce sont des libéralités, cela ne peut pas faire partie des frais généraux.

M. Georges Villain. — Nous n'avons pas non plus le droit de nous allouer des appointements.

M. Martinier. — Nous sommes obligés d'avoir différents chapitres de dépenses.

M. Boonen, assureur. — Le loyer doit être compté pour la part correspondant aux locaux occupés pour l'exploitation et non pas y compris la partie des locaux occupés pour les besoins personnels.

M. Martinier. — C'était déjà divisé.

M. le président. — J'estime que nous devons remercier avec une conviction profonde M. G. Villain, qui s'est dévoué en faisant l'étude d'une question particulièrement ingrate, mais aussi des plus utiles pour nous, étant donné que nous ne sommes ni les uns ni les autres assez documentés sur ce sujet.

Il y a une chose que je demanderai à M. Boonen.

Je disais tout à l'heure qu'en matière de justice, pour établir une preuve, comme en matière d'assurances ou de déclarations d'impôts, un seul livre fait foi : c'est le livre-journal.

Par conséquent, je me demande si M. Georges Villain ne nous embarque pas dans une voie compliquée en disant que nous devons établir des comptabilités successives pour les différentes dépenses que nous pouvons avoir à faire.

Si vous avez inscrit sur un livre-journal, d'une part, vos recettes (nominatives ou non), et d'autre part vos dépenses, et cela sans rubrique aucune, mais bien entendu régulièrement, je crois que cela doit suffire.

Vous avez des frais généraux qui ne peuvent pas varier, tels que le loyer, les impôts, etc., de même l'abonnement au téléphone, etc. D'autre part, vous avez vos fournitures générales qui font partie du terme générique « frais généraux ». Je crois que c'est très suffisant. Il y a intérêt, en tant que profession libérale, à ne pas nous embarquer dans une comptabilité compliquée, à laquelle nous ne sommes pas tenus légalement.

Quoi qu'il en soit, on dit : « le silence est d'or, la parole est d'argent ». C'est peut-être à méditer dans ce cas-là. Je crois fermement pour ma part qu'il vaudrait mieux s'en tenir à quelque chose de très simple.

M. Georges Villain. — Au lieu de mettre dans votre journal le détail des dépenses effectuées, mettez, par exemple : fournisseurs... tant. Ce n'est pas détailler, cela. Au lieu de mettre un

nom à chaque compte de client, vous pouvez mettre un numéro, par exemple celui du compte particulier du client.

Un Membre. — Nous n'avons qu'à mentionner le Doit et l'Avoir, pas autre chose.

M. Boonen, assureur. — Il y a une imperfection de part et d'autre. Le journal est un livre de commerce qui est imposé par le Code de commerce aux commerçants et qui n'est pas imposé aux professions libérales.

M. le prés dent. — Je vous demande pardon. Bien que nous n'y soyons pas obligés, ayez une contestation en justice de paix même si vous êtes dentiste, la seule chose que le juge de paix vous demandera est celle-ci : « Quel est votre livre-journal, de façon à me montrer le nombre de visites que madame un tel vous a faites ? »

M. Boonen, assureur. — Le journal est un livre qui doit mentionner toutes les opérations au fur et à mesure qu'elles s'effectuent. Sur la même feuille, vous passez vos écritures, par exemple vous libellez que vous avez acheté des marchandises à monsieur un tel, même si vous ne l'avez pas payé. Ensuite vous mentionnez que vous avez reçu des honoraires de telle personne.

Je crois que ce que vous appelez votre livre-journal est plutôt un livre de caisse.

Un Membre. — Les livres sont tenus d'une façon totalement différente chez les uns et chez les autres. Les uns comptent par visites, les autres traitent à forfait. Nous devons, à mon point de vue, nous borner à porter nos recettes et nos dépenses.

M. le président. — M. Boonen se tiendra à la disposition de l'Assemblée pour donner aux confrères tous renseignements complémentaires qu'ils pourraient désirer.

La seconde partie de notre ordre du jour est purement scientifique.

M. le professeur Sebileau a bien voulu nous honorer d'une communication.

Mon cher maître, vous avez la parole.

II. — LES PÉRI-MANDIBULITES SUPPURÉES. — LES FAUX ADÉNO-PHLEGMONS SOUS-MAXILLAIRES.

M. le professeur Sebileau fait, sur ce sujet, une communication qui sera publiée.

DISCUSSION.

M. le président. — Nous devons tous nos sincères remerciements à M. le professeur Sebileau pour la magistrale commu-

nication qu'il a bien voulu nous faire. Quelqu'un demande-t-il la parole à son sujet ?

M. Frey. — Je voudrais vous poser une petite question, mon vieux et cher patron. Je dis vieux parce qu'il y a longtemps que vous êtes notre patron.

Vous nous avez appris jadis les trois variétés cliniques de l'infection d'origine dentaire (la septicémie générale, la septicémie lympho-phlegmoneuse, la septicémie phlébo-phlegmoneuse). Aujourd'hui, à propos d'une forme locale fréquente de l'infection dentaire, l'ostéo-phlegmon, vous nous la faites d'abord fort bien connaître, et ensuite vous nous apprenez une petite manœuvre opératoire, à laquelle aucun de nous ne songeait. L'extraction de la dent une fois faite, si le pus s'écoulait par l'alvéole, c'était tant mieux ; s'il ne s'écoulait pas, nous nous contentions de l'antiseptie alvéolaire banale. Mais je viens vous poser la question suivante : je veux enlever une molaire à chaud, en pleine crise d'ostéo-phlegmon ; je la casse. Que dois-je faire ? augmenter le traumatisme en cherchant à extraire à tout prix ? ou rester dans l'expectative, expectative armée bien entendu ?

M. le professeur Sebileau. — Je remercie beaucoup mon ami Frey des bonnes et jolies choses qu'il vient de me dire. D'abord je lui dirai qu'il ne cassera jamais la dent parce que je sais qu'il a beaucoup de dextérité, ensuite il la cassera d'autant moins qu'il s'agit de dents qui ont très peu de solidité. En réalité, n'était la question du trismus, la dent serait toujours facile à enlever, et la preuve, c'est que j'en enlève. (On rit).

La question que pose Frey est extrêmement intéressante parce qu'il y a dans la presque totalité des cas dont je parlais tout à l'heure un trismus tel que l'avulsion. En réalité, dans ces cas-là, on est toujours dans l'obligation de donner de l'anesthésie générale et cela complique évidemment le problème.

La question de Frey se pose donc en réalité de la manière suivante : Etant donné que presque toujours il faut faire de l'anesthésie générale et que dans ces conditions le malade se trouve endormi, si on casse la dent, ce qui est exceptionnel, faut-il continuer ou faut-il s'arrêter ? Je crois qu'il faut s'arrêter.

Je ne pratique pas l'art dentaire ; quand je fais des avulsions, je les fais sans plaisir, sans joie. Je crois que quand il faut se mettre à la recherche des racines d'une dent qui a été cassée, ces racines peuvent être couchées profondément, masquées par un processus inflammatoire du côté de la gencive, et comme d'autre part nous savons que par une incision les malades frappés de processus phlegmoneux péri-mandibulaires guérissent sans même qu'on leur enlève la dent, je crois que le plus sage est de

rester dans l'expectative. Ou la dent est venue, et cela suffit presque toujours, ou bien au contraire on a eu ce petit accident, on fait une incision quand cela est nécessaire et ensuite le praticien de l'art dentaire intervient.

Je crois que ces extractions n'étant en réalité réalisables que sous l'anesthésie générale, les cas de fractures doivent être exceptionnels puisque d'autre part la dent est presque toujours facile à enlever.

M. Amoedo. — Dans la communication de notre savant confrère M. Sebileau, il y a un point qui a attiré mon attention, et qui n'a du reste pas échappé à M. Frey : c'est le cathatérisme du fond de l'alvéole après l'extraction d'une dent.

Ce qui a particulièrement attiré mon attention, c'est le conseil que donne M. Sebileau de faire ce cathatérisme avec beaucoup de soin, avec habileté, avec précaution.

Cela me rappelle un cas qui a été signalé il y a une trentaine d'années. Un confrère de la Havane avait reçu un traité où Magitot conseillait, lorsque après l'extraction le pus ne fait pas irruption par l'alvéole, d'aller avec un bistouri percer l'abcès au fond de l'alvéole. Ce confrère a fait comme il était indiqué, mais, au lieu de percer l'abcès, il coupa l'abcès et lésa l'artère dentaire inférieure. Il y eut une hémorragie, il lui fallut faire venir un médecin, bref il y eut une complication des plus graves à la suite de son intervention.

Je tenais à insister sur ce point pour mettre nos jeunes confrères à l'abri d'une complication semblable et faire justice à M. Sebileau de cette précaution qu'il conseille pour faire le cathatérisme en s'entourant d'attention et de pratiquer, non pas avec le bistouri, mais avec un stylet, un instrument à pointe mousse susceptible d'agrandir le trou si c'est nécessaire, mais sans léser l'artère dentaire inférieure.

Maintenant, je voudrais demander à M. le professeur Sebileau, puisqu'il nous est possible de profiter de ses savants conseils, ce qu'il pense, dans un cas analogue à celui qu'a cité tout à l'heure M. Frey, lorsqu'il a parlé de fracture d'une dent, ce qu'il pense, dis-je, des accidents des dents de sagesse. Ils pourraient rentrer un peu dans la catégorie de ces accidents graves dont M. Sebileau nous avait parlé.

Ce ne sont pas toujours des cas faciles. Lorsque nous ne pouvons pas faire d'extraction, est-ce qu'il n'est pas préférable de faire une ponction au thermo-cautère plutôt qu'une incision au bistouri ?

M. le professeur Sebileau. — Par votre question, vous me transformez en praticien de l'art dentaire.

Pour répondre à la première question de notre camarade Amoedo, je me demande comment il est possible d'introduire un bistouri dans l'alvéole et de le faire sortir par le bas de la mâchoire inférieure en coupant l'artère dentaire.

Si la chose pouvait être réalisable, ce n'est plus en face d'un alvéole qu'on se trouverait. Le cas que vous nous rapportez là aurait donc besoin d'être examiné de beaucoup plus près.

Anatomiquement il est impossible d'introduire un bistouri dans un alvéole et de le faire sortir par en bas pour arriver à couper l'artère dentaire inférieure.

Je le répète, le cas signalé par vous demanderait des explications, car il devait s'agir de quelque chose de spécial.

En employant le cathatérisme, semblable accident ne peut pas arriver.

D'autre part nous faisons ce cathatérisme sans aucune espèce de précaution. Nous introduisons l'instrument dans le fond de l'alvéole, nous cherchons doucement, mais nous pourrions chercher fort le trou à déboucher. Si nous cherchons avec beaucoup de précaution, c'est que mes élèves se sont attachés depuis longtemps à faire l'anatomie de cela et à rechercher où la perforation avait pu se produire.

Je tiens presque moins aux choses que je viens de vous dire, en tant qu'elles sont à envisager au point de vue thérapeutique, qu'au fait lui-même.

Quand vous avez trouvé un trou au fond de cet alvéole, vous avez la démonstration très claire, très nette, qu'il s'agit d'un ostéo-phlegmon.

Quant à ce que vous me demandez pour la dent de sagesse, mon idée est celle-ci : la dent de sagesse est comme les autres, du moment qu'il y a une complication quelconque venant de la dent de sagesse ou d'une autre, il faut ne jamais attendre, et la seule chose à faire, c'est d'enlever la dent immédiatement ou le plus tôt possible.

J'ai vu quantité de phlegmons de la région temporale qui n'ont jamais reconnu d'autre cause que la lenteur avec laquelle on avait procédé à l'extraction de la dent.

On me signalait dernièrement le cas d'une jeune fille atteinte, qui a été exposée à des complications lamentables. J'ai vu beaucoup de cas et cela me confirme toujours davantage dans cette règle thérapeutique qui ne doit subir aucune espèce d'exception : toute complication pérимандibulaire est consécutive à une cause dentaire quelconque commune. Comme premier et unique devoir vous avez à opérer l'extraction de la dent, quelque difficile que puisse être cette extraction.

Le président. — Il est heureux qu'un chirurgien tel que M. le professeur Sebileau vienne affirmer une fois de plus, à l'encontre d'un grand nombre de traités de pathologie générale ou spéciale, qu'on doit enlever la dent en pleine inflammation.

M. Anema a constaté l'existence d'une nouvelle vague « d'extractionisme » dans la profession. Il y a environ deux ans, étant en Amérique, il en a eu la preuve en assistant à une réunion d'une grande société dentaire à New-York. Depuis, des hommes comme Kirk et Johnson ont élevé leur voix contre un tel abus. Nous avons assisté à d'autres périodes régressives de l'art dentaire. Comme orthodontiste, sortant de l'école d'Angle, école qui a été qualifiée par Guilford « d'anti-extractionniste », M. Anéma, se croit compétent pour faire entendre cette critique de la communication du distingué chirurgien. Il a l'impression que M. Sebileau favorise trop un remède dont le premier résultat est l'extraction de la dent. Après l'exposé du diagnostic, le chirurgien ne fait mention, en effet, que de l'extraction comme le seul remède de l'affection dont il vient de parler. Pour M. Anéma c'est une erreur. Il est vrai que M. Anéma est d'abord orthodontiste et s'occupe du redressement des dents et des mâchoires, mais par son expérience antérieure il sait que pour les alvéolites, même graves d'origine dentaire, l'extraction de la dent n'est pas le seul remède et qu'au contraire, il y a un moyen de les guérir d'une façon plus conservatrice, par exemple par le drainage du canal radiculaire, c'est-à-dire par un traitement autre que l'extraction des dents, celui-ci mettant en danger l'intégrité de l'occlusion dentaire et la force masticatrice du patient. Les mauvais effets en seront à redouter plus tard sans qu'on puisse alors y remédier autrement que par la prothèse, qui n'est, elle, qu'un pis aller.

Je vous ai dit que je suis orthodontiste et que je ne faisais pas l'extraction des dents.

En cas de périostite aigüe, qui s'accompagne d'abcès je fais le drainage par la chambre pulpaire.

Voilà l'observation qu'avec votre permission je voudrais opposer aux observations de M. Sebileau. En résumé je suis d'avis qu'il ne faut pas trop insister sur la question d'extraction.

M. le professeur Sebileau. — Je crois que nous ne parlons pas tout à fait de la même chose. Il ne m'est jamais venu à l'idée, et je n'ai pas qualité pour cela, de proposer des extractions tout à fait déraisonnables. Je sais bien ce que c'est que le drainage pulpaire. J'en ai supporté moi-même et cela n'est pas agréable. (On rit).

Je dis que quand il y a une dent dans les conditions que nous avons dites, capables d'engendrer ces processus phlegmoneux

que nous venons de décrire, il n'y a pas l'ombre d'un doute : il faut enlever cette dent-là. Je vous assure d'une chose : si jamais vous avez un accident de cette nature, croyez-moi, ne faites pas de redressement.

Le président. — Notre ordre du jour comporte une communication de M. Roy. Je reçois à la minute un mot de M. Roy s'excusant vivement de ne pouvoir assister à la réunion d'aujourd'hui. Un deuil cruel vient de le frapper : M. Roy vient de perdre sa mère. Je crois être l'interprète de toute la Société en adressant à notre confrère M. Roy l'expression de nos plus vives sympathies.

J'ai reçu aussi une lettre de M. Herpin qui s'excuse de ne pouvoir faire sa communication parce que dans son centre on est en train d'organiser des équipes volantes pour soigner les blessés de la face.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le président,
Ch. JEAY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE GRADE D'OFFICIER DENTISTE

Adoption du projet de loi par la Chambre des députés.

Nous avons annoncé en dernière heure dans notre numéro de juin que la Chambre des députés, dans sa séance du 5 juillet, a adopté à l'unanimité, sans débats, le projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire, tel qu'il résulte du rapport de la Commission de l'armée présenté par l'honorable M. Lorimy, rapport qu'on trouvera plus loin.

Quelques membres de la délégation des groupements professionnels des trois Ecoles dentaires de Paris et de Lyon et de la Fédération dentaire nationale chargées des démarches près des pouvoirs publics en vue de faire aboutir ce projet assistaient à cette séance, ainsi que plusieurs confrères du Corps enseignant de ces Ecoles.

Le Corps professionnel tout entier a lieu de se réjouir de ce premier résultat. C'est l'avant-dernière étape de cette importante réforme dentaire poursuivie avec une infatigable persévérance par nos Groupements professionnels.

Il reste encore une étape à franchir. Le Sénat à qui le projet a été aussitôt envoyé l'a transmis aux commissions compétentes.

Nous avons tout lieu d'espérer que la Commission de l'Armée qui a bien voulu en 1915, sur l'initiative de M. le sénateur, Paul Strauss, recommander la création des Services dentaires militaires et l'utilisation intensive des Ecoles dentaires pendant la guerre, accueillera favorablement à son tour le projet de loi du Gouvernement et que le Sénat le votera

comme vient de le faire la Chambre des députés en considération des services rendus par les dentistes militaires depuis le début des hostilités.

L'ODONTOLOGIE.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séance du vendredi 5 juillet 1918.

7. — Adoption d'un projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes.

M. le président. — L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du service de santé militaire.

Cette affaire a été inscrite à l'ordre du jour sous réserve qu'il n'y ait pas débat, en exécution des articles 97 à 99 du règlement.

Je consulte la Chambre sur le passage à la discussion de l'article unique.

(La Chambre, consultée, décide de passer à la discussion de l'article unique.)

M. le président. — *Article unique.* — L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art. 39.* — En cas de mobilisation, le cadre du corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

» Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentiste de 1^{re} et de 2^e classe.

» Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

» Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

Je mets aux voix l'article unique.

(L'article unique, mis aux voix, est adopté.)

(Journal officiel du 6 juillet 1918.)

RAPPORT

Fait au nom de la Commission de l'armée* chargée d'examiner le projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire,

Par M. LORIMY, député.

Messieurs,

La situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée est actuellement régie par le décret du 26 février 1916, complété par l'instruction du 27 février. Ils ne peuvent être nommés que *dentistes militaires* et ne peuvent accéder, dans la hiérarchie militaire, qu'au grade d'adjudant. Ils sont donc sous-officiers et resteront toujours sous-officiers, tant que les règlements actuels n'auront pas été modifiés.

Faut-il modifier ces règlements pour permettre aux dentistes militaires d'être nommés officiers ?

Le projet de loi du Gouvernement répond affirmativement à cette question et la Commission de l'armée qui en a été saisie en a adopté le principe.

* * *

Nous pourrions, sous la rubrique des considérations générales, nous étendre très longuement sur l'historique de la profession de dentiste, sur les modifications apportées successivement aux programmes d'études, sur les efforts des associations professionnelles

* Cette Commission est composée :

De MM. René Renoult, *président* ; Méquillet, Eugène Treignier (Loir-et-Cher), Pasqual, Etienne Rognon, Albert Seydoux, *vice-présidents* ; Mignot-Bozérian, commandant Maurice Binder, Camille Picard, Accambray, Dalbiez, Lasies, Paul Poncet (Seine), *secrétaires* ; Albert Thomas, d'Aubigny, Augagneur, René Besnard, Laurent Bougère, Bracke, Charles Péronnet, Amédée Couesnon, Deschamps, Dutreil, Etienne, Abel Ferry, Pierre-Etienne Flandin (Yonne), Girard-Madoux (Savoie), Frédéric Godet (Vienne), Gourd (Rhône), Henry Paté, Lachaud, Lauraine, Charles Leboucq, Lorimy, Maginot, comte Hubert de Montaigu, Jean Ossola, général Pédoya, Pierre Rameil, colonel de Puineuf, Raffin-Dugens, Renaudel, Thierry-Cazes, Vandame, Lucien Voilin (Seine) ;

Et de MM. Barabant, Bénazet, amiral Bienaimé, Antoine Borrel (Savoie), Bouilloux-Lafont, Caffort, de l'Estourbeillon, Henri Galli, Gaston Dumesnil (Maine-et-Loire), lieutenant-colonel du Halgouët, Pierre Laval, Millerand, Paul Laffont (Ariège), Pichery, Queuille, *membres nommés pour la durée de la guerre*.

elles-mêmes pour relever la valeur technique et le prestige de la corporation, enfin sur les différentes phases de l'évolution qui fit passer l'exercice de la profession de dentiste, de la liberté absolue¹.

Nous estimons qu'à cette heure, une semblable étude est hors de propos et que, du reste, un rapport sur un projet de loi concernant l'armée ne comporte pas de littérature et qu'il doit être bref comme le projet lui-même.

* * *

Nous rappellerons simplement l'état actuel résultant du décret du 11 janvier 1909, lequel modifia les études dentaires en exigeant :

1^o Le diplôme de bachelier ou le brevet supérieur de l'enseignement primaire ou le certificat d'études primaires supérieures ;

2^o Deux ans de stage et trois années d'études régulières dans une école officiellement reconnue.

3^o Un examen de validation de stage, douze inscriptions et trois examens spéciaux subis devant une Faculté de médecine.

Donc, ces études théoriques et techniques très sérieuses donnent aux chirurgiens-dentistes une valeur scientifique qui leur permet d'être admis au grade d'officier.

* * *

Les dentistes ont, depuis la guerre et même avant le décret du 26 février 1916, rendu les plus grands services à l'armée par leur spécialité ; ils en rendent tous les jours et en rendront ainsi jusqu'à la fin de la guerre.

Dans les services des blessés de la face et des maxillaires, les dentistes ont réalisé des appareils remarquables ; dans les centres d'édentés, tant au front qu'à l'arrière, les dentistes ont permis de récupérer actuellement un nombre d'hommes considérable, plus de 120.000, qui auraient été perpétuellement inaptes et qui ont pu être reversés dans le service armé.

Enfin, dans les cabinets dentaires de centres hospitaliers ou de dépôts, les dentistes militaires ont préparé la bouche des édentés pour leur permettre de recevoir des appareils de prothèse ; ils ont soulagé bien des douleurs, fait de l'hygiène de la bouche et par celle-ci ont évité des affections multiples soit locales, comme les phlegmons, les sinusites maxillaires, soit à distance comme les troubles de l'appareil digestif.

Nous estimons que ces services rendus par les dentistes mili-

1. Cette phrase, reproduite textuellement d'après le document officiel, présente une lacune, qu'il ne nous appartient pas de combler. — N. D. L. R.

taires doivent être pris en sérieuse considération et qu'ils justifient par eux-mêmes le droit au grade d'officier.

* * *

Quand le décret du 26 février 1916 créa les dentistes militaires de l'armée de terre en leur donnant le grade et la solde d'adjudant, M. le Ministre de la Marine, créa par un décret du 1^{er} mars 1916 les chirurgiens-dentistes de la marine en les assimilant à tous les points de vue aux médecins auxiliaires de la marine; puis, en vertu d'un autre décret du 2 décembre 1916, les médecins-auxiliaires de cette provenance purent être nommés, par avancements successifs, aux emplois de médecins de 2^e et 3^e classe.

Il ne nous appartient pas de soumettre à la critique la décision de M. le Ministre de la Marine; mais quoi qu'on puisse en dire, il n'est pas moins vrai que des hommes qui possèdent le même diplôme, qui font le même travail, dont le mérite et le dévouement sont égaux, ne peuvent être, dans l'armée de terre, que sous-officiers, tandis qu'ils peuvent dans l'armée de mer être successivement sous-officiers, puis officiers à un et deux galons. Ce fait est illogique et choque tout sentiment de justice et d'équité.

Si nous jetons un coup d'œil sur les armées étrangères, nous voyons que les dentistes militaires y peuvent devenir officiers. Ces armées sont celles de nos alliés: Angleterre, Etats-Unis d'Amérique, Belgique, Canada, Portugal, Roumanie; nos dentistes militaires, grâce à la cohésion, à l'amalgame même des armées, se trouvent fatalement en contact avec les dentistes étrangers; c'est heureux, c'est profitable; mais il ne faut pas qu'ils se trouvent en état d'infériorité vis-à-vis de ceux-ci, adjudants en face de capitaines, même s'ils sont professeurs, même s'ils ont rendu des services éminents.

* * *

On disait autrefois que tout soldat français avait dans sa giberne son bâton de maréchal; il est vrai que tout soldat peut, comme combattant, devenir sous-officier et officier par sa bravoure, sa conduite, son dévouement. Dans les services de l'armée, dans l'Intendance, dans le Recrutement, etc., un soldat peut espérer devenir officier, après examens spéciaux, s'il y a lieu. Un vétérinaire peut être nommé officier. Le diplôme de docteur en médecine donne droit au grade d'officier; des étudiants, même, avec un certain nombre d'inscriptions, peuvent obtenir le galon d'or. Les pharmaciens peuvent accéder au grade le plus élevé. Seul, le chirurgien-dentiste, quelle que soit sa valeur professionnelle, est stabilisé dans son grade de sous-officier par la législation militaire actuelle.

Et cependant, partout où on l'a placé au début de la guerre, il a mis sa spécialité au service de ses camarades. Comme dentiste militaire, il peut être affecté à un régiment, sous l'autorité du médecin-chef; il court les mêmes dangers que les médecins auxiliaires et les aides-majors, dont il est le plus souvent le collaborateur; il est à la peine sans être à l'honneur.

* * *

Nous pourrions borner là notre rapport, pensant avoir assez développé les arguments propres à justifier le principe posé par le projet de loi.

Nous laissons de côté les questions de pourcentage dans les nominations, du choix des officiers, de la tenue, des affectations et de l'avancement. Une réglementation spéciale en déterminera les détails, qui ne sauraient trouver place dans un texte de loi, sans l'alourdir.

Mais il nous paraît utile de modifier le deuxième paragraphe de l'article unique du projet en discussion qui dit : « Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : officier dentiste de première et de deuxième classe ». Nous proposons de supprimer purement et simplement le mot : « officier ». Ce terme nous paraît être complètement inutile; il n'existe pas dans la hiérarchie du corps de santé; on ne dit pas officier-médecin, officier-pharmacien. Nous proposons donc la rédaction suivante, savoir : « dentiste de première et de deuxième classe ».

* * *

Une dernière question se pose, qui intéresse en même temps et l'armée et les associations professionnelles et les écoles dentaires.

Quel sera le rôle, dans l'armée, des chirurgiens-dentistes, officiers ou non, en temps de paix ?

Le projet de loi, dans son premier paragraphe, ne vise que les dentistes militaires de la réserve et de l'armée territoriale et le cas de mobilisation. Nous pensons qu'il est sage de s'en tenir là pour l'instant.

Certes, les services rendus à l'armée par les dentistes militaires auront été tellement importants, et le projet de loi le reconnaît hautement, qu'on ne saurait plus refuser, en temps de paix, à nos soldats, les bienfaits de l'art dentaire. Chaque centre d'instruction, chaque groupe d'éléments militaires, chaque hôpital, aura, nous l'espérons, comme annexe du service médical, un cabinet dentaire; au moment de l'incorporation des recrues, surtout, le concours du dentiste sera précieux.

Mais n'anticipons pas sur les événements ; il est évident que l'organisation générale de l'armée subira de profondes modifications ; le service de santé n'en sera pas exempt et dans le corps de santé, le chirurgien-dentiste aura certainement la place qu'il aura su se faire par sa valeur technique et par son dévouement.

En conséquence nous vous proposons d'adopter le projet de loi dans le texte suivant :

PROJET DE LOI

Article unique.

L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 39. — En cas de mobilisation, le cadre du corps de Santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

» Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentiste de 1^{re} et de 2^e classe.

» Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

» Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

L'AIDE CONFRATERNELLE.

ALLOCUTION DE M. G. VIAU, PRÉSIDENT.

Assemblée générale du 13 juin 1918.

Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi de vous adresser quelques paroles de remerciement pour vous être dérangés aujourd'hui afin d'assister à notre Assemblée générale. Les circonstances graves que nous traversons nous ont obligés à tenir cette réunion à une heure où nos occupations nous appellent généralement dans nos cabinets ; je suis donc heureux de voir que vous avez répondu cependant à notre appel.

Notre secrétaire général vous dira tout à l'heure les raisons impérieuses qui ont dicté la création de l'*Aide confraternelle*. Il vous répétera que seul le sentiment de solidarité a présidé à sa

création lorsque nous avons fait appel à tous les groupements professionnels existants sans tenir compte de leur origine ou de leurs tendances politiques. Notre comité de patronage, exclusivement recruté parmi les confrères les plus autorisés de notre spécialité s'est trouvé comprendre, par cela même, les noms les plus connus des militants. Le conseil de direction et le bureau ont été constitués en cherchant à grouper le nombre d'individualités nécessaire à la bonne marche et au développement de notre œuvre, en les composant des éléments d'origine et d'idée professionnelles les plus différentes, mais qui, tous, étaient animés du plus vif désir de réussite. Tels qu'ils se présentent devant vous, ils peuvent vous certifier que leur préoccupation unique a été de réunir en un faisceau solide toutes les forces de notre profession pour qu'elle puisse prouver, par son altruisme, par son esprit de solidarité, sa réelle puissance en cherchant à égaliser son effort d'assistance confraternelle à celui réalisé par les services qu'elle a rendus au double point de vue scientifique et patriotique. Notre œuvre n'a d'autre but que de venir au secours de ceux d'entre nous que la guerre a cruellement frappés soit dans leur existence, soit dans leurs intérêts.

Toutefois, je me permettrai de rappeler ici l'absence d'un groupement important qui avait sa place parmi nous, à qui nous l'avons offerte et qui n'a cru devoir l'accepter qu'en posant des conditions différentes de celles d'autres sociétés et que votre Conseil de direction n'a pu admettre pour cette raison.

Dans quelques instants on va vous mettre au courant des résultats obtenus, de nos interventions et de l'assistance que nous avons pu apporter aux affreuses détresses qui nous sont signalées.

Le chiffre de souscription s'élève à l'heure actuelle à tout près de *cent mille francs* et, s'il est honorable pour la profession, il n'est hélas! pas suffisant. Il faut donc continuer notre tâche.

Les confrères étrangers ont fait largement leur devoir, mais la durée de cette guerre, le nombre toujours croissant de ses victimes exigeront un effort soutenu pendant longtemps encore.

Aussi, est-ce pour dire de nouveau qu'il est indispensable que chaque membre de notre Société fasse autour de lui, et particulièrement vis-à-vis de nos confrères français, une propagande incessante, que nous avons cru devoir nous réunir pour vous soumettre les directives et les résultats de notre gestion.

Il me sera agréable de remercier les membres de votre Bureau qui, par leur dévouement, ont réussi à assurer le succès de notre œuvre et particulièrement notre trésorier qui, par la sage et prudente administration de nos finances et par son dévouement personnel dans cette ingrate et difficile fonction, a réussi à obtenir

le minimum de dépenses indispensables au bon fonctionnement de notre œuvre. D'ailleurs, les chiffres qu'il vous donnera tout à l'heure, et sur lesquels j'appelle votre attention, ont toute leur éloquence.

Depuis trois années d'existence que compte actuellement l'*Aide confraternelle*, la mort a frappé quelques-uns de nos souscripteurs. Le docteur Cruet, un de nos vice-présidents, venu à notre premier appel, nous apporta une régulière et précieuse collaboration dans l'organisation de notre Société ; son activité bien connue avait trouvé dans notre œuvre de solidarité professionnelle une nouvelle occasion de se manifester. Il nous a aidés de ses conseils, de son expérience et nous avons tous été frappés par sa largeur de vues lorsqu'il s'est agi d'assister toutes les catégories de confrères et de mécaniciens-dentistes. Le Bureau de l'*Aide confraternelle* a fait une grande perte lorsqu'il est décédé après avoir été frappé cruellement, quelques mois avant sa mort, dans ses plus chères affections, et ce m'est un devoir de déclarer combien sa mémoire doit être chère à tous nos membres.

Un autre de nos premiers souscripteurs, R. Heïdé, un camarade et collaborateur de la première heure de l'École dentaire de Paris, a disparu également. Il nous avait apporté son concours en organisant en Suède une active propagande, qui a donné un résultat magnifique, non seulement par le chiffre important de la souscription, mais plus encore par le grand nombre de confrères généreux qui y ont participé. Notre regretté ami Heïdé a bien mérité toute notre reconnaissance.

Je terminerai, messieurs et chers confrères, en remerciant du plus profond du cœur les confrères français et étrangers qui ont répondu avec tant d'empressement à nos premiers appels ; qu'ils soient fiers des résultats obtenus, qui témoignent que dans notre profession (car seules les souscriptions des professionnels sont admises) il règne toujours des sentiments de générosité, de solidarité et de philanthropie. Mais que nos confrères français soient bien persuadés qu'ils n'ont pas encore fait tout leur devoir. Il leur reste à secouer l'indifférence, la nonchalance de certains de nos nationaux qui ne doivent pas oublier que, devant le cataclysme qui nous frappe, l'honneur des dentistes français exige qu'ils témoignent de plus nobles sentiments et que leur devoir le plus élémentaire est de venir en aide, selon leurs moyens et leur situation, à ceux que les malheurs ont laissés sans ressources, aux familles de ceux qui ont donné leur vie pour la défense de la Patrie.

C'est pour cela que nous pensons que personne aujourd'hui, n'a plus le droit de s'abstenir !

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude clinique des kystes paradentaires.

Le D^r Henri Chenet a publié, il y a un certain temps déjà, un important travail dont les circonstances ne nous ont pas permis de rendre compte ; nous le regrettons vivement et nous lui en adressons toutes nos excuses.

Ce travail comprend un court préambule, dans lequel l'auteur expose le but essentiellement clinique qu'il poursuit. Puis, après avoir rappelé en quelques mots seulement la classification étiologique de ces kystes et d'après la terminologie d'Ombredanne, qui lui paraît la plus claire, il expose son plan, qui comporte 4 chapitres.

Dans le 1^{er} chapitre, le D^r H. Chenet entreprend l'étude des symptômes et de l'évolution des kystes paradentaires, en général. Puis il étudie ceux du maxillaire supérieur, ensuite ceux du maxillaire inférieur.

Dans le 2^e chapitre, tout en citant de toutes pièces les observations les plus intéressantes, il décrit le kyste par rapport à chacune des dents qui a pu être son point de départ, avec toutes ses particularités, ses variétés cliniques et ses complications, en insistant sur la prédominance des symptômes cliniques particuliers à chacun d'eux et qui permettent justement de définir et de localiser cette origine.

Dans le 3^e chapitre l'auteur fait le diagnostic différentiel des kystes paradentaires, montrant, qu'en outre des caractères cliniques qui peuvent nous guider, la radiographie et la ponction sont d'excellents moyens, pour ne pas les confondre soit avec les tumeurs mixtes d'origine dentaire, soit avec les tumeurs bénignes des maxillaires, comme l'ostéome, soit avec certains sarcomes plus ou moins atypiques, soit enfin avec le ségmatu, l'abcès simple ou la sinusité primitive.

Dans le 4^e chapitre, il établit le traitement selon la méthode de son maître, le professeur Sebileau, montrant la nécessité absolue de toujours intervenir par le vestibule buccal, de pratiquer l'énucléation de la tumeur avec résection de son point d'implantation autant que possible ou, à son défaut, un curetage minutieux, bien complet, ne laissant aucun débris de la poche. Il préconise l'anesthésie générale et conseille la résection apicale au niveau de la cavité kystique si la dent causale vaut encore la peine d'être conservée, en obturant, bien entendu, le canal radiculaire dans toute sa hauteur.

Le volume est de 106 pages ; il comporte un grand nombre d'observations prises dans le service du D^r Sebileau, à l'hôpital Lariboisière. Ce travail, d'une réelle valeur, fait honneur au D^r Chenet qui montre là toutes ses qualités de clinicien ayant admirablement su tirer parti de ses solides connaissances odontologiques et nous sommes heureux de l'en féliciter, quoique bien tardivement.

Précis d'électro-radiologie.

M. le D^r Foveau de Courmelles, qui a déjà publié de nombreux ouvrages, notamment sur l'électricité, vient de faire paraître chez l'éditeur Octave Doin un *Précis d'électro-radiologie* (électro-radio-diagnostic, électro-radio-radiumthérapie) d'après le cours libre qu'il professe à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Ce volume, de 284 pages, illustré de 146 figures dans le texte avec une préface du prof. Albert Robin et un avant-propos, comprend trois parties. La première, consacrée à l'instrumentation, se divise en 4 chapitres ; la seconde, qui traite de l'électro et du radio-diagnostic, se divise en 6 chapitres ; la troisième, qui a pour objet la physiothérapie, compte 11 chapitres.

Ce livre, très condensé, mais en même temps très complet, contient toutes les notions nécessaires non seulement au médecin, mais au chirurgien-dentiste.

Rappelons que le D^r Foveau de Courmelles a publié antérieurement une *électrothérapie dentaire*, résumé du cours qu'il avait fait à l'École dentaire de Paris et dont la préface a été écrite par notre directeur.

L'auteur a droit à toutes nos félicitations et nous les lui adressons volontiers.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous relevons avec plaisir les citations suivantes :

AILLERIE (André-Théo), dentiste militaire au 232^e régiment d'infanterie.

« S'est offert pour remplacer le médecin auxiliaire absent dans un bataillon du régiment ; en a rempli les fonctions avec beaucoup de zèle et n'a pas hésité à transporter un blessé grièvement

atteint, en terrain découvert et violemment battu par le tir des mitrailleuses ».

Ordre du régiment (5 avril 1918). — Croix de guerre.

LUBETZKI, dentiste militaire, C. H. R.

« A rendu des services signalés au poste de secours central et fait preuve d'un dévouement sans bornes en secondant le service d'évacuation au cours des journées des 9 et 10 juin 1918 ».

Ordre du régiment, n° 317 du 29 juin. — Croix de guerre.

MASROUBY, dentiste auxiliaire au 172° d'infanterie.

« Le 4 avril, alors que ses fonctions lui permettaient de rester attaché aux convois à l'arrière du régiment, a demandé instamment à accompagner les médecins dans un poste de secours de l'avant du 4 au 15 avril, dans un village soumis à de violents bombardements journaliers et à des tirs d'obus toxiques, a donné ses soins aux blessés avec un zèle et une compétence professionnelle au-dessus de tout éloge et couronné par cette belle conduite dix mois de soins dévoués donnés à tout le régiment ».

MICHAUD-LARIVIÈRE (Raoul), soldat au G. B. D.

« Pendant les journées du 27 mai au 4 juin 1918, n'a cessé d'assurer la liaison entre le médecin divisionnaire et le médecin du G. B. D., portant les ordres à plusieurs reprises sous le feu violent de l'ennemi; toujours calme et plein d'entrain ».

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

PAPILLAUD, sous-aide major.

« D'un sang-froid héroïque et d'un dévouement oublieux de tout danger.

» Pendant les journées du 28 mai au 1^{er} juin, est resté toujours au milieu des combattants de première ligne, qui, sous la menace constante d'encercllement et dans de brillants corps à corps, défendaient leurs positions pied à pied.

» S'est toujours reculé le dernier, talonné par l'ennemi et après avoir réussi à évacuer tous ses blessés.

» Le 1^{er} juin a trouvé en se repliant deux mitrailleuses abandonnées, a eu la présence d'esprit de les faire mettre en position par ses brancardiers et a ainsi dégagé une compagnie restée dans une situation presque désespérée. Est parvenu à ramener ces pièces dans nos lignes ».

Le sous-aide major Papillaud est le fils de notre confrère M. Papillaud, pharmacien major de 2^e classe et membre du corps enseignant de l'École odontotechnique.

3^e citation. — Médaille militaire.

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

NÉCROLOGIE

Jules d'Argent.

L'École dentaire de Paris vient d'être cruellement éprouvée par la mort de M. Jules d'Argent, décédé le 4 juillet 1918, à l'âge de 61 ans.

Le défunt était l'une des figures les plus connues et les plus sympathiques de la profession dentaire française; aussi sa perte sera-t-elle vivement ressentie et universellement regrettée.

Jules d'Argent était né le 27 mars 1857; il avait fait ses études odontologiques à l'École dentaire de Paris, dont il avait été lauréat et dont il avait été diplômé en 1889. En 1892 il obtint le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Peu après il entra dans le corps enseignant de l'École et devenait successivement préparateur (1889), démonstrateur (1891), chef de clinique (1894), professeur suppléant (1897), professeur titulaire (1904). Sa désignation, dans ces dernières années, d'examineur pour le 3^e examen de chirurgien-dentiste à la Faculté l'avait obligé à résigner ses fonctions de professeur à l'École et il avait reçu l'honorariat. On voit qu'il joua ainsi un rôle actif dans l'enseignement. Ses leçons étaient empreintes d'une grande précision et d'une grande clarté, qualités distinctives de son esprit de méthode.

Son activité ne se borna pas là. Il prêta à l'Administration et à la Direction de la Société et de ses diverses branches le concours le plus complet et le plus assidu. Il fut depuis 1893 membre du Conseil d'administration de la Société de l'École et du Dispensaire dentaire de Paris, où ses avis éclairés et ses sages conseils étaient toujours écoutés avec attention et suivis la plupart du temps.

Il assumait pendant 14 ans (1892 à novembre 1905) la lourde tâche de trésorier, qui lui permit de faire valoir ses excellentes qualités d'administrateur. Il dirigea avec un ordre parfait la comptabilité et se montra économe des deniers de la Société tout en pourvoyant largement aux besoins de celle-ci.

Il était depuis 1905 vice-président du Conseil d'administration de la Société et directeur administratif de l'École depuis 1911.

Il était également depuis 1893 membre du Conseil d'administration de l'Association générale syndicale des dentistes de France, dont il fut vice-président en 1898 et président en 1899.

Malgré ses diverses fonctions dans l'enseignement et l'administration, Jules d'Argent apporta une collaboration active à toutes les manifestations de la vie scientifique de la profession.

Il présida en 1898 la Société d'odontologie de Paris, après en avoir été secrétaire général (1896), puis vice-président en 1897. Il y apporta des contributions remarquées.

Depuis plus de 25 ans il faisait partie du Comité de rédaction et d'administration de *l'Odontologie*, dans laquelle il publia des articles appréciés.

Il avait été l'un des organisateurs du Congrès dentaire international de 1900 à Paris, dont il avait présidé une section. Il était membre de la F. D. I. et avait participé à plusieurs de ses sessions ; il était également membre de la F. D. N.

Il avait été chargé en 1916 par le ministre de l'Instruction publique d'une mission sur l'enseignement dentaire au Canada. Il était docteur en chirurgie dentaire et professeur honoraire de l'Université de Montréal. Il avait obtenu la médaille d'argent des chefs de clinique et la médaille des professeurs à l'École dentaire de Paris en 1908.

Il était officier de l'Instruction publique depuis mai 1904.

Ses obsèques ont eu lieu le samedi 10 juillet à 10 heures du matin ; elles ont été l'objet d'une manifestation de sympathie de la part des diverses Sociétés professionnelles auxquelles le défunt était affilié. Des couronnes avaient été envoyées ; une délégation d'élèves y assistait ; enfin l'École, l'Association, la Société d'odontologie, *L'Odontologie*, la F. D. N. avaient envoyé des représentants, de nombreux confrères étaient venus apporter un souvenir ému au disparu.

Il a été prononcé sur sa tombe, au cimetière, quelques paroles d'adieux et de regrets, que nous reproduisons ci-après, en adressant à la famille, notamment à M^{me} d'Argent, sa veuve, à M^{me} et M. Guy Crocé-Spinelli, ses fille et gendre, nos très sincères condoléances, avec nos profonds regrets et l'expression de la gratitude que nous devons au défunt pour les éminents services qu'il a rendus au Groupement.

DISCOURS DE M. LE D^r GODON.

Directeur de l'École dentaire de Paris.

Malgré le caractère d'intimité familiale qu'imposent en ce moment à nos cérémonies les tragiques événements que nous traversons, nous ne voulons pas laisser se fermer cette tombe sans prononcer ici en mémoire de Jules d'Argent, au nom de l'École dentaire de Paris, de

l'Association générale des dentistes de France et de la Fédération dentaire nationale quelques paroles de sympathie et d'adieu.

Jules d'Argent a été pour toutes ces sociétés pendant de longues années un collaborateur dévoué, un conseiller précieux et pour beaucoup d'entre nous un ami sur qui nous pouvions compter.

En effet, inscrit à l'Ecole dentaire en 1886 comme élève, diplômé de l'Ecole en 1889 et de la Faculté de médecine en 1892, il n'a cessé depuis cette époque, comme on vous le dira, d'apporter à l'œuvre d'enseignement et d'assistance de notre société un concours de tous les instants.

C'est ainsi qu'il a gravi successivement tous les degrés de la hiérarchie en rendant des services appréciés de tous et n'abandonnant son poste de professeur, il y a quelques années seulement, que pour celui d'examineur à la Faculté de médecine où il savait que sa présence pouvait être des plus utiles pour la cause des chirurgiens-dentistes.

On vous dira aussi que pendant cette longue période il a contribué par de nombreux travaux à la Société d'Odontologie et par des publications à notre Revue *l'Odontologie* à l'œuvre de rénovation scientifique de l'Art dentaire en France poursuivie par l'Ecole dentaire de Paris.

Mais c'est surtout comme administrateur que d'Argent a mérité la reconnaissance de nos groupements professionnels.

En sa qualité de membre du Conseil d'administration depuis 1893, comme trésorier de 1892 à 1905, comme vice-président depuis 1905 et directeur administratif depuis 1911, il a fait bénéficier nos œuvres de ses grandes qualités de méthode, de son esprit pratique et clairvoyant, de ses nombreuses connaissances administratives.

Je ne veux pas oublier la part active qu'il a prise aux différentes réunions de la Fédération dentaire nationale ainsi qu'aux réformes poursuivies par nos groupements.

Récemment encore, chargé d'une mission officielle au Canada comme délégué du Gouvernement et de nos sociétés, il allait faire des conférences aux étudiants chirurgiens-dentistes de l'Ecole de Montréal, qui, en récompense, lui conférait les titres de docteur et de professeur honoraires.

Ainsi J. d'Argent ne s'est pas contenté d'être un praticien instruit, consciencieux, habile dans son art et par suite très apprécié de la nombreuse clientèle qu'il s'était créé, il a tenu aussi à s'intéresser à l'évolution et au progrès de sa profession auxquels il a consacré une grande partie de son temps, son intelligence, son activité, son dévouement.

De cela, nous, ses collègues et ses amis, nous lui en sommes reconnaissants et, au nom de nos groupements professionnels, en lui adressant un dernier adieu, nous avons voulu apporter ici à sa famille avec nos sincères condoléances l'hommage de nos sympathies profondément attristées !

DISCOURS DE M. LE D^r ROY,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Au nom du *Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris* et de l'*Association des professeurs des Ecoles dentaires*, je viens saluer

ici la dépouille mortelle de notre regretté collègue Jules d'Argent.

Nommé démonstrateur en 1891, il fut successivement chef de clinique, professeur suppléant, puis professeur titulaire en 1904. Mais, s'il était doué de grandes qualités pédagogiques, il était aussi doué de grandes qualités administratives et il s'était progressivement laissé absorber presque exclusivement par ces dernières, et les grands services qu'il a rendus dans la gestion de nos sociétés et pour lesquels notre président Godon vous a dit toute notre reconnaissance ne lui ont malheureusement pas permis de donner toute la mesure des précieuses qualités pédagogiques dont il avait fait preuve dans ces diverses fonctions.

Président, ces dernières années, de l'Association des professeurs des Ecoles dentaires, il a collaboré à la préparation des programmes des nouvelles études et des nouveaux examens institués par le décret de 1909 et nous a apporté dans cette préparation le concours de son esprit méthodique et précis.

Par diverses communications d'ordre pratique et surtout par ses travaux sur l'anesthésie locale par réfrigération, Jules d'Argent a apporté une très intéressante collaboration à la Société d'Odontologie de Paris, qu'il présida en 1898, et au journal *l'Odontologie*, dont, depuis de longues années il était membre du Comité de rédaction et où son concours et ses avis judicieux étaient des plus appréciés.

Au moment de la suprême séparation, je tiens, au nom de ses collègues, à dire à notre regretté ami d'Argent un éternel adieu et à présenter à sa famille l'hommage de notre douloureuse et profonde sympathie.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination de notre collègue Georges Robin, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, actuellement médecin-major de 2^e classe, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos très vives félicitations.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Notre collègue, M. Blatter, directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé vice-président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, en remplacement de M. Jules d'Argent, décédé.

Mission.

Notre collègue, M. Georges Villain, dentiste militaire, chef des services techniques du Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris, vient de partir en mission en Amérique. Envoyé officiellement par M. le Sous-secrétaire du Service de santé militaire pour représenter les Sociétés dentaires françaises au Congrès annuel de Chicago, qui doit se tenir du 5 au 9 août 1918.

Ce Congrès est particulièrement important cette année, car il doit réunir les dentistes américains et canadiens, et plusieurs sociétés dentaires y tiendront leur réunion annuelle.

En outre, pour la première fois, une section s'occupera de l'organisation militaire des services dentaires dans l'armée.

Nomination.

Par décision ministérielle du 25 juin 1918, a été nommé à l'emploi de médecin de 3^e classe auxiliaire chirurgien-dentiste (pour compter de la date de cette décision) :

M. le médecin auxiliaire chirurgien-dentiste Larrea (Jean), du port de Toulon.

Nous adressons nos félicitations à notre confrère.

A. F. A. S.

Le comité d'administration de l'A. F. A. S. (Association française pour l'avancement des sciences), a décidé, dans sa séance du 25 juillet 1918, que l'assemblée générale aura lieu le 31 octobre 1918.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

THROMBO-PHLÉBITE DES SINUS CAVERNEUX CONSÉCUTIVE A UN ABCÈS SOUS-MAXILLAIRE GAUCHE D'ORIGINE DENTAIRE

Par le médecin aide-major de 1^{re} classe CHARBONNEAU,
Médecin-chef du Centre de Prothèse élémentaire de la 4^e région.

Cette observation recueillie à l'ambulance divisionnaire n^o ... où j'étais chargé du service dentaire de la ... division, me semble intéressante à rapporter.

1^o Par la rareté des cas de cette complication d'une affection dentaire publiés dans la littérature médicale ;

2^o Par la marche suraiguë de cette infection dont l'évolution locale paraissait normale et ne pouvait faire pressentir un pronostic aussi grave et un dénouement aussi rapide.

Les phlébites des sinus latéraux, complications des lésions de l'oreille, ont été observées fréquemment par les spécialistes, surtout pendant ces années de guerre à la suite de blessures ou d'opérations à cet organe. Les phlébites des sinus caverneux consécutives à des furoncles de la lèvre supérieure et propagées par la veine faciale et l'ophtalmique, quoique moins fréquentes, ne sont pas des raretés pathologiques et ont été bien étudiées par Reverdin, Le Dentu, Verneuil, Duvet, Panas, de Lapersonne et Lancail.

Au contraire, les phlébites des sinus caverneux, complications d'infections de la mâchoire inférieure, presque toujours d'origine dentaire, sont excessivement rares et ne furent étudiées et signalées que par les quelques observations de Leynseele (1857), Bortoux, Desmons, Daga, Rever-

din, Verneuil, Desprès, Pietkiewicz, Couderc, Magitot et surtout par les travaux de Terson (1893). Dans ces cas, il s'agit presque toujours d'une affection des dernières molaires du maxillaire inférieur gauche, avec ostéopériostite suppurée et gros décollement et presque toujours propagées par le plexus ptérygoïdien et les veines du trou ovale ou petit rond.

Notre observation suit la marche commune de ces derniers cas : l'abcès d'origine dentaire siègeait au maxillaire inférieur gauche au niveau de la deuxième grosse molaire ; cette infection ne s'est pas propagée par la faciale et l'ophtalmique comme l'a montré l'autopsie et n'a pas eu d'autre voie que le plexus ptérygoïdien et les veines des trous rond ou ovale.

Cependant, dans notre observation, cette complication fut d'autant plus inattendue que l'évolution locale de l'abcès dentaire semblait normale et bénigne, sans grand décollement, sans la fluctuation d'une vaste poche et était en voie de résolution.

Le soldat D... entre à l'ambulance le 3 mai. Billet d'hôpital de son corps avec diagnostic : abcès sous-maxillaire gauche consécutif à caries dentaires.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Homme affecté à une section automobile — Classe 1896 — Conducteur de taxi-auto dans la vie civile, d'apparence malade.

A la suite de douleurs, venu le 27 et 28 avril à la consultation dentaire, il a été examiné par le dentiste militaire A... qui pose le diagnostic :

1° Carie 4° degré de la deuxième grosse molaire inférieure gauche.

2° Carie 3° degré de la deuxième prémolaire inférieure gauche : pansements à l'acide arsénieux de cette dernière dent et dévitalisation.

Les jours suivants après léger nettoyage, la grosse molaire, jugée impossible à soigner, est laissée telle.

Le 1^{er} mai, le dentiste militaire A... constate, à une nou-

velle visite du malade, de l'empâtement de la région sous-maxillaire gauche : abcès en voie d'évolution consécutif à la carie de la 2^e grosse molaire. L'extraction de cette dent est tentée, la couronne se brise, les racines ne sont pas extraites.

Le 3 mai, le malade entre à l'ambulance dans mon service.

A l'examen il présente un gros empâtement de la région sous-maxillaire gauche avec œdème remontant à la face sous l'arcade zygomatique. Douleurs violentes, œdème dur, sans fluctuation.

Extraction immédiate des deux racines de la deuxième grosse molaire, et même de la deuxième prémolaire en cours de traitement, cette dernière par précaution et pour assurer si possible un plus large drainage. Soins consécutifs, lavages, pansements humides.

Les 4 et 5 mai, amélioration des phénomènes douloureux. L'affection semble suivre un cours normal vers la guérison, diminution de l'œdème.

Le 6 à la visite du matin, l'œdème continue à se résorber, n'intéresse plus que la région sous-maxillaire. Douleurs presque nulles. Chaque matin, le malade de son propre mouvement se rend au cabinet dentaire, situé au premier étage de l'immeuble occupé par l'ambulance, et reçoit les lavages habituels.

Remarqué le même matin, 6 mai, léger œdème de la paupière supérieure de l'œil gauche. Le malade interrogé accuse un coup sur sa table pendant la nuit.

Cette dernière explication, toute naturelle, de ce léger œdème avec petite ecchymose à la queue du sourcil, sans érosion appréciable, n'attire pas davantage nos recherches.

A la contre-visite, 2 heures, malaise général. Le malade se plaint de douleurs violentes à la tête. Température axillaire 39° 3.

Après son coup de la nuit précédente, mon esprit s'arrête à l'évolution possible d'un érysipèle; l'œdème de la paupière avait augmenté, le soir douleurs de tête très violentes; le malade est agité, délire. Appelé à 3 heures du matin, le malade est délirant, pouls petit, rapide, respiration sterto-

reuse, gâteau dur, rouge, occupant la région du sinus frontal gauche et s'étendant vers la région temporale, exophtalmie, inégalité pupillaire ; le malade tombe dans le coma.

Phlébite probable des sinus caverneux.

Examen des urines : Albumine — traces.

Glucose — néant.

Ponction lombaire : Liquide très clair.

Une incision sous-conjonctivale sous le globe oculaire ne donne aucune gouttelette de pus.

Le malade meurt dans le coma dans la matinée du 7 mai.

L'autopsie faite le 8 mai confirme le diagnostic de thrombo-phlébite des sinus caverneux consécutive à un abcès sous-maxillaire d'origine dentaire et explique son évolution par la voie des plexus ptérygoïdiens et les veines du trou ovale ou petit rond, ainsi que le coma.

1° Petit foyer congestif à la face inférieure du cerveau avec ramollissement très superficiel de la substance grise de la grandeur d'une pièce de un franc à grand axe antéro-postérieur, siégeant à 3 centimètres en arrière de la scissure de Sylvius sur le bord interne de la deuxième circonvolution temporo-occipitale gauche.

2° Second petit foyer congestif non encore ramolli un peu plus en avant et en dehors sur la première circonvolution temporo-occipitale.

3° Une coupe perpendiculaire au grand axe antéro-postérieur du cerveau faite dans cette région révèle un petit foyer hémorragique de la grosseur d'un pois dans la substance blanche (Centre ovale).

4° L'incision des sinus caverneux laisse écouler un liquide brun, sanieux, mélangé de pus et de sang.

5° L'incision de la veine faciale ne donne aucune trace de pus.

L'infection n'a pu se propager que par le plexus ptérygoïdien.

Conclusion.

1° Complication aussi grave que l'affection première

semblait bénigne, l'abcès régressant normalement, sans la fluctuation d'une vaste poche, sans décollement.

2° Evolution suraiguë (36 heures) et tellement rapide que l'infection ne gagna pas l'œil droit; aussi ne furent pas observés la double exophtalmie, le double œdème périorbitaire signalés par les auteurs des observations déjà publiées.

3° L'ouverture de la veine faciale à l'autopsie ne nous a révélé aucune trace de pus, donc l'infection n'a pu se propager que par les plexus ptérygoïdiens et les veines du trou ovale ou petit rond.

Le diagnostic ne peut être porté qu'après évolution complète de l'infection par les phénomènes oculaires, l'infection se propageant de dedans en dehors et n'atteignant l'œil et ses annexes qu'après les sinus. Au contraire, l'évolution des phlébites consécutives aux furoncles de la lèvre supérieure peut être suivie de dehors en dedans par l'induration et l'œdème du trajet veineux et l'atteinte de l'œil et de ses annexes avant le sinus.

5° Le mode de propagation ne permet aucune thérapeutique et le pronostic de semblable affection est fatal.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

PROCÉDÉ DE TENUE DE DENTIER COMPLET

Par le médecin aide-major de 1^{re} classe CHARBONNEAU,
Médecin-chef du Centre de Prothèse élémentaire de la 4^e région.

J'ai remis en honneur au Centre de prothèse dentaire de la 4^e région un vieux procédé de « Succion en caoutchouc mou vulcanisé » en même temps que la pièce qui m'a donné toute satisfaction dans nombre de cas, et en particulier chez tout édenté au palais plat, sans crête, sans points de rétention des bords alvéolaires. Empreinte au plâtre et cuisson sur le modèle sont nécessaires comme dans tout dentier complet.

Au centre exact de gravité du modèle je fais tracer un sillon de forme circulaire, de la circonférence d'une pièce d'un franc, à bords externes nets, à bords internes mousses, d'une profondeur de 1 m/m. et d'une largeur de 3 m/m. Cette partie sera bourrée par une rondelle de caoutchouc mou très mince de la circonférence du sillon, et recouverte de caoutchouc dur pour éviter la cassure ultérieure à ce point de moindre résistance.

Cuisson d'au moins deux heures et demie à température basse suivant le caoutchouc, vers 145 ou 150°, afin de conserver au caoutchouc mou toutes ses qualités.

On obtient sur la pièce un relief et une petite surface de caoutchouc mou qui font succion parfaite.

Ainsi seront évités tous les ennuis des succions à rondelles, et seront récupérés tous les avantages.

Cette succion est très bien supportée, elle n'occasionne aucune des blessures des muqueuses observées après le port des succions à rondelles et permet à l'édenté, dès les premiers jours, une mastication parfaite et rapide, malgré les

conditions mauvaises de nourriture et de temps qui souvent sont la cause de mise aux oubliettes des dentiers qui leur sont alloués.

UTILISATION DES DENTS NATURELLES POUR TRAVAUX A PONT ET DENTS A PIVOT

Par M. HULIN,

Etudiant en chirurgie dentaire.

Une des causes qui firent, pendant longtemps, rejeter les dents naturelles pour les travaux inamovibles (bridges, dents à pivots) est la difficulté qu'éprouvaient les dentistes à assortir leurs teintes. Une dent saine, sèche, perd sa teinte, ou presque et l'on ne retrouve plus cette variété de couleurs qui existe dans la dent vivante. Je ne veux pas rechercher ici les causes de ce phénomène, qui, s'il n'existait pas, simplifierait la question. Il suffirait d'un assortiment, d'un choix, de plusieurs teintes.

La facilité avec laquelle les dents humaines rapportées s'infectent en bouche, fit de cette particularité un second écueil, car la carie survenant d'elle réduisait vite à néant les travaux les mieux conditionnés. Aussi bon nombre de praticiens condamnèrent-ils l'emploi des dents naturelles pour leurs travaux.

C'est sacrifier un peu vite de si utiles auxiliaires qui se vengent d'ailleurs, chaque fois qu'on les compare à leur remplaçante en porcelaine.

Je crois avoir aplani ces deux difficultés.

Il suffira de scier une dent naturelle conservée aseptiquement dans l'eau formolée au niveau du collet, soit à plat, soit en biseau suivant l'usage auquel on la destine, puis de vider, à l'aide d'une fraise, tout le contenu de la couronne; la dentine étant entièrement extirpée il restera une coquille d'émail, incolore puisque privée de sa dentine. On s'assurera s'il n'existe pas de fissure, puis on pourra dès lors ajuster cette coque sur le modèle. La teinte étant choisie, il ne restera plus qu'à remplir la dent d'un ciment coloré suivant la teinte que l'on veut obtenir. Il existe dans le commerce toute une série de ciments plus ou moins colorés, on prendra de préférence ceux qui le sont le plus, puis par un mélange on obtiendra le ton nécessaire. Les *synthetics* donnent de bons résultats, ils existent en toutes teintes du gris

au rose, etc., leur transparence assure un aspect plus vivant.

Les dents ainsi préparées seront montées avec bague de façon à éviter l'infiltration salivaire. Voilà pour la teinte; il nous reste à examiner les garanties de résistance qu'offrent ces dents à la carie.

Dans ces conditions de préparation, cette carie restera localisée à l'émail et pourra toujours être réparée par les moyens ordinaires, aurification, ciment, etc...

On peut même limiter les risques de carie en obturant préventivement les sillons et une articulation pourra toujours être modifiée par un inlay ou une aurification faite à propos et avant le scellement définitif.

REVUE DES REVUES

MÉTHODE GÉNÉRALE ET TECHNIQUE DES GREFFES OSTÉOPÉRIOSTIQUES

Par Henri DELAGENIÈRE (du Mans),

Médecin-major de 1^{re} classe,
Chirurgien-chef du 2^e secteur de la IV^e région.

Le 3 mai 1916 j'apportais, devant la Société de Chirurgie, 41 cas de greffes ostéopériostiques presque toutes suivies d'un bon résultat : quelques-unes encore trop récentes pour pouvoir entraîner la conviction, mais le plus grand nombre terminées par une guérison complète.

Je vous apportais aussi la technique que je suivais, dans l'espoir de voir la méthode appliquée par d'autres collègues.

Cette espérance n'a pas été vaine, et quelques travaux ont été publiés, avec quelques rares résultats et des descriptions techniques telles que j'ai pensé n'avoir pas été suffisamment compris, lors de l'exposition de ma méthode.

Je reviens donc aujourd'hui sur cette intéressante question, en appuyant ma communication sur 118 nouveaux cas, dont quelques-uns sont encore en traitement.

.....
J'ai introduit quelques modifications à ma première manière de procéder. C'est ainsi que, pour le crâne, j'ai cherché à obtenir des greffes plus solides et plus fixées aux os du crâne, en les plaçant, face sécrétante, sur l'os bien dénudé ; et que, pour les os longs, j'ai abandonné l'emploi de toute plaque métallique et de toute suture, ne cherchant l'immobilisation des greffes que par des appareils plâtrés pour les membres, et intrabuccaux pour le maxillaire.

Ma technique actuelle n'est sans doute pas définitive, mais elle constitue un nouveau perfectionnement et permet déjà d'obtenir, presque à coup sûr, des résultats satisfaisants.

Les faits sont assez nombreux et disparates, les résultats assez réguliers et assez bons pour qu'il soit possible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un simple procédé opératoire, mais d'une méthode

générale de reconstitution partielle ou totale des os. Il ne s'agit certes pas d'une découverte, la méthode a été conçue par Ollier, qui a été trop oublié par les quelques chirurgiens français qui ont écrit sur les greffes périostiques.

Ollier rapporte, en effet ¹, une observation de transplantation, sous la peau du front, d'un lambeau périostique pris au tibia. L'opération est pratiquée le 13 mai 1865; le périoste est décollé à la rugine, introduit sous la peau du front décollée en tunnel. Mais il y a suppuration, on craint l'érysipèle, et on se décide à enlever le lambeau périostique. Or, quand on l'enlève, *on trouve qu'il est adhérent en plusieurs points et que, par conséquent, il commençait à se greffer.*

PRISE DU GREFFON.

Instrumentation. — Aucune instrumentation spéciale n'est nécessaire. Un ciseau-burin, à un seul biseau, bien tranchant, et un maillet en cuivre sont suffisants. Le ciseau doit être emmanché dans un manche gros et robuste, afin de ne pas risquer de tourner dans la main pendant la prise du lambeau. Les manches d'ostéotome de Mac Ewen sont très commodes. D'ailleurs, on peut se passer de manches spéciaux et employer les ciseaux-burins du commerce.

Conditions à remplir par le greffon. — Le greffon doit avoir l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes, et ne jamais atteindre toute l'épaisseur de la lame du tibia.

Il s'agit donc d'une greffe périostique, doublée dans toute son étendue d'une mince couche osseuse, d'où le nom de greffe ostéo-périostique que je lui ai donné.

La lame osseuse est indispensable pour donner de la consistance au greffon, pour maintenir le périoste bien tendu, pour le conserver dans toute son intégrité, avec toutes ses cellules ostéogéniques, et dans son milieu physiologique, afin que la fonction ostéogénique du périoste puisse continuer à se faire.

Théoriquement, le rôle de cette couche osseuse serait donc transitoire, et elle serait destinée à disparaître, pour être remplacée par de nouvelles couches osseuses sécrétées par le périoste greffé; mais pratiquement, on peut la considérer comme se greffant elle-même, et comme faisant partie du nouveau cal osseux recherché par la greffe. On peut ainsi se rendre compte de la réussite de la greffe osseuse au niveau des pertes de substance

1. Ollier, t. II, p. 436.

du crâne. Les greffons sont résistants et paraissent solides au bout de 15 à 20 jours après l'opération.

D'autre part, si une faute opératoire fait que la plaie suppure, on assiste alors à l'élimination de quelques petites esquilles de la partie osseuse de la greffe, mais le périoste reste en place et sécrète alors seul, et plus lentement, un nouvel os qui finit par se consolider.

J'ai observé quelques exemples de ce phénomène. C'est ainsi que chez deux malades greffés pour perte de substance du maxillaire inférieur et considérés comme des insuccès, le greffon périostique a continué sa fonction, après diminution de la couche osseuse, et a amené la consolidation désirée.

L'idéal serait donc d'obtenir, sous le périoste, une couche osseuse partout égale en épaisseur, épaisseur représentant environ celle d'une pièce de 50 centimes. Cette couche osseuse laisse à la greffe une souplesse suffisante pour permettre de la modeler à la main, de l'incurver, de la plier, enfin de rendre son application plus facile et plus sûre, en permettant de réaliser les meilleures conditions pour la reprise.

Dans la pratique, la prise de cette lame osseuse est assez difficile à bien réaliser. L'os éclate et transforme en lamelles osseuses plus ou moins larges la lame régulière recherchée. Toutes ces lamelles doivent être bien accolées au périoste avec lequel elles sont enlevées, car leur vitalité dépend surtout de leurs connexions avec le périoste.

Quoi qu'il en soit, les lamelles doivent, dans leur ensemble, constituer une lame complète doublant le périoste. Parfois, le ciseau a fait une petite échappée, de sorte qu'une petite portion de la greffe est dépourvue de lamelle osseuse. Cet accident n'a pas grande importance, si la portion dépourvue d'os n'est pas considérable ; mais, au niveau du crâne, où l'évolution de la greffe peut être suivie facilement, on peut voir que la portion dépourvue de lame osseuse reste élastique pendant longtemps, alors que les autres parties de la greffe sont déjà consolidées.

Quant à l'étendue du greffon, elle varie essentiellement avec le but à atteindre par la greffe. Pour le crâne, par exemple, les greffes ostéopériostiques doivent recouvrir tout l'orifice et le dépasser d'environ un centimètre en tous sens. Si l'orifice est considérable, les greffes sont juxtaposées comme les lames d'un parquet. Il faut toujours prendre en largeur la totalité de la face interne du tibia, sauf pour des cas tout à fait exceptionnels de toutes petites greffes. On peut, sur un tibia moyen, prendre ainsi 25 centimètres de greffes successives. Chez un de mes opérés, j'ai dû prendre la presque totalité des faces internes des deux tibias. Ces grandes

greffes ne sont pas prises d'un seul coup, pour être ensuite taillées aux longueurs voulues. Il vaut mieux que chaque greffe soit délimitée sur le tibia même, et enlevée séparément. On les dessine ainsi les unes sous les autres, avec la pointe du bistouri, puis on les amorce chacune, sur ses quatre bords, avec le ciseau.

Pour le maxillaire inférieur, les dimensions des greffons devront être déterminées, après réduction en bonne position des fragments. Cette réduction se fait facilement surtout si les appareils sont munis de guides.

En résumé, le greffon doit avoir toute la largeur de la face interne du tibia, être de longueur variable, suivant le but à atteindre; il doit avoir l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes, et être aussi régulier que possible. En aucun point, le ciseau ne doit avoir pénétré dans la cavité osseuse du tibia.

Taille des greffons. — C'est le temps le plus important et qui demande une description détaillée.

Le greffon se taille, lorsque la partie à greffer a été préparée. On sait donc les dimensions qui doivent être données aux greffes, le nombre de ces dernières, etc.

La jambe sur laquelle doit être prise la greffe est rasée avec soin et placée sur un coussin de sable. On prend de préférence la jambe du même côté que la lésion, afin de simplifier le passage d'une plaie à l'autre.

On pratique alors une incision sur la face interne du tibia, en plein milieu, et longue de 5 à 30 centimètres, suivant la longueur totale des greffes à prélever. La face interne du tibia est mise à découvert, en respectant le périoste et la mince couche celluleuse qui le recouvre, et en décollant suffisamment la peau pour bien exposer les deux crêtes osseuses qui limitent cette face interne du tibia. Il est important, sauf dans les cas rares de petites greffes, d'employer toute la largeur de la face interne du tibia. Quand la face interne est ainsi bien exposée, on procède au tracé des lambeaux.

Tracé des lambeaux. — Pour simplifier la description, je prendrai le cas le plus habituel nécessitant la prise de deux greffes de 6 centimètres de longueur, par exemple.

Avec un bistouri à pointe rabattue, je fais d'abord transversalement, sur la face interne du tibia, au niveau de la jonction de la diaphyse à l'épiphyse supérieure, une incision du périoste à fond. Six centimètres plus bas, je fais une deuxième incision transversale et, enfin, une troisième incision transversale, encore 6 centimètres plus bas. Ces incisions ont donc tracé les limites des deux greffes nécessaires en longueur. Je les limite ensuite en

largeur, en suivant avec le bistouri la crête tibiale, puis le bord interne de l'os.

Les deux greffes sont alors dessinées; il faut ensuite les amorcer.

Amorce des greffes. — Cela consiste à entamer la couche osseuse sous-périostée dans tout le pourtour des lignes d'incision. Pour cela, le ciseau est maintenu d'abord droit et bien perpendiculairement à la surface de l'os. On frappe à petits coups de marteau pour le faire pénétrer d'environ 1 à 2 millimètres. Lorsque cette incision osseuse est terminée, il faut commencer le vrai amorçage des greffes. — Cela consiste à repasser le ciseau dans l'incision osseuse, mais en le tenant très obliquement, presque parallèlement à la surface de l'os. On frappe sur le ciseau à petits coups, de façon à commencer la taille de chaque greffe tout autour. Ce temps de la prise des greffes est important, car il permet de constituer, sur le pourtour de chaque greffe, une ébauche de cadre osseux qui maintiendra le périoste toujours tendu et facilitera, d'autre part, le décollement de la totalité de la greffe.

Prise de la greffe. — Les greffes viennent d'être amorcées. Chacune est bien délimitée par ses bords relevés et semble être prête à se détacher elle-même de la face interne du tibia. Elle n'est plus adhérente que par son centre, dans une largeur de 15 à 20 millimètres.

Je fais alors maintenir le pied en rotation interne, jusqu'à ce que la face interne du tibia soit perpendiculaire, et en allant de la crête tibiale vers le bord interne de l'os, je détache, à petits coups répétés et aussi réguliers que possible, la couche osseuse.

Pour tailler cette couche osseuse régulièrement et sans à-coups, il faut tenir le ciseau biseauté biseau en haut, et maintenir vigoureusement le contact du tranchant sur l'os. Si ce tranchant est dirigé trop verticalement vers le canal osseux, on court le risque de l'y faire pénétrer ou de prendre un lambeau trop épais; si, au contraire, le tranchant est porté trop parallèlement à la surface de l'os, on risque de faire une échappée et de décoller, dans une certaine étendue, le périoste de la couche osseuse qui est indispensable pour le but poursuivi. Il faut donc procéder doucement, se rendre compte, avec la main gauche qui tient le tranchant du ciseau sur l'os, du degré d'inclinaison nécessaire pour donner au lambeau l'épaisseur voulue.

J'ai déjà insisté sur la nécessité de procéder doucement, avec patience, par petits coups de marteau très réguliers. L'idéal, à ce point de vue, serait peut-être d'employer un marteau électrique qui simplifierait certainement beaucoup la prise de la greffe. Quant aux rabots employés pour les divers usages de l'industrie, ils ne

me paraissent pas pouvoir donner satisfaction, en raison du modelé très irrégulier de la face interne du tibia. D'ailleurs, la prise du lambeau avec un peu d'habitude est facile, à la condition de se conformer exactement aux indications qui précèdent.

Lorsque la greffe est détachée complètement, on la place simplement sur une compresse stérile sèche, et on la transporte, le plus tôt possible, dans la place qu'elle doit occuper. On ne doit jamais la déposer dans du sérum, ni dans aucun liquide.

Au moment où elle est détachée, la greffe a l'aspect d'un copeau de bois épais. Elle se trouve enroulée en gouttière sur sa face périostée. Cette face est lisse et régulière, le périoste la recouvre complètement et adhère parfaitement à la couche osseuse, sur laquelle il reste tendu. La face postérieure ou osseuse de la greffe, *face sécrétante*, est rugueuse, formée de lamelles osseuses, irrégulières d'aspect, mais bien accolées les unes aux autres, pour tapisser complètement la face profonde du périoste qui a été conservée dans son intégrité avec toutes les cellules ostéogènes situées dans la couche superficielle de l'os.

La greffe, dans son ensemble, a la consistance d'une forte lamelle de bois. On peut la couder, la redresser, mais parfois on doit s'aider de deux pinces hémostatiques, pour briser des lamelles osseuses trop épaisses pour pouvoir être façonnées commodément.

OPÉRATION PROPREMENT DITE.

Généralités. — Il est indispensable, pour obtenir de bons résultats, de se conformer autant que possible aux règles suivantes, qui s'appliquent à toutes les greffes ostéopériostiques.

Il est de toute nécessité que les greffes soient en contact avec des tissus vivants. Au crâne, cette condition se trouve parfaitement réalisable, les deux surfaces des greffes se trouvant complètement prises entre deux couches de tissus très vasculaires et sans espace mort. Aussi est-ce dans les cranioplasies qu'on observe les résultats les plus rapides et les plus constants.

Par tissus vivants, il faut entendre des tissus normaux, autant que possible ayant conservé toute leur vitalité. Il faut donc enlever tous les tissus scléreux, tous les tissus cicatriciels, afin que les greffes se trouvent dans un milieu physiologique aussi normal que possible. Il est des cas où l'on doit laisser des tissus cicatriciels, sous peine d'ouvrir une cavité infectée. Dans ces cas, la greffe prendra sans doute encore, mais elle se fixera moins bien et moins vite.

L'emploi des antiseptiques doit être rigoureusement banni, et on doit faire seulement une asepsie rigoureuse.

Enfin, on doit supprimer, autant que possible, tous les espaces morts où le sang pourrait s'accumuler, former des hématomes qui, en s'infectant secondairement au contact de la peau ou d'une muqueuse, compromettraient le succès de la greffe.

Cette question des hématomes est donc des plus importantes, car c'est à cette complication que nous avons dû la plupart de nos insuccès ou de nos accidents.

Il faut donc soigner autant que possible l'hémostase, puis recouvrir les greffes avec un plan de tissus profonds, bien suturés par-dessus avec des points de catgut. On supprimera ainsi les espaces morts, en même temps qu'on arrêtera l'écoulement sanguin.

Cette manière de faire aura encore l'avantage d'immobiliser les greffes et de réaliser ainsi une condition des plus importantes pour une bonne reprise ; il est indispensable, en effet, que la greffe soit bien maintenue en place pendant l'application définitive des appareils destinés à maintenir la contention jusqu'à la consolidation complète des greffes.

Ces généralités connues, je vais maintenant décrire l'opération proprement dite.

Elle comprend pour chaque variété de greffe : la préparation du lit du greffon, celle des extrémités ou des surfaces osseuses, la mise en place du greffon et la fermeture de la plaie, enfin le maintien des surfaces osseuses en place pendant la reprise de la greffe et tout le temps nécessaire à la formation de l'os nouveau.

Je vais maintenant examiner ces différents temps de l'opération pour chaque greffe en particulier : cranioplasties, pseudarthroses des maxillaires, pseudarthroses des membres, obturation de cavités osseuses, autoplasties diverses du massif facial, etc.

.....

2° *Pseudarthroses du maxillaire inférieur avec perte de substance osseuse.*

C'est pour le traitement des pseudarthroses avec perte de substance du maxillaire inférieur qu'il a fallu le plus de tâtonnements, mais aujourd'hui je considère le problème comme résolu. On peut, par des greffes ostéopériostiques, guérir n'importe quelle pseudarthrose du maxillaire inférieur et combler n'importe quelle perte de substance de cet os ; mais ici le concours de spécialistes en prothèse maxillo-faciale est indispensable. Il faut qu'après l'opération les fragments du maxillaire greffé soient maintenus en position fixe par des gouttières métalliques qu'on laissera jusqu'à complète consolidation.

L'appareil est en place pendant qu'on pratique l'opération, mais

dès que le blessé est réveillé et ne vomit plus, on procède à l'immobilisation en occlusion des mâchoires par la ligature intermaxillaire des gouttières au fil d'argent.

Cet appareil est suffisant pour maintenir le maxillaire en bonne position, et la sécrétion périostée de la greffe est suffisante pour venir combler la perte de substance et former un cal osseux solide, qui permettra au blessé de mastiquer et de porter un appareil dentaire ordinaire, s'il n'a plus assez de dents.

Il est donc tout à fait inutile de recourir à des plaques métalliques vissées ou à des sutures métalliques comme je l'ai fait au début. Toutes ces plaques, tous ces fils sont des corps étrangers et doivent être enlevés dans la plupart des cas. Ils sont plutôt un obstacle qu'un auxiliaire utile au bon développement des greffes. J'y ai donc complètement renoncé.

Mise à nu des extrémités osseuses et préparation du lit des greffes.

— Avant toute opération la bouche du blessé doit avoir été complètement remise en état. Je me sers toujours, quand c'est possible, de la cicatrice existante pour découvrir les extrémités osseuses. Cette cicatrice est ou bien la résultante de la blessure elle-même qui a été simplement guérie comme une plaie ordinaire ou bien elle résulte d'une première autoplastie faite pour améliorer l'état des téguments, car pour les maxillaires, encore plus que pour les autres os à greffer, il est indispensable d'avoir, pour recouvrir la plaie opératoire, des téguments bien vivants et bien mobiles.

Cette autoplastie préparatoire doit se faire après réduction et maintien des fragments en bonne position, et souvent, sur prothèse immédiate.

La cicatrice est donc, comme pour le crâne, circonscrite par deux incisions au bistouri dirigées obliquement par rapport au centre cicatriciel de façon que les téguments sectionnés obliquement puissent s'accoler sans enroulement de la peau. La cicatrice est donc en quelque sorte dessinée dans tous ses prolongements par les deux incisions au bistouri. Les lambeaux de peau sont ensuite disséqués et décollés assez loin pour permettre de les suturer par-dessus les greffes sans tiraillements.

La réduction en position normale de l'extrémité supérieure de la branche montante m'a préoccupé longtemps, et c'est pour l'obtenir que j'avais essayé d'employer des plaques métalliques solidement vissées sur les deux extrémités osseuses. Or, l'expérience a démontré que cette réduction était de peu d'importance même quand l'extrémité de l'os fait saillie dans la bouche. Il faut seulement à la greffe un contact avec cette extrémité osseuse dénudée et ruginée dans la plaie pour faire un cal solide. Quand ce cal est constitué, les mouvements articulaires se rétablissent

quelle que soit la position du condyle du maxillaire. Si l'extrémité antérieure de l'os gênait dans la bouche, rien ne serait plus simple que de l'y réséquer une fois que la consolidation osseuse serait terminée.

Cette nécessité ne s'est jamais encore présentée chez mes opérés.

Quand la plaie est exposée, on recherche alors la situation des deux extrémités osseuses et on s'assure de leurs rapports avec la muqueuse. L'ouverture de la muqueuse doit être évitée à tout prix sous peine d'infection de la greffe et d'insuccès.

Il est indispensable de faire suivre la dénudation des extrémités osseuses par le doigt de l'aide introduit dans la cavité buccale. On veillera de cette façon à éviter l'amincissement de la muqueuse dont l'intégrité est indispensable pour empêcher la pénétration des germes dans le foyer opératoire.

La situation des extrémités osseuses une fois connue, on fait de l'une à l'autre une incision des parties molles profondes qui servira désormais de directrice. Avec la rugine on libère avec soin les deux extrémités osseuses, et très complètement dans une étendue de 2 centimètres si c'est possible, afin de pouvoir placer une greffe en arrière et une deuxième en avant de chaque extrémité. Poursuivant alors l'incision des parties profondes, on cherche à tailler deux lambeaux d'un centimètre et demi chacun afin d'introduire sous ces lambeaux, dans le lit qu'ils ont laissé, les greffes qui encastrent entre elles aux deux bouts de la plaie les deux extrémités osseuses.

L'hémostase de la plaie est alors faite soigneusement pour éviter tout hématome, puis on tamponne la plaie pendant qu'on prélèvera les greffes.

Placement des greffes. — Il faut seulement deux greffes pour une pseudarthrose serrée ou pour une perte de substance simple d'une branche horizontale et cela, quelle que soit la longueur de cette perte de substance. Il faut trois ou quatre greffes si l'on a à reconstituer l'angle du maxillaire, c'est-à-dire deux pour la branche horizontale et deux pour la branche montante. Ces 4 greffes s'interposent entre elles perpendiculairement pour faire l'angle et, afin de ne pas se déplacer les unes par rapport aux autres, il est bon de les transfixer par un catgut double qu'on noue de chaque côté de la greffe.

Chaque extrémité osseuse doit être prise entre deux greffes. Chaque greffe doit être placée, face sécrétante sur l'os, de sorte que les deux greffes s'accolent entre les extrémités osseuses par leurs deux faces sécrétantes. S'il y a quatre greffes pour refaire l'angle, on place les deux greffes verticales, face sécrétante sur l'extrémité supérieure de la branche montante, puis les deux

greffes horizontales sur l'extrémité antérieure, toujours face sécrétante sur l'os. Au niveau de l'angle on interpose les greffes sans trop se préoccuper de la face sécrétante et on les fixe après transfixion par un double catgut. Les greffes ainsi placées sont recouvertes par les lambeaux taillés dans les parties molles que l'on suture par-dessus elles au moyen de points au catgut. Elles disparaissent à la vue dans les cas favorables; elles restent en partie découvertes dans les cas où il n'a pas été possible de tailler de bons lambeaux. Enfin on rabat la peau et on suture les lambeaux au moyen de petits crins de Florence avec lesquels on fait des points séparés, rapprochés les uns des autres pour obtenir une cicatrice linéaire aussi régulière que possible.

Comme pour le crâne, le drainage n'est pas utile si l'on surveille parfaitement la plaie. Comme pansement protecteur de la plaie, il suffit de la recouvrir avec une compresse stérile et un peu de coton stérile. On renouvelle ce petit pansement chaque fois qu'il est souillé et on vérifie avec soin, tous les jours, tous les points de suture afin d'enlever tout de suite celui qui paraît ulcérer la peau et pour donner issue à tout liquide qui paraîtrait s'accumuler sous la ligne de réunion. Il suffit pour cela d'introduire entre deux crins de Florence une petite pince de Lister stérile.

Les soins post-opératoires sont très simples. On replace le blessé dans son lit et on le laisse se réveiller comme un blessé ordinaire. Quand il paraît avoir fini de dormir et qu'il a bien repris ses sens, on fixe avec des fils d'argent les deux parties de l'appareil l'une à l'autre. L'appareil remet alors les deux parties restantes du maxillaire en articulé, et c'est dans cette position que la consolidation se fera.

L'appareil sera laissé en place pendant au moins trois mois. On pourra, sans inconvénient, vérifier le résultat obtenu un peu plus tôt, mais jamais on ne devra laisser le maxillaire libre, avant d'avoir constaté une consolidation complète et parfaite, car, si le cal obtenu est encore mou, le maxillaire ne restera pas en bon articulé, et le résultat ne sera pas parfait. Il faut savoir que dans certains cas, il faut très longtemps pour obtenir un cal osseux tout à fait solide. Chez certains de nos blessés, il n'a pas fallu moins d'un an pour arriver à ce résultat.

Chez nos premiers opérés, nous avons même cru à des insuccès de la greffe, alors qu'il ne s'agissait que d'un retard dans son évolution. Ce retard s'observe surtout quand il y a eu un peu de suppuration de la plaie. Il ne faudrait donc pas croire que la suppuration de la plaie compromette absolument le résultat de la greffe. Cette suppuration aura toujours une fâcheuse influence sur le résultat définitif, mais si la greffe n'a pas été éliminée en totalité,

elle finira, avec un retard parfois très considérable, par sécréter un cal osseux solide et remplissant le but cherché.

Cette constatation a son importance, pour qu'on ne considère pas trop tôt comme un échec un résultat seulement différé.

C'est ainsi que mes deux premiers opérés, dont j'ai rapporté ici l'observation, ont suppuré parce que leurs extrémités osseuses avaient été maintenues au moyen de plaques métalliques. L'un d'eux a même éliminé la partie osseuse de sa greffe, et malgré cela, tous les deux ont fini par faire un cal solide qui leur a rendu l'usage de leur maxillaire. Malheureusement, croyant avoir affaire à un insuccès, l'appareil intrabuccal avait été supprimé trop tôt, de sorte que la consolidation définitive s'est faite avec un mauvais articulé.

Avec la technique adoptée aujourd'hui, les greffes du maxillaire évoluent régulièrement et les insuccès sont très rares.

.

5° *Massif facial et autres greffes.*

Toutes les parties osseuses du massif facial peuvent être reconstituées par des greffes ostéopériostiques. Il faut seulement adapter chaque greffe à la région qu'elle aura à refaire. On pourra, suivant les cas, les couder, les enrouler, les plier, enfin leur donner telle forme que l'on voudra. Il faut seulement que la greffe prenne un point d'appui sur une partie d'os dénudée afin de s'y souder et de s'y fixer. A la face, les conditions de reprise des greffes se trouvent réalisées parfaitement. Elles sont en tissus bien vivants, les espaces morts sont faciles à éviter et l'hémostasie facile à contrôler. Aussi les cas d'insuccès sont-ils très rares et ont presque toujours pour cause l'ouverture d'une cavité naturelle de la face. Le squelette du nez peut être refait entièrement avec ces greffes, soit par la méthode italienne, soit directement. Enfin, on pourra recourir à ces greffes chaque fois qu'on voudra reconstituer une portion quelconque d'un os quelconque. C'est ainsi que j'ai pu reconstituer un sourcil cotyloïdien, pour une hanche à ressort que j'ai pu compléter des ostéotomies cunéiformes en bourrant la fente osseuse avec des greffes et obtenir rapidement un cal solide sans déviation secondaire. Enfin, dernièrement, pour une récurrence de hernie inguinale avec absence de paroi résistante, j'ai doublé cette dernière en arrière du transverse avec une large greffe prenant point d'appui sur le pubis dénudé.

Comme on le voit, les indications des greffes ostéopériostiques sont extrêmement nombreuses et variées et augmenteront chaque jour quand elles seront adoptées comme une méthode courante et classique.

EVOLUTION DU GREFFON.

Il faut tenir compte d'un facteur qui, dans certains cas, du reste assez rares, peut avoir une réelle importance. Je veux parler de l'exubérance possible de la greffe par excès de sécrétion du périoste.

L'accident consiste surtout dans le développement excessif de tissu osseux sécrété par la greffe. Celle-ci, dès le 3^e ou 4^e jour après l'opération, paraît s'épaissir, les téguments qui la recouvrent prennent un aspect œdémateux avec légère élévation de température (37°5 ou 38° le soir) pendant quelques jours comme si la greffe allait suppurer; puis tout rentre dans l'ordre, mais la greffe continue à grossir et faire une saillie parfois appréciable à la vue.

Cette saillie n'est pas toujours définitive, et les cas ne sont pas rares où elle disparaît complètement. D'autres fois elle diminue seulement un peu et la greffe est plus épaisse qu'on ne l'aurait désiré.

Cette exubérance de la greffe me paraît tenir à deux ordres de faits qui tous deux reviennent à une hypersécrétion du périoste. Cette hypersécrétion tient elle-même à l'âge du sujet (et elle est alors d'ordre physiologique) ou à une infection légère de la greffe qui stimule en quelque sorte la fonction du périoste.

C'est ainsi que j'ai cru remarquer que les sujets jeunes avaient un périoste beaucoup plus actif que les sujets plus âgés, mais à ce point de vue ce serait surtout avant l'âge de vingt ans que le périoste serait hypersécrétant. Chez une jeune fille opérée par moi en 1905, pour lui reconstituer le nez détruit par un lupus, le greffon transplanté d'abord dans la peau du bras, puis mis en place par la méthode italienne, prit progressivement une épaisseur plus considérable et finit par faire un nez d'un volume certainement très exagéré.

Or, cette jeune fille était seulement âgée de quatorze ans au moment de son opération. C'est également chez les jeunes soldats que j'ai parfois rencontré de l'exubérance des greffes.

L'influence d'une infection légère de la greffe me paraît jouer également un rôle important, j'en ai observé quelques exemples. Mais, dans ces cas bien souvent, il ne s'agit pas d'une véritable exubérance osseuse, mais seulement d'un gonflement avec œdème dur de toute la greffe et des parties voisines, et ce gonflement ne tarde pas à diminuer et parfois à disparaître presque complètement.

Pratiquement, on ne doit donc pas tenir compte de l'exubérance des greffes ostéopériostiques chez les sujets ayant dépassé l'âge de vingt-cinq ans et même peut-être chez ceux de vingt ans.

Avec du soin et une bonne technique, on évitera aussi le plus

souvent l'infection du greffon, de telle sorte que l'exubérance des greffes doit être en somme considérée comme une exception.

Le fait doit cependant être retenu, surtout s'il s'agit de sujets jeunes et des greffes faites dans un but autoplastique, pour la réfection du nez par exemple. Dans ces cas, pour diminuer la vitalité du greffon, il y aurait lieu de le transplanter deux ou trois fois jusqu'à ce que l'on soit bien certain qu'il ne prendra plus un volume trop considérable.

Évolution proprement dite du greffon. — Cette évolution s'étudie facilement sous l'écran radiographique, et surtout sur les greffes des membres et du maxillaire inférieur pratiquée pour des pertes de substance un peu longues laissant un clair nettement appréciable entre les fragments osseux.

Aussitôt après la greffe, on ne voit guère que les deux extrémités osseuses séparées par un espace clair. Cependant, quand les greffes sont un peu épaissies, on perçoit parfois, entre ces fragments, une sorte de voile nébuleux.

Au bout d'un mois on voit nettement le nuage nébuleux, et dans le centre de ce nuage on distingue nettement des traînées osseuses qui semblent serpenter comme une corde mal tendue entre les fragments.

Un mois plus tard la corde a grossi, il s'est ou bien formé d'autres cordes ou bien tout l'ensemble de la greffe est devenu opaque, l'opacité n'est pas encore complète et on distingue encore les deux extrémités osseuses.

C'est à ce moment, ou un peu plus tard ou un peu plus tôt, qu'on voit souvent des travées osseuses s'établir dans la greffe surtout au niveau de ses extrémités, comme si elle se laissait pénétrer par des prolongements osseux venant des extrémités osseuses. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment le greffon s'ossifie et devient de plus en plus opaque jusqu'à prendre complètement l'apparence d'un os normal au bout d'un temps extrêmement variable.

Ici interviennent les questions d'âge du sujet, l'état général (syphilis et tuberculose, etc.), de sorte qu'il est impossible de dire avant l'opération quand pourra avoir lieu la guérison. Il faut aussi tenir compte de l'os à restaurer. Il faut plus de temps pour refaire un tibia solide que pour refaire un radius, plus de temps pour refaire un maxillaire inférieur que pour obturer un tibia, etc. D'une façon générale, on peut seulement dire que la reconstitution osseuse est très lente. Les résultats les plus rapides demandent au moins deux ou trois mois; les plus retardés dépassent souvent six mois, et pendant cette longue durée, il est indispensable de surveiller les opérés, pour refaire leurs appareils, maintenir leur

membre dans une bonne position, afin que le cal nouveau et le nouvel os prennent bien la forme qu'ils doivent avoir.

A ce sujet, il est intéressant de noter que le nouvel os sécrété par les greffes prend d'abord la forme des greffes. Mais, à mesure que l'ossification se complète, le nouvel os semble prendre la forme de celui qu'il doit remplacer, nouvel exemple de l'adaptation de l'organe à la fonction.

L'évolution clinique du greffon est également intéressante. Après l'opération, la peau et les tissus qui le recouvrent prennent souvent un aspect œdémateux, quand la plaie n'a pas été drainée. L'œdème s'étend et durcit pendant les premiers jours, et il s'étend même au delà des limites des greffes. Bientôt tout rentre dans l'ordre; la plaie se réunit comme une plaie simple et la greffe évolue normalement.

Si la plaie est drainée, il s'écoule, pendant les premiers jours, un peu de sang mêlé de lymphes tellement peu important que j'ai renoncé, pour ainsi dire, à tout drainage, quand il n'y a pas une indication spéciale comme, par exemple, s'il s'agit d'une greffe faite dans un milieu encore à peine cicatrisé. ou quand il a été indispensable de faire, pour une raison quelconque (autoplastie), des délabrements considérables.

Si alors on suit cliniquement la greffe dans son évolution, on sent peu à peu le siège du greffon prendre de la consistance et devenir de plus en plus dur. On assiste aux mêmes phénomènes que s'il s'agissait de la formation d'un cal. Bientôt les tissus se prennent en masse formant une masse compacte peu en rapport, d'ailleurs, avec le volume réel de la greffe osseuse, telle qu'on la voit au même moment, à la radioscopie; mais cette masse compacte permet d'assurer que la greffe sera bonne et que le but cherché, la consolidation de l'os, sera obtenu.

A côté de cette évolution normale des greffes ostéopériostiques, on peut observer, dans certains cas, quelques accidents; l'élimination et la résorption des greffes.

Je n'insisterais pas sur la résorption des greffes, si mon attention n'avait été attirée sur ce fait par des collègues qui en auraient observé des exemples. Or, sur plus de 200 greffes ostéopériostiques, qui ont été pratiquées par moi ou par mes collègues, dans mon secteur, je n'ai pas eu l'occasion d'en observer un seul cas. Tous mes anciens opérés que j'ai pu suivre ont obtenu un résultat définitif au point de vue de la durée de leur greffe. L'os sécrété par la greffe est un os nouveau, qui n'a aucune raison anatomique ni physiologique pour disparaître.

.....
Elimination de la greffe. — Cet accident peut être observé

quand la greffe est infectée soit au cours de l'opération par défaut de technique, soit lorsqu'elle est placée dans un milieu encore infecté, ou encore lorsqu'il se forme un hématome qui finit par s'infecter.

Si la première de ces causes d'élimination peut être facilement évitée, il n'en est pas de même de la seconde. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'opération se fait en tissus plus ou moins récemment infectés. Il s'agit de plasties aussi bien des parties molles que des os, et le chirurgien doit passer à travers des tissus qui peuvent encore contenir des germes d'infection latente.

On ne pourra, dans ces cas, éviter l'infection des greffes qu'en faisant attendre longtemps les blessés avant de leur faire leur cranioplastie ou la greffe de leurs membres.

Il faut aussi éviter la formation d'un hématome.

Quoi qu'il en soit, quand une greffe est infectée, elle s'éliminera en totalité si l'infection est grave. Dans ce cas, la plaie se phlegmone et la greffe s'élimine d'un seul coup quand on donne issue au pus. J'ai observé un ou deux cas d'élimination de greffe au début, dans ces conditions, mais depuis que les causes de cette élimination sont connues, je n'en ai pas observé un seul exemple.

L'élimination partielle des greffes est au contraire quelquefois observée, mais elle n'a pas en général une grande importance. En effet, l'élimination porte surtout sur les petites lamelles osseuses du tibia transplanté et qui doublent le périoste. Il se forme, au niveau de la plaie, un petit abcès dans lequel on trouve la petite lamelle osseuse. Parfois, ce premier petit abcès est suivi d'un second et peut-être encore d'un troisième ; mais ces petits incidents n'interrompent pas l'évolution de la greffe.

J'ai même vu, dans certains cas de suppuration franche de la plaie, toute la lame osseuse du tibia s'éliminer, mais le périoste rester en place et finit par sécréter de l'os nouveau et consolider ainsi la pseudarthrose.

ÉVOLUTION DE LA PLAIE TIBIALE.

La plaie osseuse, faite au tibia, est régulière et limitée aux parties superficielles de la lame osseuse de la face interne du tibia, lorsque la prise du greffon a été correcte. Nulle part, le ciseau n'a pénétré dans la cavité médullaire de l'os, et il reste, sur les deux bords de la face interne, une amorce de périoste qui réparera rapidement la perte du périoste résultant de l'opération.

J'ai pu vérifier le fait, en réopérant un blessé qui avait déjà fourni une greffe ostéopériostique. La réparation de l'os était parfaite et il n'y avait aucune adhérence à la peau.

La mobilité de la peau, sur l'os dénudé de son périoste, peut d'ailleurs être facilement constatée sur tous les opérés, dès que la guérison de la plaie est complète.

.....

SOINS CONSÉCUTIFS.

J'ai déjà indiqué pour chaque cas de greffe les précautions à prendre pour le maintien des greffes en bonne position pour que la reconstitution osseuse puisse se faire régulièrement. C'est là un point capital, surtout pour les membres et les maxillaires.

Pour les maxillaires, les soins sont plus compliqués. La plaie est surveillée comme toute plaie et guérit vite. Les fils sont enlevés progressivement du 5^e au 8^e jour.

L'appareil de contention placé dans la bouche a été fixé le soir même de l'opération. Mais comme tous les appareils il faut qu'il soit surveillé de près.

Quand on croit que la consolidation est possible vers le troisième mois, on défait les fils d'argent et on constate quel est le degré de consolidation déjà acquise. Si la consolidation n'est pas suffisante, on replace de nouveaux fils d'argent, dans le cas contraire on fait un nouvel appareil avec conducteur, afin d'éviter les déviations secondaires d'un cal encore insuffisamment solide.

Ce dernier appareil doit être porté par le malade pendant un temps qui variera avec chaque malade. Et l'appréciation exacte de ce laps de temps est difficile à déterminer. Dans le doute, il faudrait laisser l'appareil trop longtemps, ce qui n'aurait aucune importance pour le blessé.

Resultats et étude statistique de mes 118 nouveaux cas personnels et statistique de 73 cas opérés par des collègues.

Je vais passer successivement en revue les cranioplasties, les opérations pour pseudarthrose du maxillaire, pour celles des os longs, du massif facial et des cavités osseuses.

.....

2^o *Maxillaire inférieur.* — J'ai pratiqué 27 opérations pour pseudarthrose du maxillaire inférieur, sans aucune mort opératoire, avec 10 résultats très bons, 7 bons résultats qui ne sont pas encore complètement consolidés, 2 résultats satisfaisants, 3 résultats partiels par suite d'élimination partielle d'une greffe (2 cas), 3 autres résultats incomplets par suppuration consécutive à des hématomes, enfin 2 résultats nuls : le premier par suite d'élimination de la greffe, et le second par suite de l'indocilité du blessé qui s'est évadé et a arraché son appareil.

On peut donc dire, comme conclusion, que toute perte de subs-

tance du maxillaire inférieur, quelle que soit son étendue, doit être réparée par une greffe ostéopériostique prise au tibia. En cas d'insuccès causé la plupart du temps par infection de la plaie et par élimination partielle de la greffe, il faut renouveler l'opération

.....
5° *Massif facial*. — Sur 16 opérés, j'ai obtenu 7 résultats excellents, 7 résultats très satisfaisants et 2 résultats incomplets, par suite d'une fistule provenant sans doute du sinus frontal, et d'une petite élimination d'une porte ou de la greffe.

Pour le massif facial, les indications sont extrêmement nombreuses. On peut refaire les parois du sinus fronta', l'arcade orbitaire, le squelette du nez, l'os malaire, etc.

Il n'y a aucune contre-indication, et le succès peut être assuré, à la condition qu'il n'y ait aucune communication entre la greffe et une cavité naturelle de la face (sinus, fosses nasales, conjonctive, bouche).

À la face, les greffes se trouvent dans un milieu très propice à leur reprise. Elles sont entourées partout de tissus vivants, et on peut facilement supprimer tout espace mort autour d'elles.

.....
(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*,
25 décembre 1917.)

VARIA

GENS A SURVEILLER

Un dentiste chinois, établi depuis peu à Haïphong, fait distribuer en ville des prospectus en caractères dont nous donnons ci-dessous une traduction :

« Les dents intactes sont très intéressantes en hygiène.

» Nos ancêtres n'avaient jamais pu apprendre le métier de dentiste. Ils ne savaient non plus que le mal aux dents est une maladie très grave, par ce fait, ils étaient atteints de presque toutes sortes de maladies. Le mal aux dents engendre parfois l'asthme ou autres maladies intérieures, et ce mal est dû surtout à la malpropreté (des dents).

» Aujourd'hui, époque de civilisation, bien des gens qui ont apprécié à fond ce que c'est que l'hygiène et qui l'ont étudié, réussissent à arranger et à protéger les dents depuis plus d'une dizaine d'années. Mais il faut comprendre que chacun à sa spécialité.

» Moi, ayant profondément et longuement fait mes études de dentiste, je me crois assez brillant en ce métier et j'espère le pousser au delà de mes études. Je peux procéder selon les cas. Si vous avez une dent cassée, il faudra la raccommoder ; si elle était tombée il faudrait la remplacer ; si elle était sale il faudrait la nettoyer ; si elle n'était pas bien rangée il faudrait l'arranger et l'aligner de façon à faciliter la mastication et la digestion. En procédant de la sorte, vous serez mieux portants que précédemment. De ce fait, les dents intéressent beaucoup l'hygiène.

» Veuillez donc essayer, messieurs ; vous ne paierez pas cher et le travail est ingénieux.

» Voici le détail de mon travail :

» Placer les dents en or et en porcelaine ;

» Raccommoder les dents cassées ;

» Blanchir les dents noires ;

» Ranger les dents pour qu'elles soient toutes à la même hauteur ;

» Changer les yeux ;

» Raccommoder les oreilles, les nez, les lèvres gercées ;

» J'ai également fait, en France et en Chine, mes études de la guérison de... l'avarie. »

Il n'y aurait rien à dire si, réellement, ces gens avaient des connaissances médicales sérieuses ; mais ce ne sont pour la plupart que des charlatans, ignorant tout de l'anatomie et qui abu-

sent de certaines drogues fort en honneur dans la pharmacopée chinoise, le mercure notamment.

Il arrive trop souvent qu'ils empoisonnent leurs malades ou leur détraquent la santé pour le reste de leur existence; une surveillance rigoureuse s'impose à l'égard de ces individus. Il faudrait souhaiter que quelques-uns fussent, à l'occasion, poursuivis pour homicide par imprudence.

Mais ce qu'il faudrait surtout, c'est s'attacher à combattre les appréhensions qui existent chez les indigènes contre le médecin européen: L'on a déjà fait en ce sens de sérieux progrès, mais il reste beaucoup à faire encore, en s'attachant surtout à agir sur les jeunes générations qui fréquentent les écoles.

(Le Courrier d'Hai-phong.)

CHEZ LE DENTISTE

La petite Marie a été chez le dentiste avec son frère, le petit Jules. Au retour, une amie de la mère demande à l'enfant si elle a été bien courageuse.

- Oh! oui, Madame.
- Tu n'as pas crié?
- Non, Madame.
- Et qu'est-ce que le dentiste a fait?
- Il a arraché deux dents à mon petit frère.

UN PRATICIEN OCCUPÉ

- Vous avez beaucoup de clients?
 - Ne m'en parlez pas, je suis débordé, je n'ai même pas une minute pour me laver les mains entre deux opérations!!
-

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Paul Griffon.

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur de M. Paul Griffon, ancien élève stagiaire de l'Ecole dentaire de Paris, décoré de la Croix de guerre, tombé glorieusement à Abbeville (Somme), le 30 mars 1918, à l'âge de 21 ans.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous apprenons avec plaisir les citations suivantes :

MICHAUD-LARIVIÈRE (R.), du 74^e groupe de brancardiers divisionnaires, élève à l'Ecole dentaire de Paris.

« Pendant les journées du 27 mai au 4 juin 1918 n'a cessé d'assurer la liaison entre le médecin divisionnaire et le médecin du G. B. D., portant les ordres à plusieurs reprises sous le feu violent de l'ennemi, toujours calme et plein d'entrain. »

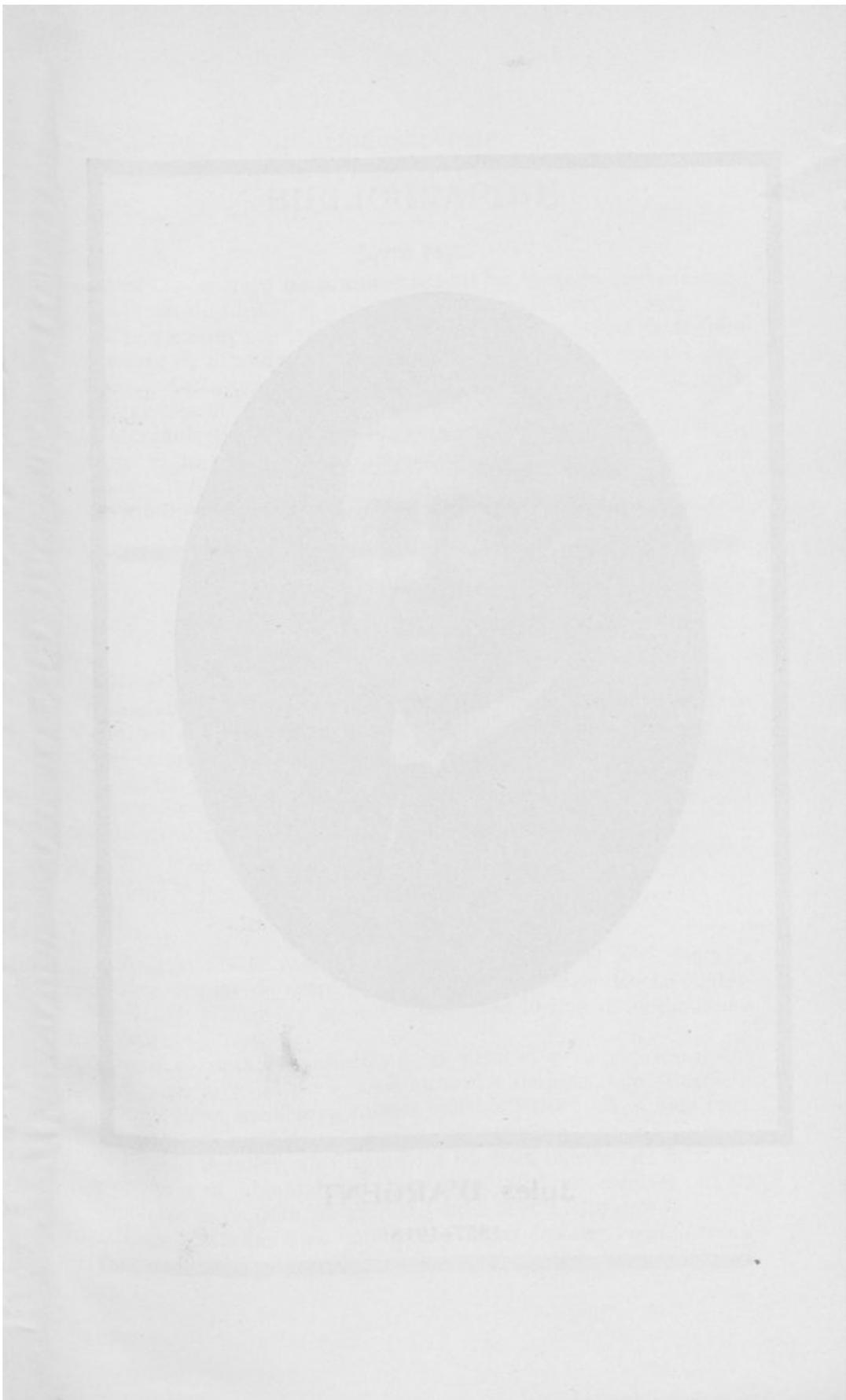
Croix de guerre.

ROLIN DE MERLÉRY, brigadier infirmier, état-major, 1^{er} groupe, 3^e régiment d'artillerie à pied.

« Infirmier très dévoué. En l'absence du médecin du groupe a assuré avec compétence et sang-froid pendant les journées du 15 et 16 juillet 1918 l'évacuation de nombreux blessés. »

Ordre de l'artillerie du corps d'armée. — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations aux intéressés.





Jules D'ARGENT

1857-1918

BIBLIOGRAPHIE

Livre reçu.

Nous avons reçu les comptes rendus du Congrès dentaire pan-américain du Chili, qui a eu lieu à Santiago en octobre 1917.

Les matières contenues dans ce volume permettent de se faire une idée de l'étendue et de l'importance de ce 1^{er} congrès dentaire du Chili, tenu sous les auspices de l'École dentaire de cette ville et des sociétés odontologiques du pays.

L'organisation et le fonctionnement de cette réunion scientifique et la publication de ses annales ont eu lieu uniquement grâce à l'effort et à la coopération de la profession dentaire sans contribution financière du gouvernement.

NÉCROLOGIE

Jules d'Argent.

Nous avons publié dans notre numéro de juillet un article nécrologique sur notre regretté confrère Jules d'Argent, décédé le 4 juillet. Cet article devait être accompagné d'un portrait du défunt et le cliché nécessaire avait été fait et envoyé à l'imprimeur. Ce cliché a été perdu par la poste, d'où l'obligation de le refaire; mais pour ne pas trop retarder la publication du numéro, celui-ci a dû paraître sans ce portrait.

Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs et le reproduisons aujourd'hui.

M^{me} Jolivet.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M^{me} Maurice Jolivet, femme de notre confrère, décédée à Belle-Roche (Côtes-du-Nord), à l'âge de 26 ans, après une longue et douloureuse maladie.

Nous sommes très affectés de ce deuil et nous y prenons une vive part. M^{me} Jolivet a passé au milieu de nous, non seulement comme élève, mais aussi comme collaboratrice : elle a aidé puissamment son mari dans la partie qu'il a préparée pour le Congrès de l'année dernière, ainsi que pour les deux services de la radiographie et de l'hôpital 213. Tous ceux qui l'ont connue, ont pu apprécier sa douceur, sa grande bonté, son intelligence.

Nous adressons à sa famille nos biens sincères condoléances.

NOUVELLES

A la Commission sénatoriale de l'armée.

La Commission sénatoriale de l'armée s'est réunie sous la présidence de M. Doumer. Elle a adopté le rapport de M. Paul Strauss sur le projet de loi relatif à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du service de santé.

Récompense.

M. le D^r Viaène, directeur du service de stomatologie au Havre, vient d'être décoré de l'Ordre de la Couronne de Belgique.

Nous sommes particulièrement heureux de cette distinction qui vient honorer un de nos plus sympathiques confrères belges.

Ancien collaborateur du D^r Redier, de Lille, il est depuis 4 ans dans le service de stomatologie de l'armée belge, où il a créé et organisé des Centres qui rendent les plus grands services.

Avec une grande énergie, il s'efforce de faire reconnaître par les autorités l'utilité des dentistes dans l'armée et de réclamer pour eux la place qu'ils sont en droit d'attendre. Il désire que les dentistes, comme les médecins, y aient une situation définie par la loi.

Nous lui adressons nos félicitations.

L'ODONTOLOGIE

BULLETIN

LOI CRÉANT LE GRADE D'OFFICIER DENTISTE

Le Sénat a voté, dans sa séance du 8 octobre, le projet de loi, déjà adopté par la Chambre des députés, créant le grade d'officier dentiste, après un court débat dans lequel les orateurs ont unanimement reconnu les importants services rendus à la Défense nationale par notre profession. Le texte de la nouvelle loi a été inséré dans le Journal Officiel du 20 octobre.

C'est une date historique que le corps professionnel salue avec émotion, car elle marque une étape nouvelle dans l'évolution de l'art dentaire français.

On peut dire que le dentiste a bien gagné ses galons, en considérant le chemin parcouru depuis le début des hostilités, alors que, dans une réponse officielle, on l'informait que ses services étaient considérés en cas de guerre « comme une gêne et un embarras » pour le Service de santé ; le dentiste militaire est bien vengé de ce dédain administratif par les louanges du Parlement et la consécration officielle de ses mérites par la loi qui vient d'être votée.

On appréciera l'importance de ce succès en songeant aux difficultés qu'il a fallu vaincre pour faire du simple soldat de 1914 le dentiste militaire adjudant, créé par les décrets de 1916, et qui acquiert, maintenant, par la nouvelle loi, la possibilité de devenir officier.

Evidemment, cette évolution est loin d'être complète lorsqu'on la compare à la situation de nos confrères dans la plupart des pays étrangers, aux Etats-Unis, par exemple, où, au point de vue universitaire, le den-

tiste est docteur en chirurgie dentaire d'une Université et où, au point de vue militaire, il est d'emblée lieutenant et peut accéder au grade de colonel. Mais c'est, néanmoins, pour les dentistes français un très grand pas de franchi et l'on peut dire à juste titre que c'est par le relèvement moral et scientifique de la profession, par les réformes réalisées dans son enseignement et dans son organisation que les dentistes français ont conquis la situation sociale qu'ils occupent aujourd'hui.

Mais noblesse oblige; cette consécration officielle leur crée aussi des devoirs encore plus grands dans l'avenir. C'est par la continuité de leur effort scientifique et professionnel qu'ils réussiront à obtenir, comme leurs confrères américains, la réalisation plus complète de leurs revendications.

En attendant, la reconnaissance de la profession est due à tous ceux qui ont contribué à cette importante réforme, et, par dessus tout, au modeste chirurgien-dentiste qui, dans tous les services dentaires de l'avant et de l'arrière, par son concours éclairé aux organisations médicales militaires, en a justifié la réalisation.

Cette reconnaissance est due aussi, nous pouvons le dire en toute justice, à nos groupements professionnels (Ecoles dentaires et Fédération) qui ont poursuivi cette réforme par leur action constante; aux hommes politiques qui l'ont appuyée auprès des Pouvoirs publics et particulièrement aux deux éminents rapporteurs, MM. Strauss et Lorimy, qui s'en sont faits les défenseurs auprès du Parlement, ainsi qu'à M. Justin Godart, qui en fut l'initiateur.

Mais notre gratitude va surtout au Président de la Fédération dentaire nationale, notre ami Blatter, qui a été véritablement depuis le début la cheville ouvrière de cette réforme et qui en a poursuivi avec un zèle et une persévérance inlassables l'heureuse réalisation.

L'ODONTOLOGIE.

**TEXTE DE LA LOI TENDANT A LA CRÉATION
D'OFFICIERS DENTISTES DANS
LE CADRE COMPLÉMENTAIRE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE**

Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art. 39.* — En cas de mobilisation, le cadre du corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

» Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentiste de 1^{re} et de 2^e classe.

» Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

» Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 18 octobre 1918.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de la Guerre,

GEORGES CLEMENCEAU.

Le ministre des Finances,

L. L. KLOTZ.

(Journal officiel du 20 octobre 1918.)

RAPPORT

Fait au nom de la Commission de l'armée¹ chargée d'examiner le projet de loi, adopté par la Chambre des Députés, tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire,

Par M. Paul STRAUSS,
Sénateur.

Messieurs,

Avant la guerre, les progrès de l'hygiène générale avaient pleinement démontré l'importance de l'art dentaire. De libres initiatives, notamment celles de l'École dentaire de Paris, des autres Ecoles reconnues d'utilité publique et des groupements corporatifs ont tout d'abord, de 1880 à 1911, puissamment contribué au relèvement de la profession de dentiste. Le décret du 11 janvier 1909 a inauguré un nouveau régime offrant toutes les garanties d'un enseignement contrôlé par l'Etat. En effet, depuis cette date, les études dentaires, qui comportent à leur base la possession du baccalauréat, du brevet supérieur, ou du certificat d'études primaires supérieures, comportent deux années de stage et trois ans d'études régulières et complètes, avec un examen de validation du stage et trois examens de fin d'études subis devant une Faculté de médecine. Ainsi relevée au double point de vue technique et moral, la profession de dentiste a pris dans notre pays le rang et la valeur qu'elle avait acquis à l'étranger.

Cette évolution d'ordre civil devait nécessairement avoir son contre-coup sur l'armée. La circulaire du 10 octobre 1907, de M. Henry Chéron, sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre, a préconisé l'inspection des dents des militaires, l'établissement des fiches dentaires et le traitement des dents et de la bouche au régiment. Aux termes d'une seconde circulaire ministérielle du 2 décembre 1910, dans les hôpitaux militaires et hospices mixtes devaient être installées, *en principe*, des cliniques dentaires, dont le service serait assuré, sous la direction du médecin-chef, par des

1. Cette Commission est composée de MM. Boudenoot, *Président*; Henry Chéron, Paul Strauss, Gaston Menier, Millies-Lacroix, Cazeneuve, Cauvin, Paul Doumer, *Vice-Présidents*; Lucien Cornet, comte d'Alsace, prince d'Hénin, Henry Bérenger, Petitjean, *Secrétaires*; de La Batut, Gouzy, Victor Lourties, baron de Courcel, Lucien Hubert, comte d'Elva, Charles Humbert, Lebert, Charles Chabert, Debierre, Gavini, Le Hérissé, Richard, de Selves, Amic, Vallé, Eugène Lintilhac, Ernest Monis, Chapuis, Léon Mougeot, Guillaume Chastenot, Henri-Michel, Etienne Flandin, Monfeuillard.

(Voir les nos 327, Sénat, année 1918, et 4553-4751 et in-8° n° 1022. — 11^e législ. — de la Chambre des Députés.)

militaires pourvus soit du diplôme de chirurgien-dentiste, soit de 8 inscriptions en chirurgie dentaire.

Les premiers résultats furent des plus modestes; ils tenaient à l'initiative et à la bonne volonté des chefs de corps. Les efforts pour créer un cadre auxiliaire et régulier de dentistes militaires n'aboutirent pas. L'idée d'une organisation régulière et permanente était pourtant en marche.

Dès que la guerre actuelle a fait apparaître les cruelles conséquences des batailles modernes, la vision des blessures de la face et des maxillaires a suscité de généreuses initiatives. L'Ecole dentaire de Paris, dont l'exemple était promptement suivi, offrit, au début du mois d'août 1914, ses dispensaires et ses services, d'abord pour les soins aux blessés des maxillaires, ensuite pour les soins aux blessés et inaptes dentaires. La Commission supérieure consultative du service de santé, présidée par M. de Freycinet, émit, dès 1915, sur notre proposition, un vœu précis tendant à l'organisation de services dentaires aux armées et à l'intérieur. Dès lors, le concours intensif des écoles dentaires est utilisé; des centres de prothèse élémentaire pour inaptes dentaires sont créés dans chaque région et dans chaque armée par une circulaire de M. Justin Godart du 31 juillet 1915; des voitures automobiles dentaires sont mises à la disposition des armées; des services dentaires sont institués dans les régiments. Il fallait nécessairement, pour le fonctionnement de ces divers services, comme pour la création de ceux dont la nécessité se faisait impérieusement sentir, des cabinets dentaires de garnison, des centres d'édentés, un corps dentaire militaire régulièrement constitué. La fonction exigeait logiquement l'organe. Un décret du 26 février 1916, proposé par M. Justin Godart et signé de M. le général Gallieni, ministre de la Guerre, et de M. Ribot, ministre des Finances, a créé des dentistes militaires avec une position dans la hiérarchie militaire correspondant à celle des adjudants sous-officiers. L'instruction du 27 février 1916, signée de M. Justin Godart, a déterminé la répartition générale des dentistes militaires légèrement modifiée ultérieurement.

A. Aux armées :

1° Dans les formations de l'avant :

Deux dentistes par groupe de brancardiers divisionnaires ;

Un dentiste par groupe de brancardiers de corps; un dentiste par automobile dentaire;

Un dentiste militaire par régiment d'infanterie.

Le service de stomatologie comprend par armée :

Un médecin stomatologiste principal, conseiller technique de stomatologie du chef supérieur du Service de santé de l'armée;

Un centre de prothèse pour édentés, avec un stomatologiste comme chef et un nombre variable de dentistes militaires et de mécaniciens-dentistes ;

Un nombre variable de cabinets dentaires isolés (dépôts d'éclopés, état-major, bataillons d'instruction, centres hospitaliers) ;

Deux voitures de stomatologie avec un stomatologiste et un dentiste militaire ou bien deux dentistes militaires, deux mécaniciens-dentistes et un conducteur. Ces voitures, dont l'initiative incombe à la Commission supérieure consultative du Service de santé, exécutent les réparations d'appareils dans les portions de secteurs qui ne possèdent pas de formations stables ; elles doivent rejoindre, en cas d'attaque, les hôpitaux d'évacuation à l'effet de donner les premiers soins prothétiques aux blessés maxillo-faciaux.

Il existe actuellement un centre de prothèse maxillo-faciale par armée, ainsi composé :

Un chirurgien chef du centre, un stomatologiste prothétique, deux dentistes militaires, trois ou quatre mécaniciens-dentistes.

De plus, chaque centre maxillo-facial peut être doublé, le cas échéant, par des équipes maxillo-faciales constituées dans les Régions et qui forment un renfort pour ces centres.

Le nombre des dentistes militaires actuellement aux armées est de 400. Ce nombre est notoirement insuffisant, puisqu'une trentaine de régiments d'infanterie ne peuvent encore être pourvus de dentistes. Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, M. Louis Mourier, nous a fait connaître qu'une organisation nouvelle des services dentaires de l'avant est à l'étude ; elle repose en partie sur l'emploi du side-car dentaire, actuellement expérimenté dans le Gouvernement militaire de Paris, qui pourrait être éventuellement affecté aux groupes de brancardiers divisionnaires, en vue d'assurer les services dentaires régimentaires.

Votre Commission de l'armée, qui n'a cessé de suivre et de promouvoir les améliorations apportées au fonctionnement des services dentaires dans les armées et à l'intérieur, recueillera sur ce point toutes informations utiles, dont elle s'efforcera de tirer le meilleur parti.

2° Dans la zone des étapes :

Un dentiste dans chaque centre hospitalier ;

Un dentiste dans chaque dépôt d'éclopés.

B. A l'intérieur :

Un dentiste dans chaque localité où existe un dépôt de corps de troupes, avec rattachement à l'hôpital militaire, ou, à défaut, dans la plus importante des formations sanitaires de la place ;

Un dentiste dans les camps d'instruction. Des dentistes, suivant l'importance des formations, en nombre plus ou moins

grand, dans les centres stomatologiques (prothèse de reconstitution faciale) et dans les centres d'édentés (prothèse élémentaire).

L'organisation des services de stomatologie dans les régions a été fixée par l'instruction du 9 juin 1916.

Le service d'une région comprend :

1° Un service de chirurgie ou de prothèse maxillo-faciale (facultatif) ;

2° Des cabinets dentaires de garnison ;

3° Un seul centre de prothèse élémentaire pour édentés (ces deux dernières organisations obligatoires).

Le nombre des dentistes militaires actuellement en fonctions à l'intérieur est de 640.

Cette organisation, à mesure qu'elle s'est perfectionnée, a rendu les plus grands services. Nos effectifs ont pu bénéficier de la récupération d'environ 150.000 édentés inaptes. Le traitement prothétique des blessés des maxillaires et de la face, pour lequel nos chirurgiens ont accompli des merveilles, doit beaucoup à la compétence ingénieuse et réparatrice des dentistes militaires et des mécaniciens-dentistes. De nombreuses évacuations dans des hôpitaux de l'intérieur ont pu être évitées grâce à des interventions opportunes des hommes de l'art. Des affections gastriques, dues à une mastication défectueuse, ont été promptement guéries par la disparition de leur cause morbide. A leur rang, et dans la mesure de leur compétence, les dentistes militaires ont partout rempli leur devoir ; ils se sont montrés dignes de la confiance des pouvoirs publics.

En vue de porter à son maximum de rendement la collaboration au Service de santé de ces utiles et dévoués techniciens, il n'est pas indifférent, suivant les propres expressions de M. le Général Gallieni, « de relever comme il convient le prestige des dentistes aux yeux des malades ». C'est dans cette pensée que M. le Ministre de la Marine, après avoir créé, par le décret du 1^{er} mars 1916, des chirurgiens-dentistes assimilés aux médecins auxiliaires, a complété cette première mesure en leur attribuant, par un second décret en date du 2 décembre 1916, des emplois de médecin de 3^e classe et de 2^e classe auxiliaires avec rang d'officier.

Dans les armées des pays alliés, celles de l'Angleterre, des Etats-Unis, de Belgique, du Canada, du Portugal, les dentistes militaires peuvent être nommés officiers : dans l'armée anglaise, avec le grade de capitaine et de major ; dans l'armée canadienne, comme dans les troupes néo-zélandaises et australiennes, jusqu'au grade de colonel ; dans l'armée américaine, depuis le grade de lieutenant jusqu'à celui de colonel ; dans l'armée belge, avec les

grades de sous-lieutenant, lieutenant et capitaine ; dans l'armée portugaise, jusqu'au grade de colonel.

Le Gouvernement a pensé, par un projet de loi, et la Chambre a été unanimement de cet avis, sur le rapport de M. Lorimy, dans sa séance du 5 juillet 1918, que le même traitement devait être accordé, non seulement à leur profit, mais, pour des motifs de justice distributive et d'intérêt général, à nos chirurgiens-dentistes.

La création d'officiers-dentistes, ou plutôt, pour employer l'expression du projet de la Chambre, de dentistes de première et de deuxième classe, est limitée au cadre de complément ; elle fera l'objet de mesures réglementaires qui seront certainement prises avec un ardent souci d'équité pour récompenser, dans la plus large mesure possible, les services rendus et pour améliorer encore le fonctionnement des services dentaires, dans une haute pensée de prévoyance sanitaire.

En conséquence, Messieurs, nous vous proposons d'adopter le projet ci-après :

PROJET DE LOI

Article unique.

L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 39. — En cas de mobilisation, le cadre du corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

» Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentiste de 1^{re} et de 2^e classe.

» Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

» Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

SÉANCE DU SÉNAT

Mardi 8 octobre 1918.

.....

7. — ADOPTION D'UN PROJET DE LOI TENDANT A LA CRÉATION
D'OFFICIERS DENTISTES.

M. le président. — L'ordre du jour appelle la 1^{re} délibération sur le projet de loi, adopté par la Chambre des députés, tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire.

M. Paul Strauss, rapporteur. — J'ai l'honneur de demander au Sénat, d'accord avec le Gouvernement, de vouloir bien déclarer l'urgence.

M. le président. — Je consulte le Sénat sur l'urgence qui est demandée par la commission, d'accord avec le Gouvernement.

Il n'y a pas d'opposition ?...

L'urgence est déclarée.

La parole, dans la discussion générale, est à M. Riou.

M. Charles Riou. — Je désire poser une question à M. le sous-secrétaire d'Etat, que j'ai, du reste, prévenu de mon intention.

Ce projet de loi est excellent ; il sera certainement ratifié par le Sénat, comme il l'a été par la Chambre des députés.

Or, le texte du projet déclare que « les conditions de nomination sont déterminées par un règlement ministériel. » Je demande à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé si le règlement sera pris sous forme d'arrêté ministériel ou sous forme de décret. Et alors, sera-t-il tenu compte — et dans quelles conditions — de tous les services rendus, notamment au front ?

M. Charles Deloncle. — Je demande la parole.

M. le président. — La parole est à M. Deloncle.

M. Charles Deloncle. — Je demande à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé s'il ne pourrait pas, dans le règlement d'administration publique qui doit être pris en application de la loi qui nous est soumise, prévoir une modification de la tenue des dentistes militaires.

Cet uniforme a été, jusqu'à présent, si je ne me trompe, celui des adjudants d'administration avec, comme distinctifs, le caducée et la lettre D, au collet.

Je reconnais que la question que je pose est d'ordre secon-

daire ; cependant il m'a paru utile de me faire l'interprète des desiderata d'un grand nombre de chirurgiens-dentistes de l'armée et aussi du groupement fédéral des syndicats dentaires de France, pour la soumettre à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.

Les chirurgiens-dentistes militaires seraient reconnaissants au Gouvernement s'il voulait bien supprimer du collet de leur uniforme un insigne qui désigne plus un système qu'il ne désigne une fonction. (*Sourires approbatifs*) et de rechercher si l'on ne pourrait créer pour la tenue des dentistes militaires un parement spécial.

Etant donnés les services nombreux et importants rendus par les chirurgiens-dentistes depuis le début de la guerre...

M. Flaissières. — Très importants, en effet.

M. Charles Deloncle... services qui ont été proclamés dans le remarquable rapport de M. Lorimy et reconnus hautement par le rapporteur au Sénat, notre collègue M. Strauss, je ne crois pas demander pour ces futurs officiers une mesure de bienveillance inadmissible et je suis convaincu, connaissant la sollicitude de M. le docteur Mourier pour le corps des dentistes militaires, que la réponse sollicitée par moi de M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé sera de nature à me donner satisfaction. (*Vive approbation.*)

M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire. — Je demande la parole.

M. le président. — La parole est à M. le sous-secrétaire d'Etat.

M. le sous-secrétaire d'Etat. — Messieurs, à la première question qui m'a été posée je répondrai que les conditions de nomination seront fixées par décret et qu'il sera tenu compte avant tout des titres scientifiques et, dans une mesure au moins égale, du temps passé au front.

M. Charles Riou. — Très bien !

M. le sous-secrétaire d'Etat. — A. M. le sénateur Deloncle, qui m'a posé une question au sujet du costume et des attributs des dentistes militaires, je répondrai que les doléances exposées par lui seront examinées avec la plus grande bienveillance et le désir de répondre aux vœux qu'il a formulés. (*Très bien!*)

M. le président. — Si personne ne demande plus la parole dans la discussion générale, je consulte le Sénat sur le passage à la discussion de l'article unique.

(Le Sénat décide de passer à la discussion de l'article unique.)

M. le président. — Article unique. — L'article 39 de la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 39. — En cas de mobilisation, le cadre du corps de santé militaire est complété par des médecins, des pharmaciens et des dentistes militaires de réserve et de l'armée territoriale, qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

» Les dentistes militaires de complément possèdent une hiérarchie propre, savoir : dentistes de 1^{re} et de 2^e classe.

» Ces grades correspondent respectivement, dans la hiérarchie militaire, à ceux de lieutenant et de sous-lieutenant.

» Cette correspondance de grade ne modifie point la situation, dans la hiérarchie générale et dans le service, qui est faite aux membres du corps de santé. »

M. Dominique Delahaye a déposé sur cet article l'amendement suivant :

« Dans les 2^e et 3^e alinéas,

Au lieu de :

« Des dentistes militaires... »,

Dire :

« Des chirurgiens-dentistes militaires... »

Et dans le 3^e alinéa *in fine*, dire :

« Chirurgien-dentiste aide-major de 1^{re} et de 2^e classe. »

La parole est à M. Delahaye.

M. Dominique Delahaye. — Messieurs, j'ai été saisi de ce désir des chirurgiens-dentistes par l'un d'entre eux, un professeur, qui m'a fait savoir qu'il avait proposé au ministère — ce qui lui a valu une lettre de félicitations — un texte qui est exactement, sauf les mots : « chirurgiens » et « aides-majors », celui qu'a voté la Chambre et qui est soumis, en ce moment, à nos délibérations.

M. le rapporteur. — Il n'y a aucune différence entre le texte actuellement soumis au Sénat et celui qui a été voté par la Chambre.

M. Dominique Delahaye. — J'ai dit, mon cher collègue, que le projet voté par la Chambre émanait d'un homme dont on a accepté toutes les propositions, sauf les mots « chirurgiens » et « aides-majors ». Je n'ai pas ajouté qu'il y avait de différence entre le texte voté par la Chambre et celui qui est actuellement soumis au Sénat. Il n'y a de différence qu'entre les suggestions des intéressés et le texte adopté par la Chambre.

Ma proposition n'obérera par le budget. Elle tient compte de la juste fierté des chirurgiens, qui ont rendu de signalés services même en aidant à reconstituer les visages, si souvent, hélas ! mutilés par nos combats actuels. Dans les armées alliées, comme dans les armées ennemies, comme dans la loi de 1892, qui leur confère le titre de chirurgiens-dentistes, vous trouverez,

messieurs, des raisons déterminantes d'accepter mon amendement.

D'ailleurs, pour que je vous donne les raisons des intéressés, vous me permettez de vous lire quelques passages de la lettre que j'ai reçue :

« ... Ai-je besoin de vous rappeler les immenses services qu'ils ont rendus, dans un grade modeste, depuis leur création et de rechercher le chiffre considérable de poilus qu'ils ont soignés, soulagés, guéris et rendus aux armées ? Vous n'oublierez pas que c'est aux dentistes également, qui en cela furent les collaborateurs précieux des chirurgiens, que des milliers de glorieux, mais malheureux blessés de la face ont dû de voir leurs souffrances morales atténuées très sensiblement, le talent et le savoir des dentistes leur ayant reconstitué une figure humaine. A ceux du front comme à ceux des centres dentaires de l'intérieur, il faut la récompense qu'ils méritent, l'accession au grade d'officier. Dans la marine c'est chose faite depuis la création même du service dentaire. Nos confrères des armées sont donc en situation d'infériorité vis-à-vis des dentistes de la marine.

« Dans les armées et marines de nos alliés (et même chez nos ennemis) les dentistes ont tous rang d'officier. La France, où est né l'art dentaire, où il s'est en grande partie perfectionné, est le seul pays d'Europe où les dentistes ne sont pas traités sur le pied d'égalité avec les médecins, les pharmaciens et les vétérinaires. Cependant, par leurs études, leur savoir, leurs diplômes, les dentistes ont une culture au moins égale à celle des pharmaciens et des vétérinaires auxquels les divers grades d'officier sont largement ouverts. Nos ambitions sont modestes. Dès 1907, représentant nos syndicats, j'avais étudié le projet de création du corps des dentistes militaires et je l'avais envoyé au ministère, — ce qui m'a valu une lettre de félicitations du ministre d'alors. — C'était exactement, je suis fier de le constater, ce qui va exister quand vous aurez voté la loi accordant le grade d'officiers aux dentistes, que j'appelais dans mon projet « chirurgiens-dentistes, aides-majors de deuxième et de première classe de réserve », par analogie avec tous les autres membres de la famille médicale, afin qu'ils ne s'y trouvent pas admis comme par charité, en parents pauvres, ce qui serait souverainement injuste.

« Nous voudrions donc que le Sénat priât M. le sous-secrétaire d'Etat du service de santé de changer le titre qu'il propose « d'officier dentiste de 2^e et 1^{re} classe », titre qui ne rime à rien et semble comme un titre quelque peu méprisant, en celui, juste, de : « chirurgien-dentiste aide-major de 2^e et de 1^{re} classe ». Il ne faut pas oublier, en effet que le titre donné par la loi et la faculté

de médecine est celui de « chirurgien-dentiste » et non dentiste tout court. C'est encore une petitesse indigne du Gouvernement de la République, qui prône si haut ses idées de justice et d'égalité, que de vouloir changer dans l'armée le titre auquel ont droit les dentistes de par la loi de 1892. »

Voilà les raisons invoquées, vous voyez qu'elles ont un fondement sérieux; ce n'est pas là de l'amour-propre exagéré. Je sais bien, puisque j'ai eu l'honneur de parler à M. le sous-secrétaire d'Etat du service de santé et à M. le rapporteur, qu'on va m'objecter la nécessité, si vous acceptez mon amendement, du retour de la loi à la Chambre. C'est toujours l'argument qu'on nous oppose quand on n'en a pas d'autre, et c'est certainement le cas. On peut faire en sorte que ce retour à l'autre Assemblée soit de très courte durée: il suffira de faire remarquer à la Chambre que ceux qui nous soulagent de douleurs intolérables ont droit à recevoir eux-mêmes une satisfaction immédiate, et que ce ne serait pas leur donner cette satisfaction immédiate que de les froisser dans leur amour-propre légitime.

Vous savez bien que, sans vouloir donner au mot « dentiste » un sens péjoratif, il y a une comédie célèbre dont le refrain continuel est: « quel dentiste! » Vous savez bien qu'on dit encore: « menteur comme un arracheur de dents » (*Sourires*). Jamais il ne viendra à l'idée de personne de prendre le ton de la comédie pour dire: « quel chirurgien-dentiste! » ou « menteur comme un chirurgien-dentiste. »

L'influence des mots dans la vie est considérable. M. le sous-secrétaire d'Etat veut bien qu'on fasse disparaître du col des officiers dentistes la lettre D, la première lettre du mot péjoratif.

Il consent à la disparition du signe qui contient à lui seul un peu d'offense. Cela ne suffit pas. L'aide-major dentiste doit être l'égal de l'aide-major vétérinaire et de l'aide-major pharmacien. Je crois que le médecin, qui l'appelle si souvent en collaboration pour remettre en état harmonieux les visages, ne sera point jaloux que le dentiste s'appelle chirurgien-dentiste.

J'ai dit, messieurs, et j'espère que j'ai porté la conviction dans vos esprits. (*Très bien! très bien!*)

M. le rapporteur. — Je demande la parole.

M. le président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le rapporteur. — Messieurs, l'honorable M. Delahaye a rendu aux dentistes militaires un hommage auquel s'associe la commission de l'armée, puisqu'elle a consacré d'une approbation unanime le projet de loi voté par la Chambre des députés.

Notre honorable collègue voudrait changer la terminologie, et

il propose de faire précéder le terme de « dentiste » de celui de « chirurgien ». Il est, en effet, exact qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892 les praticiens de l'art dentaire doivent être pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste, de même que les médecins sont, au regard de la loi, docteurs en médecine.

Dans le service de santé, les aides-majors et les médecins-majors n'ont point leur titre précédé de celui de docteur en médecine. Il n'est donc pas nécessaire d'évoquer le titre de chirurgien qui procède de la loi de 1892 et du régime scolaire du 11 janvier 1909.

Le nom de dentiste ne saurait être pris en mauvaise part. La profession de chirurgien-dentiste a été heureusement relevée dans l'opinion publique — et à bon droit — par la rénovation pédagogique et professionnelle à laquelle les écoles dentaires ont pris une part prépondérante. Le chirurgien-dentiste, quel que soit son nom, vaut par sa valeur professionnelle, par la dignité de sa vie, par les services qu'il rend, par la reconnaissance qui lui est due. Les chirurgiens-dentistes mobilisés ont popularisé, au cours de la guerre, le nom et l'institution des dentistes militaires. En les qualifiant ainsi dans la hiérarchie militaire, dentistes de première et de deuxième classe, nous ne les amoindrissons pas, nous ne leur portons aucun préjudice moral. Sans doute il aurait été possible, au point de départ du projet de loi préparé par M. Justin Godart et proposé par M. Mourier, de recourir aux qualifications d'aide-major ou de sous-aide-major. Le Gouvernement ne l'a pas pensé, la Chambre a été du même avis, et nous non plus, nous ne voulons pas modifier ces appellations qui n'ont, d'ailleurs, qu'une importance secondaire. Ce qui est essentiel, ce qui est urgent, ce qui doit être réalisé au plus tôt, c'est l'accession des dentistes militaires, actuellement adjudants, au grade d'officier. C'est l'objectif principal et dominant de la réforme qu'il est urgent de mener promptement à terme. (*Marques d'approbation*).

Si l'honorable M. Delahaye parvenait à convaincre le Sénat, s'il fallait modifier la loi, ce serait — je le dis, et il a bien prévu l'objection — le renvoi à la Chambre, de nouveaux délais d'attente et par conséquent un retard préjudiciable, non seulement aux intéressés, mais encore à la bonne marche des services dentaires. Nous vous demandons, en conséquence, de ratifier le projet tel qu'il se présente, tel qu'il a été voté par la Chambre, afin de réaliser une réforme tant attendue et qui consacre les importants services rendus par les dentistes militaires en leur accordant le grade et le rang d'officiers.

C'est pourquoi je prie le Sénat, quelles que soient les excellentes intentions de l'honorable M. Delahaye, de ne pas retenir son amendement. (*Très bien!*)

M. le sous-secrétaire d'Etat. — Je demande la parole.

M. le président. — La parole est à M. le sous-secrétaire d'Etat du service de santé.

M. le sous-secrétaire d'Etat. — Le Gouvernement s'associe au rapporteur de la commission pour demander au Sénat de ne pas accepter l'amendement de M. Delahaye.

En effet, le mot « dentiste » n'a rien de péjoratif; ce serait mal reconnaître les services rendus à l'armée par ces précieux auxiliaires du service de santé que de l'interpréter ainsi.

Dans mon administration, les officiers sont définis par leur profession et non par leur titre légal. On ne dit pas M. le docteur en médecine aide-major de 1^{re} ou 2^e classe, mais bien M. le médecin aide-major de 1^{re} ou 2^e classe; il en est de même pour les pharmaciens lorsqu'ils sont docteurs en pharmacie.

On appellera donc les nouveaux officiers institués par la loi soumise aux délibérations du Sénat : M. le dentiste militaire et non M. le chirurgien-dentiste de 1^{re} ou 2^e classe.

M. le président. — Il n'y a pas d'autre observation ?...

Je consulte le Sénat sur la prise en considération de l'amendement de M. Delahaye.

(L'amendement n'est pas pris en considération).

M. le président. — Je mets aux voix l'article unique du projet de loi.

(Le projet de loi est adopté).

(*Journal officiel* du 9 octobre 1918.)

ORDRE DU JOUR DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

(*Séance du 11 octobre 1918.*)

Le Bureau, au nom de l'École dentaire de Paris et du Groupement, remercie tous ceux qui ont concouru à la préparation et au vote de la loi, MM. Strauss et Lorimy, et tout particulièrement M. Blatter, qui, depuis la première heure, est intervenu inlassablement auprès de M. Justin Godart et de toutes les autorités compétentes, contribuant ainsi puissamment à la réalisation des vœux de toute la profession.

UNE LETTRE DE M. JUSTIN GODART

Nous sommes heureux de pouvoir publier la lettre que M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, vient d'adresser à notre dévoué collègue, M. Blatter, président de la F. D. N. Cette lettre rend un éclatant témoignage aux démarches, aux efforts répétés que M. Blatter n'a cessé de faire depuis plus de quatre ans afin d'obtenir pour les dentistes une situation militaire digne d'eux.

M. Godart rend à notre collègue le juste tribut qu'il mérite en qualifiant la nouvelle loi de Loi Blatter. Tout commentaire serait superflu.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Paris, le 8 octobre 1918.

A M. Blatter, président de la Fédération dentaire nationale.

Mon cher ami,

La loi Blatter vient d'être votée par le Sénat et je viens vous dire mes félicitations, car c'est le couronnement de votre œuvre. On le sait déjà. On doit le savoir davantage et je m'y emploierai par esprit de justice et par amitié.

Une bien cordiale poignée de mains.

Justin GODART.

ORDRE DU JOUR

Nous recevons communication de l'ordre du jour suivant, que nous publions avec le plus grand plaisir en nous associant aux légitimes félicitations qu'il contient à l'adresse du président de la F. D. N., M. Blatter. On sait quels efforts a dépensés sans compter la F. D. N. depuis plusieurs années pour obtenir des pouvoirs publics une situation militaire digne des chirurgiens-dentistes.

Cette situation est aujourd'hui établie définitivement par une loi; mais nous ne saurions trop rappeler que ce résultat est dû pour la plus grande part aux démarches réitérées de la Fédération et de M. Blatter, et aussi aux services rendus depuis la guerre par les chirurgiens-dentistes, ainsi que l'a officiellement reconnu et proclamé le ministre de la Marine en créant un corps d'officiers chirurgiens-dentistes dans l'armée de mer.

« Au moment où les chirurgiens-dentistes de l'armée de terre vont enfin obtenir la légitime récompense des éminents services qu'ils ont rendus à la Défense Nationale, les chirurgiens-dentistes de la Marine leur adressent leurs félicitations et leurs vœux de prompt succès ; ils profitent de cette occasion pour remercier sincèrement le président de la F. D. N. de son inlassable activité et de son entier dévouement à la cause commune et lui adressent l'expression de leur profonde reconnaissance pour avoir poursuivi, sans relâche auprès des pouvoirs publics, la campagne en faveur d'une hiérarchie dentaire dans les armées de mer et de terre.

Signé : Souweine, Pierret, Villard, Jurieu, Guilbeau, Jean Pottier, Mazières.

Nota. — Vu la dispersion des confrères et la très grande distance où ils se trouvent les uns des autres, il a été impossible de faire parvenir à tous la note ci-dessus.

Nous nous en excusons et regrettons que tous nos confrères n'aient pu approuver et témoigner de leur communion d'idées avec les nôtres.

3 septembre 1918.

TRAVAUX ORIGINAUX

RÉGÉNÉRATION COMPLÈTE DE LA MOITIÉ DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR NÉCROSÉ

Par le Docteur MAURICE ROY,

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

(Communication à la Société d'Odontologie, 16 décembre 1917).

La régénération osseuse est à l'ordre du jour et un certain nombre de blessés ont déjà été l'objet de présentations à ce sujet de la part de divers auteurs. J'ai, pour ma part, présenté au début de la guerre, à la *Société de Chirurgie*, un cas de régénération complète de cinq centimètres de mâchoire chez un des premiers blessés du *Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face*¹.

On pense, assez communément, que la jeunesse est un facteur indispensable pour obtenir cette régénération osseuse et on accorde généralement à cet élément une très grande importance dans le pronostic des réparations osseuses chez les blessés. Sans nier l'importance de ce facteur, qui est surtout manifeste chez les sujets de moins de 20 ans ou ayant de peu dépassé cet âge², les observations que je vais présenter montreront qu'il est loin d'être un élément indispensable, puisque, dans l'une de ces observations, il s'agit d'une régénération complète de presque la moitié du maxillaire inférieur (branche horizontale et branche montante) chez un homme de 55 ans et dans l'autre d'une régénération assez étendue, quoique plus modeste, chez un homme de 65 ans.

*
**

S... forgeron, âgé de 55 ans, vient le 18 mars 1915 à

1. *Société de chirurgie*, mai 1915.

2. M. Delagenière a signalé notamment que l'on peut observer des cals exubérants chez les sujets de moins de 20 ans auxquels on pratique des greffes os'éo-périostiques.

notre consultation de l'hôpital de La Pitié pour une tuméfaction de la joue droite ayant débuté, sans cause apparente, un mois et demi environ auparavant. Il était entré à ce moment à Cochin où on lui fit, paraît-il, des pansements humides et des lavages buccaux avec une solution oxygénée. Son état ne s'étant pas modifié, il quitta Cochin et, quelque temps après, se présenta dans notre service de La Pitié.

A ce moment nous constatons l'existence d'une grosse tuméfaction de la joue droite descendant un peu au-dessous du bord inférieur du maxillaire et remontant jusque au-dessus de l'arcade zygomatique; la coloration de la peau n'est pas modifiée, et l'induration est assez modérée.

L'ouverture de la bouche est assez difficile; les molaires inférieures droites sont mobiles et baignent dans le pus, la muqueuse gingivale est décollée de l'os et du pus sort en abondance le long des bords alvéolaires dénudés.

Mon assistant, M. Soret, qui vit ce malade lors de son entrée dans le service, lui enleva immédiatement les quatre dents postérieures 8, 7, 6, 5], qui ne tenaient plus, ainsi qu'un petit séquestre mobile, et pratiqua d'abondants lavages antiseptiques qu'il fit continuer par le malade dans la journée.

Deux jours après, je vois moi-même le malade; son état ne s'est pas sensiblement modifié, la joue est toujours fortement tuméfiée, et, du côté buccal, du pus s'écoule toujours en abondance des alvéoles, la muqueuse n'adhère plus à l'os, que l'on sent dénudé jusqu'à sa partie basilaire. Je constate en outre une mobilité manifeste dans la partie nécrosée de l'os; cette nécrose paraît étendue, non seulement en hauteur, mais encore en longueur et j'estime, au juger, celle-ci à cinq centimètres au moins.

Je décidai de procéder immédiatement à l'ablation du séquestre par la bouche, ce qui semblait pouvoir se faire sans débridement notable grâce au décollement étendu de la fibro-muqueuse. Je pris en conséquence une langue de carpe avec laquelle je fis basculer en haut et en avant

l'extrémité du séquestre pour le saisir avec une pince.

A ce moment je m'aperçus que mes prévisions étaient de beaucoup dépassées quant à la longueur dudit séquestre, car j'attirai à moi sans effort, par la plaie buccale, *la moitié droite du maxillaire inférieur*, c'est-à-dire la branche horizontale à partir de la canine et toute la branche montante à l'exception du condyle, le tout d'un seul morceau et tel que le montre la pièce que je présente (Voir figure ci-contre).

Comme on le voit, l'os a conservé sa forme générale, y compris l'angle, simplement un peu effacé, mais la surface en est assez profondément corrodée par le travail de nécrose.

L'enlèvement de cet énorme séquestre ne fut pas accompagné de grosse douleur ni de grande hémorragie. En vue de ménager l'intégrité du périoste restant dans la plaie, je me gardai de gratter celle-ci à la curette tranchante et je me contentai de la nettoyer vigoureusement avec de gros tampons montés, concurremment avec des lavages énergiques à la poire ; enfin je terminai par une détersion de la plaie avec un tampon imbibé de chlorure de zinc au 1/10.

A la suite de cette intervention, la suppuration diminua dans des proportions considérables, toutefois elle ne disparut pas complètement, un léger écoulement persista, le pus paraissant venir de la partie supérieure de la plaie.

L'os nécrosé allait-il se reformer ? La question ne pouvait être tranchée à l'avance, car cela dépendait de certaines conditions physiologiques, et de l'état de la gouttière périostique. Je m'étais attaché, on l'a vu, à ménager autant que possible l'intégrité du périoste lors de mon intervention, mais je ne pouvais savoir ce qu'il en restait de viable et, d'autre part, l'âge du malade (55 ans) pouvait faire craindre une insuffisance de vitalité de celui-ci. Mais, que cette régénération se produisît ou non, il fallait obvier à la déviation qui allait se produire fatalement dans la moitié gauche restante de la mâchoire, qui, pivotant sur son condyle, allait se dévier vers la droite, suivant le mécanisme habituel en pareil cas.

C'est pourquoi, M. Duz, mon excellent collaborateur, au *Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de*



Séquestre décrit page 368. — Sur la branche montante il manque seulement le condyle et l'extrémité de l'apophyse coronôide ; on remarque, d'autre part, les alvéoles des prémolaires et le trou mentonnier à l'extrémité de la portion horizontale.

la Face, appliqua à ce malade, sur mes indications, deux gouttières en argent coulé avec ailette de contention à gauche, maintenant en occlusion normale le fragment gauche.

Cet appareil fut mis en place une quinzaine de jours après l'enlèvement du séquestre.

Bien qu'une légère suppuration persistât dans la partie supérieure de la plaie, la cicatrisation de celle-ci se poursuivit normalement, sauf au niveau de l'emplacement de la dent de sagesse, où persista longtemps un trajet fistuleux. La joue restait toutefois toujours très tuméfiée.

Le 20 juin, la tuméfaction jugale augmenta notablement avec un peu de douleur. Nous incisâmes par la bouche au niveau de la fistule, mais il ne s'écoula que peu de pus.

Deux jours après, la tuméfaction avait encore augmenté et une collection s'était formée au niveau de l'angle de la mâchoire; celle-ci fut incisée et curettée, mais on ne trouva pas de communication avec l'incision buccale. La plaie fut pansée régulièrement, une mèche maintenant ouvert le trajet où une légère suppuration continua à se produire, la tuméfaction de la joue persistant toujours.

Le 25 septembre, nous dûmes ouvrir par la voie cutanée une nouvelle collection purulente et cette fois les lavages consécutifs passèrent par la bouche.

Malgré ces divers incidents, nous avons pu constater la régénération progressive de la portion osseuse détruite pendant que la moitié gauche de la mâchoire était maintenue en position correcte grâce à l'appareil à ailette et, le 18 mars 1916, un an après l'ablation du séquestre, nous pûmes enlever les gouttières sans inconvénient, la mâchoire reconstituée remplissant admirablement son office.

Néanmoins la joue restait toujours tuméfiée avec des alternatives de suppuration sans que l'on pût trouver de cause appréciable à celle-ci. Bien que l'on n'eût aucune indication précise à ce sujet et que le stylet ne rencontrât aucun séquestre dans le trajet fistuleux remontant très haut dans la joue, il était probable cependant qu'un petit point osseux profond devait être en voie d'élimination. Mais ce ne fut que le 16 septembre 1916, dix-huit mois après notre première intervention, que nous perçumes enfin dans la profondeur une portion osseuse dénudée et mobile. Nous

fines immédiatement une large incision du trajet d'où fut retiré un séquestre d'un centimètre environ dans toutes ses dimensions et paraissant provenir, de par sa forme, du voisinage du condyle, portion osseuse qui manquait justement au gros séquestre enlevé primitivement.

A partir de ce moment la suppuration disparut complètement, la plaie se cicatrisa rapidement et la tuméfaction disparut, elle aussi, progressivement.

Le 2 décembre 1916 le malade quittait définitivement le service complètement guéri; *sa mâchoire était entièrement reconstituée dans toute la portion détruite, branche horizontale et branche montante*, l'angle de la mâchoire étant simplement un peu effacé. La radiographie confirme les constatations cliniques.

Il n'y a pas de troubles dans l'articulation temporo-maxillaire, l'occlusion des dents de gauche est parfaite. Il y a, somme toute, *restitutio ad integrum* complète, sauf la perte des dents et la trace des diverses fistules cutanées.

..

L..., 65 ans, pédicure, se présente dans notre service de La Pitié le 17 mars 1917 se plaignant d'une suppuration abondante au niveau de la dent de sagesse inférieure droite récemment enlevée.

Du pus s'écoule en grande abondance de l'alvéole de cette dent et du collet de la seconde molaire qui est mobile et enlevée immédiatement. En avant, là où manque la première grosse molaire, la fibro-muqueuse est décollée sur une large étendue. Nous faisons un large débridement vestibulaire au thermo-cautère et pratiquons de grands lavages qui sont continués les jours suivants.

A la suite de cette intervention la suppuration se fait moins abondante, mais ne disparaît pas. Un certain nombre de petits séquestres alvéolaires sont enlevés le 21 et le 28 avril et enfin le 25 mai nous enlevons un séquestre de trois centimètres de longueur représentant le maxillaire dans toute son étendue. Il y a fracture complète du maxil-

laire. D'autres séquestres de moindre importance furent enlevés dans les semaines suivantes.

La suppuration disparut progressivement.

J'espérais, chez ce malade, maintenir en bonne position le fragment gauche grâce à l'occlusion des dents, mais je constatai au bout de quelques semaines une déviation qui m'obligea à lui faire faire par M. J. Robinson, un de mes excellents collaborateurs du *Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires*, un appareil à double action pour la réduction du fragment gauche par ancrage inter-maxillaire et contention consécutive du dit fragment au moyen d'une ailette amovible¹.

Cet appareil fut posé le 2 juillet ; la réduction fut assez rapidement obtenue et l'ailette, préparée à l'avance sur le modèle réduit de la fracture, fut mise en place.

Malgré l'âge de ce malade (65 ans), l'os s'est régénéré avec un léger avancement du fragment postérieur et, comme vous pouvez le voir, il n'y a plus aujourd'hui qu'un peu de mobilité, qui va, je pense, disparaître complètement par la suite.

*
**

Si j'essaie de tirer quelques conclusions de ces deux observations qui présentent une certaine analogie, je signalerai que la cause de ces nécroses étendues dans l'un et l'autre cas n'a pu être nettement établie. Il s'agit, chez mes deux malades, d'individus ayant un assez bon état général, pas de tuberculose, ni sucre, ni albumine dans les urines, pas de troubles névropathiques ; l'éclosion de ces accidents graves n'a été précédée que de symptômes assez peu marqués. Chez l'un et l'autre de ces malades l'hygiène dentaire était défectueuse et ils avaient quelques mauvaises dents ; néanmoins leur denture, vu leur âge, était assez bonne. Il n'y a, somme toute, du côté buccal que des causes absolu-

1. Roy et Martinier. — La force intermaxillaire dans la réduction des fractures. (Appareil à double action réductrice et contentive avec ailette mobile). *L'Odontologie*, 1916, p. 373.

ment banales et insuffisantes, semble-t-il, par elles-mêmes pour expliquer une nécrose en masse de la moitié du maxillaire inférieur comme chez le premier malade notamment. Peut-être faut-il invoquer une virulence particulièrement grande de microbes anaérobies¹.

Malgré l'âge, la régénération osseuse a été remarquable chez nos deux malades, chez le premier notamment ; elle est due évidemment à la conservation du périoste et cette considération dicte la conduite à suivre dans des cas semblables : il importe par-dessus tout de ne pas détruire les fragments de périoste restants, d'où l'indication de la modération et de la patience dans les interventions. La nature bien guidée fait mieux souvent dans ces cas que la meilleure intervention chirurgicale. Je n'en veux pour preuve que les observations de bras ballants chez des blessés de guerre qui ont été présentés récemment à la *Société de Chirurgie* et qui étaient dus à un nettoyage trop radical du foyer de la blessure qui avait détruit les éléments périostiques et rendu toute consolidation impossible.

Dans les cas de nécrose il faut savoir attendre patiemment la mobilisation du séquestre, c'est-à-dire le travail de séparation que la nature opère spontanément entre les parties restées saines de l'os et celles qui sont frappées de mort. Ce travail est plus ou moins long ; en ce qui concerne le maxillaire, il peut demander de trois à quatre semaines à trois mois. Dans les cas favorables, le périoste n'est pas mortifié avec l'os, il se détache de celui-ci et ce n'est que tardivement qu'il est détruit par gangrène ou destruction traumatique des parties molles.

Attendre la mobilisation du séquestre ne signifie pas l'abstention de toute intervention jusque-là. En premier lieu il convient d'enlever la ou les dents causales, ainsi que celles qui, intéressées par la nécrose, sont trop mobiles

1. Au cours de la discussion qui a suivi cette communication, notre collègue et ami M. Gernez a émis l'hypothèse d'une ostéo-myélite par thrombose de l'artère dentaire inférieure ; nous nous rallions assez volontiers à l'idée de ce mécanisme dont toutefois la cause première reste toujours à élucider.

pour espérer une consolidation impossible, puisque l'os qui les supporte est frappé de mort. Cette première intervention a pour effet de donner déjà une première et large issue au pus ; mais, dans les cas aussi étendus que ceux que nous venons de relater, cette intervention ne suffit généralement pas ; il faut, par de grands débridements, ouvrir largement les clapiers purulents et y faire de grands lavages antiseptiques à la poire et les déterger au chlorure de zinc au 1/10^e ou à la teinture d'iode. Il faut à tout prix éviter la rétention du pus dans des poches se vidant mal, car cette rétention favorise les décollements périostiques et augmente d'autant l'étendue des surfaces osseuses nécrosées.

Ces débridements se feront autant que possible par la bouche ; cependant on n'hésitera pas à les faire du côté de la peau si les incisions intra-buccales n'assurent pas, ce qui est rare, un bon drainage et un bon lavage de la plaie.

C'est lorsque ces premières interventions ont été effectuées que l'on doit attendre patiemment la mobilisation du séquestre en lavant copieusement les trajets et en débriant à nouveau si le pus tend à stagner en quelque point.

La mobilité du séquestre est assez faible au début lorsque les bords de celui-ci sont encore plus ou moins enclavés dans les parties saines de l'os ; néanmoins, dès que cette mobilité se manifeste, il y a intérêt à procéder sans plus attendre à l'enlèvement de ce séquestre et pour cela on fera, intra-buccalement autant que possible, les débridements nécessaires ; le séquestre sera sorti à l'aide de pinces, daviers, élévateurs suivant le cas ; la curette ne sera employée que dans le cas où l'on a affaire à de très petits séquestres perdus dans les parties molles et qui se dérobent à la pince ; encore dans ces cas sera-t-il souvent possible et préférable de les accrocher avec des tampons montés.

Le séquestre enlevé, il convient de se montrer très sobre d'intervention ; si l'on emploie la curette, on la maniera avec douceur de façon à nettoyer les tissus et non à les détruire, et c'est pourquoi je préfère généralement faire la toilette des plaies cavitaires résultant de ces interventions au

moyen de gros tampons montés qui nettoient très bien les surfaces cruentées en entraînant dans les mailles du coton les petites esquilles qui peuvent se trouver à leur contact. Je fais concurremment de grands lavages et déterge la plaie au chlorure de zinc au 1/10. Je ne tamponne la plaie que dans le cas où je ne suis pas sûr de son nettoyage parfait, et où il peut y avoir encore quelque séquestre à détacher ; de même lorsqu'il y a hémorragie abondante. En tout cas ce tamponnement est essentiellement transitoire et est supprimé aussitôt que possible. *Tout tamponnement dans les plaies intra-buccales favorise l'infection, quelque soin que l'on apporte aux lavages, et entrave la réparation des tissus.*

En immobilisant s'il y a lieu les fragments mandibulaires, s'il y a solution de continuité complète, il n'y a plus qu'à attendre la cicatrisation de la plaie en y faisant de grands lavages et en la stimulant par des attouchements de chlorure de zinc au 1/10°. La régénération osseuse, on le voit par les observations que je présente, est susceptible de se faire, même dans des cas de nécrose très étendue et chez des patients déjà assez âgés ; il ne faut donc pas désespérer de la voir se produire si l'on a pu sauvegarder la vie du périoste duquel dépend uniquement cette régénération.

Il y a lieu toutefois de noter que, seule, la partie basilaire de l'os est susceptible de régénération ; la partie alvéolaire, elle, se comporte différemment, sa vie est subordonnée à celle des dents, comme celle des dents est subordonnée à la sienne ; il en résulte que, les dents disparues, la portion alvéolaire de l'os disparaît. Dans un autre ordre de faits, il est à noter également que lorsqu'une fracture intéresse horizontalement le bord alvéolaire à son union à la partie basilaire de l'os, la consolidation ne s'opère jamais, même si le bord alvéolaire subsiste ultérieurement avec les dents qu'il supporte.

REVUE DES REVUES

LA PRÉSENCE DE FIBRES DU GOUT DANS LE NERF LINGUAL

Par I. H. CORIAT, de Boston.

La part contributive des nerfs au sens du goût dans la portion antérieure de la langue a été l'un des problèmes les plus discutés de la physiologie des nerfs. D'après les données expérimentales et anatomiques, il est hors de doute que la portion postérieure de la langue reçoit du nerf glosso-pharyngien ses récepteurs périphériques du goût. Pour la portion antérieure les opinions sont partagées entre la branche linguale de la 5^e paire et les cordes du tympan.

La muqueuse de la langue est innervée non seulement par des terminaisons nerveuses contribuant aux sensations de toucher, de douleur, de température, mais aussi par des fibres nerveuses passant directement dans les groupes spécialisés des papilles gustatives, lesquelles peuvent être appelées, suivant Shervington, chimo-récepteurs périphériques.

Les physiologistes ne sont pas d'accord sur l'innervation de la portion antérieure de la langue par les nerfs du goût. Tigerstedt laisse la question ouverte; Haycraft, dans la *Physiologie* de Schäfer, dit que les fibres du goût du nerf lingual passent dans les cordes du tympan en se rendant au cerveau.

L'opinion que les fibres du goût atteignent le cerveau exclusivement par les racines de la 5^e paire a été soutenue il y a longtemps par Erb et plus tard par Gowers et Turner. Au contraire, Howell, Herrick prétendent que les fibres du goût sont simplement amenées dans le nerf lingual par les cordes du tympan.

De plus on a indiqué que la perte du goût après les opérations sur le ganglion de Gasser est simplement un résultat temporaire, un incident, dû sans doute à la dégénérescence post-opératoire et à l'enflure des fibres du nerf lingual, qui affecte la conductibilité des fibres entremêlées des cordes du tympan. Toutefois il sera démontré plus tard que cette perte du goût est permanente et qu'en même temps il y a perte complète de toute sensation dans la distribution du nerf lingual.

3. PIERRE DELBET. — « Le phlegmon sublingual ».

Beaucoup de données sur les trajets nerveux et les récepteurs périphériques du goût dans la portion antérieure de la langue ont été tirées de ces opérations sur le ganglion de Gasser, dont le résultat final affectant le sens du goût a été sévèrement critiqué comme compliquant l'évidence, pour ce motif que ces opérations n'amènent que des changements temporaires dus probablement à une dégénérescence post-opératoire et à une enflure des fibres nerveuses, qui affectent la continuité des trajets nerveux et, par suite, les chimo-récepteurs périphériques du goût. Dans les expériences décrites ci-après cette lésion post-opératoire a été évitée, en partie parce que le nerf mandibulaire était injecté de novocaïne et en partie parce qu'il avait été fait emploi d'une solution isotonique (de Ringer). De plus, les expériences furent faites sur des enfants qui ont le sens du goût plus grand et plus fin que les adultes.

Suivant Cushing, dont les conclusions sont surtout tirées de l'extirpation du ganglion de Gasser, les fibres gustatives des $2/3$ antérieurs de la langue sont indépendantes du trijumeau, car la perception du goût n'a jamais été trouvée perdue complètement et d'une façon permanente après l'enlèvement de ce nerf. Il admet cependant qu'il peut y avoir sur cette zone perte temporaire du goût par suite de troubles mécaniques ou toxiques du nerf lingual. Après des opérations sur le ganglion de Gasser le goût est demeuré inaltéré sur la portion postérieure de la langue. Cette dernière observation concorde avec mes propres observations après des injections mandibulaires de novocaïne en solution isotonique. Krause et autres, cependant, ont constaté la perte complète et permanente du goût sur les $2/3$ antérieurs de la langue après des opérations sur le ganglion gassérien.

Le fait que le sens du goût peut être perdu complètement et d'une façon permanente sur ces $2/3$, mais conservé sur le $1/3$ postérieur (parce que ce dernier est innervé par le glosso-pharyngien) pendant longtemps après l'ablation du ganglion de Gasser est établi par les observations suivantes qui me sont personnelles.

Une femme, de 57 ans, avait été opérée en raison d'une névralgie grave du trijumeau durant depuis 6 ans. Le ganglion de Gasser droit avait été enlevé en entier. L'examen sensoriel, 3 ans $1/2$ après l'opération révéla que : 1° tout le côté droit de la face, les lèvres et les muqueuses de la bouche et de langue, à l'exception du $1/3$ postérieur de celle-ci, étaient complètement analgésiés et anesthésiés. Les $2/3$ antérieurs droits de la langue n'éprouvaient aucune sensation au toucher ou à la douleur, tandis que le goût était complètement perdu pour le sel et les acides sur

cette portion de la langue. Sur les 2/3 antérieurs gauches de la langue, ainsi que sur tout le tiers postérieur, le goût et la sensation étaient normaux. A noter que la perte du goût avait persisté, bien que plus de 3 ans 1/2 se fussent écoulés depuis l'opération.

La principale critique à adresser à la théorie suivant laquelle la distribution des fibres gustatives se trouve dans les 2/3 antérieurs de la langue consiste en ce que ces distinctions sont basées sur les effets d'opérations graves sur le ganglion gassérien ou sur les essais plus ou moins indéterminés sur le goût au cours d'examen de paralysie faciale périphérique dans laquelle on constatait que les cordes du tympan étaient intéressées. Dans aucun de ces derniers cas le goût n'était complètement perdu dans les 2/3 antérieurs de la langue. Tout au plus la perception du goût était-elle simplement diminuée.

Il a été constaté que, si une expérience physiologique exacte et définie pouvait être imaginée, elle servirait à éclaircir la question très discutée du véritable nerf qui donne le sens du goût à la partie antérieure de la langue. Heureusement cette occasion a été fournie par les études entreprises au Dispensaire dentaire infantile Forsyth.

Tous les sujets observés étaient des enfants entre 10 et 16 ans. Chez les enfants, comme l'on sait, l'acuité du goût est plus marquée que chez les adultes. Ces enfants venaient au Dispensaire pour l'extraction des dents sous l'anesthésie locale par le procédé de l'*injection mandibulaire*. L'anesthésique employé était une solution de novocaïne à 1 0/0 dans une solution saline isotonique normale avec de l'adrénaline. Les injections furent faites dans tous les cas au foramen dentaire inférieur, en produisant l'anesthésie de la zone innervée par le nerf dentaire inférieur et le plexus dentaire inférieur. Dans tous les cas quelques-uns des liquides injectés pénétrèrent dans le nerf lingual et il s'ensuivit une analgésie complète et une anesthésie des 2/3 antérieurs de la langue du côté de l'injection, avec perte complète du goût.

La sensibilité : 1° au toucher fut essayée avec de l'ouate ou avec l'esthésiomètre à cheveu de Frey ; 2° à la douleur avec une pointe acérée ; 3° à la température avec de petits tubes d'essai, tandis que le sens du goût était essayé avec des substances sucrées, aigres, amères, et du sel placé sur de petites boulettes de coton.

Le nerf lingual est intéressé dans ces injections probablement par une branche du nerf alvéolaire inférieur, laquelle rejoint le nerf lingual un peu au-dessus du foramen dentaire inférieur et produit ainsi des troubles sensoriels dans la langue. Dans aucune de ces injections la bouche n'était sèche du côté sec, parce que

la corde du tympan n'était pas intéressée, quoiqu'elle soit intimement reliée au nerf lingual. L'anesthésie de cette corde par la novocaïne avait le même effet que par l'atropine, principalement parce que la solution isotonique employée contenait de l'adrénaline, laquelle arrête la sécrétion salivaire par la constriction des vaisseaux sanguins des glandes salivaires. L'anesthésique local fut injecté dans le foramen dentaire inférieur, mais non dans le nerf lingual ; par suite, les troubles sensoriels qui survinrent dans la distribution du nerf lingual étaient dus à l'infiltration et non à l'injection directe.

Pourquoi donc après de graves opérations sur le ganglion gasérien ou les injections mandibulaires suivantes, le goût des fibres des cordes n'est-il pas conservé s'il existe un trajet sensoriel séparé au moyen de la corde du tympan ? La réponse à cette question serait que le goût fait défaut parce que la grande masse des perceptions gustatives est conduite par le nerf lingual avec les impulsions de douleur, de toucher et de température. Même si toute sensation du nerf lingual était arrêtée, le goût ne serait pas affecté si le nerf lingual ne portait pas de fibres gustatives, parce qu'il y aurait une transmission sensorielle de choix si les deux trajets étaient distincts, c'est-à-dire que la sensation du goût serait totalement conservée si la corde du tympan seule portait des fibres gustatives, même si le nerf lingual était insensibilisé et complètement anesthésié. Si les fibres du goût aboutissaient uniquement dans les cordes du tympan, il y aurait une dissolution de sensation (conservation du goût avec perte du sens du toucher et de la douleur) après injection mandibulaire, comme l'anesthésie dissociée dans la *seringomyélie* ou la régénération sensorielle de choix des fibres nerveuses.

Sans entrer dans le détail des opérations individuelles, celles-ci peuvent être résumées ainsi : au total 21 observations furent faites sur des enfants de 6 à 16 ans. A 7 il fut fait des injections mandibulaires gauches, à 6 des injections mandibulaires droites, à 8 des injections mandibulaires doubles. Dans tous, sur les 2/3 antérieurs de la langue, du côté droit ou du côté gauche ou sur les deux, suivant la nature de l'injection mandibulaire, il y eut perte complète de la sensation au toucher, à la douleur et à la température. Dans chaque cas également perte complète de la sensation au toucher, à la douleur et à la température. Dans chaque cas également perte complète du goût pour les substances sucrées, aigres, salées sur la zone de la langue où les autres sensations faisaient défaut. Dans chaque cas on laissait un délai de 1/4 d'heure pour permettre à l'anesthésique local d'atteindre son intensité maxima. Dans quelques observations les 2/3 antérieurs

de la langue présentaient seulement une diminution de sensation au toucher et à la douleur, tandis que dans la même zone le goût était complètement perdu.

Ces observations démontrent que les fibres du goût sont insensibilisées avant les fibres du toucher et de la douleur, parce que les premières sont plus hautement différenciées et parce que le nerf lingual doit contenir des fibres du goût; sans quoi il n'y aurait pas eu de diminution de la sensation du goût dans la distribution du nerf lingual. Cela concorde avec mes observations sur la régénération sensorielle, qui ont établi que les fibres du toucher léger sont régénérées plus tard que les fibres de la douleur, parce qu'elles sont plus spécialisées et plus différenciées. Dans aucun de ces cas le goût ou la sensation ne furent troublés sur la portion postérieure de la langue.

Dans une expérience le sujet put distinguer légèrement le sel, mais non la saveur sucrée, probablement à cause de la persistance des neurones spéciaux qui contribuent à la fonction de percevoir le goût du sel. Il y eut paralysie temporaire des récepteurs périphériques de la saveur sucrée, sorte d'appareil de sélection pour les différentes qualités du goût, analogue à l'appareil sensoriel de sélection de la peau. Frankl-Hochwart a également signalé qu'il peut y avoir des récepteurs de sélection pour les différentes qualités du goût sur la langue, observation confirmée par une de nos expériences.

En résumé à la suite d'injections mandibulaires isolées de novocaïne pour l'extraction des dents, qui est dans la nature d'une expérience physiologique exacte il a été constaté que les fibres du goût dans la partie antérieure de la langue passent par le nerf lingual, du moins dans sa partie périphérique, avant de rejoindre les cordes du tympan.

(*Dental Cosmos*, mars 1918).

PROCÉDÉ POUR LA PRISE D'EMPREINTES AVEC LE COMPOSÉ A MODELER, LA BOUCHE ÉTANT OUVERTE ET SOUS LA PRESSION DE L'ARTICULATION NORMALE

Par J. H. DREXLER, de Philadelphie.

Le procédé habituel pour la prise d'empreintes est absolument faux quand on a affaire à des tissus mous ou mobiles, comme l'idée qu'une chambre à air au centre d'un dentier artificiel est essentielle pour l'assurer contre l'effort de la mastication.

La plus grande commodité ne peut être donnée par un dentier que lorsqu'on a égalisé le support sur les tissus mous et durs, quand ils sont dans leur position active. Cette égalisation doit donc être faite dans l'empreinte avec la bouche fermée et sous la pression de l'articulation normale, et, pour qu'il ne puisse pas y avoir de doute touchant le fini du résultat, l'empreinte doit être le modèle exact du dentier projeté quant à la hauteur du rebord, l'épaisseur des crêtes et la longueur de la plaque à l'arrière.

En se préparant à prendre une empreinte par ce procédé, on examine d'abord la bouche, ouverte, puis fermée, en passant l'index le long de la région buccale et labiale du bord, de la partie postérieure de la voûte, pour avoir idée de la hauteur du bord et de la longueur du dentier projeté, en notant la force et la position des muscles et des tissus mous en action. Il faut noter aussi particulièrement la quantité et la zone de tissu mou dans le $\frac{1}{3}$ postérieur de la voûte.

On choisit ensuite un porte-empreinte convenable, s'adaptant exactement au bord de l'arrière et approximativement aux bords buccal et labial de la crête, en laissant environ 3 mm. de chaque côté pour adapter le composé à modeler.

Les bords buccal et labial du porte-empreinte doivent être réduits de 3 mm. en deçà des attaches musculaires pour permettre de façonner le muscle. Quand la crête est dure sur le devant, réduire le porte-empreinte exactement à la longueur de la pièce projetée, c'est-à-dire de 1 mm $\frac{1}{2}$ en deçà du bord du tissu mou vibrant. Si le bord est mou en avant, donner au porte-empreinte 3 mm. au maximum de moins que la longueur totale de la pièce projetée.

Courber le manche du porte-empreinte de façon à ne pas gêner la lèvre ou le doigt quand on le place sur le $\frac{1}{3}$ postérieur du porte-empreinte. Si le patient est sujet aux nausées, le bord pos-

térieur du porte-empreinte doit-être recouvert suffisamment pour supprimer la vibration des tissus mous et dans ce cas le porte-empreinte doit avoir la longueur exacte de la pièce.

Préparation du composé à modeler. — Le seul four qui convienne bien pour chauffer le composé à modeler est le four électrique, qui permet 3 chaleurs différentes : basse, moyenne, haute. Cet appareil permet d'amollir extrêmement le composé sans bouillir et de maintenir indéfiniment une température égale.

Prendre alors dans le godet à chauffer un petit morceau de composé et, avec les doigts humides, le former en boule. Chauffer un côté avec la flamme, placer sur le porte-empreinte, le côté chauffé contre celui-ci, et avec les doigts humides donner vivement au composé amolli la forme d'un petit monticule au centre du porte-empreinte, avec une dépression tout le long de l'endroit où viendra le bord alvéolaire et avec une crête relativement haute pour passer sous la lèvre et la joue. Le composé ne doit pas s'étendre tout à fait jusqu'au bord postérieur du porte-empreinte.

Chauffer alors toute la surface du composé de l'empreinte sur une flamme Bunsen, pour qu'elle s'amollisse plus que la partie sous-jacente, et après avoir plongé toute la matière à empreinte dans l'eau chaude, on est prêt à prendre la première empreinte. Il est essentiel que le composé chauffé par la chaleur sèche soit toujours plongé dans l'eau chaude avant d'être placé dans la bouche, pour empêcher d'adhérer à la muqueuse et éviter au patient une brûlure occasionnelle.

Technique de la prise d'empreinte. — La première empreinte est destinée à adapter le composé à la voûte buccale et à obtenir la hauteur du bord.

On introduit dans la bouche le porte-empreinte et on le presse à peu près jusqu'à la moitié par un mouvement latéral analogue à celui des vagues en l'amenant au centre. On presse le composé sur les faces buccale et labiale vers le haut et contre le bord avec le doigt. On invite le patient à ramener la lèvre et la langue, d'abord comme s'il riait franchement, puis comme s'il sifflait, tandis qu'on pousse doucement le porte-empreinte avec l'index jusqu'au $\frac{1}{3}$ de l'arrière ; puis tandis que la matière est toujours malléable, on masse dans la région du porte-empreinte pour faire couler au-dessous l'excès de composé. En massant, le premier mouvement est vers le haut, le second vers le dedans et en avant. Quand c'est complètement dur, enlever l'empreinte et la mettre dans l'eau froide.

Les bords de l'empreinte, lorsqu'elle sort de la bouche, sont

généralement assez épais pour détendre les tissus des joues et des lèvres, situation à laquelle il faut remédier.

Façonner les bords buccal et labial jusqu'à ce qu'ils aient l'épaisseur voulue dans le dentier fini afin de donner à la face du patient l'expression voulue. Avoir soin de ne pas altérer la forme des bords et de ne pas briser le composé. Si on le brise en le façonnant, ne pas essayer de le réparer tant que l'articulation n'est pas prise, car tant qu'on n'en est pas arrivé là on abîme habituellement l'empreinte. Si le bord postérieur du porte-empreinte est découvert en prenant l'empreinte, le courber en arrière pour qu'il ne touche pas les tissus. Cette partie est plus tard recouverte de composé.

Prise de l'articulation. — La prise de l'articulation, qui se fait ensuite, a une importance capitale et la technique diffère légèrement pour un dentier du haut et un dentier du bas complets d'avec un dentier simple avec les dents du haut ou du bas en place.

En prenant l'articulation pour un dentier supérieur complet avec les dents inférieures en place, avant d'essayer de compléter l'empreinte, égaliser la pression de l'articulation sur les deux côtés de la pièce. On y parvient en roulant un morceau de composé et, après l'avoir passé à la flamme, en le faisant adhérer à la surface inférieure du porte-empreinte. Le façonner rapidement pour approcher de la forme des dents inférieures, chauffer jusqu'à fort amollissement, plonger dans l'eau chaude et mettre en bouche. Inviter le patient à rapprocher les lèvres jusqu'à ce qu'elles prennent la position du repos. A ce moment il importe d'avoir le composé assez mou pour que le patient ne constate aucune pression en les fermant. Si le composé est chauffé inégalement, les muscles, en faisant un effort d'un côté ou de l'autre pour surmonter cette résistance, donneront une fausse articulation.

Retirer l'articulation et enlever tout l'excès en ne laissant que les creux indiquant les pointes antérieures. La surface d'articulation est de nouveau chauffée sur la flamme également jusqu'à ce que la chaleur ait pénétré de 3 mm. environ dans la région molaire et de 1 mm. 1/2 dans la région des 6 dents antérieures. Placer l'articulation en bouche en s'assurant que les dents inférieures articulent dans leurs places originaires dans le composé et inviter le patient à fermer la bouche et à maintenir les dents dans la position de repos.

A ce moment nous avons obtenu un résultat qui forcera le patient à mordre exactement de la même manière chaque fois que nous lui demanderons de fermer la bouche. Cela est absolument nécessaire pour que nous puissions modifier les bords ou, autrement dit, obtenir le façonnage des muscles.

Façonnage des muscles. — La dernière phase de cette opération consiste à modifier les bords de l'empreinte pour les conformer à certaines portions des tissus mous sous la tension de l'articulation normale. L'opérateur expérimenté sera à même de découvrir d'un coup d'œil les endroits bas dans les bords de l'empreinte, mais l'inexpérimenté ne le peut.

Dans les premiers cas qu'on essaye il est bon d'ajouter du composé en chauffant un bâtonnet et en construisant tous les bords. Insérer rapidement après chauffage pour s'assurer que l'articulation est exacte et que le patient peut rire et siffler quand les joues sont massées doucement.

Dès que le bord est assez haut tout autour et a été façonné quant aux muscles et massé, chauffer les bords buccal et labial tout entiers sur une petite flamme jusqu'à ce que le composé soit assez mou pour permettre l'adaptation par le massage, mais pas assez pour changer de forme. Insérer rapidement l'empreinte dans la bouche, inviter le patient à rire et à siffler et masser le composé pour mieux l'adapter aux tissus buccal et labial.

Il est également très important que l'impression supérieure soit adaptée aux tissus mous qui débordent la partie postérieure du palais dur sur l'un ou l'autre côté de la ligne médiane quand ces tissus sont lâches.

Les empreintes prises la bouche ouverte reproduisent ces tissus dans des positions distendues. Quand la bouche est fermée, elles occupent des positions très différentes et un dentier confectionné sur un modèle représentant les positions distendues peut s'adapter à celles-ci assez mal pour causer des nausées. Si le dentier s'adapte à ces tissus dans leur position relâchée, il sera stable en tout temps et ne causera pas de nausées, quelque grand qu'il soit.

On adapte l'empreinte à la position relâchée de ces tissus en ajoutant du composé sur toute la portion qu'ils occupent et, quand le composé est très mou, insérer l'empreinte dans la bouche et inviter le patient à fermer hermétiquement sur le bloc d'articulation, en lui recommandant d'avaler 2 ou 3 fois. La langue se porte automatiquement contre la voûte de la bouche pendant la déglutition, ce qui met le composé mou en contact avec les tissus recouvrant la partie postérieure du palais dur et l'y maintient jusqu'à ce qu'il refroidisse.

Il peut être nécessaire d'ajouter du composé, comme il a été dit, 2 ou 3 fois avant que le composé ajouté se fende avec le reste de la surface palatale.

L'empreinte est façonnée à la longueur voulue sur la pièce finie, le bord postérieur de l'empreinte est chauffé, placé dans la bouche et le patient est invité de nouveau à avaler plusieurs fois.

L'empreinte est alors retirée de la bouche et les bords buccaux sont chauffés profondément sur le côté d'une petite flamme pour ne pas déranger la forme; remettre rapidement en bouche et inviter le patient à fermer fortement la bouche. Cette pression façonne convenablement la partie postérieure des bords buccaux aux mouvements des muscles dans cette région. Ce façonnage est très important, car il empêche la tendance à refouler la pièce en avant en articulant.

L'empreinte est finie maintenant et, si la technique qui précède a été suivie consciencieusement, elle sera bonne.

Ce n'est là qu'une esquisse des principes qui doivent être appliqués dans la construction des dentiers, principes qui assureront un résultat qui n'a jamais été obtenu auparavant par ceux qui employaient la méthode ancienne.

(*Dental Cosmos*, mars 1918.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 Juin 1918.

L'occlusion de la brèche palatine après la résection du maxillaire supérieur,

Par M. MORESTIN.

A la suite de la résection du maxillaire supérieur pour tumeur maligne la communication entre la bouche et les fosses nasales constitue une infirmité des plus pénibles, à laquelle aucun appareil ne peut remédier d'une façon pleinement satisfaisante. Aussi faut-il s'efforcer de refermer cette brèche soit immédiatement après la résection du maxillaire, soit consécutivement.

La restauration immédiate est évidemment la solution la plus satisfaisante, quand elle est réalisable : elle l'est très fréquemment. Quand la muqueuse palatine a été respectée par les lésions néoplasiques, il n'y a pas lieu de la sacrifier en même temps que le massif osseux. Il est préférable de la décoller après avoir tracé une incision courbe à la partie externe de la voûte, comme l'incision de l'uranoplastie, et de garder cette muqueuse en réserve pour la suturer à la muqueuse génienne après l'avulsion de la mâchoire ou sa résection partielle. Mais, à supposer nécessaire la suppression de cette muqueuse, même sur la moitié de la voûte, rien ne s'oppose à ce que la muqueuse génienne soit, suivant la technique décrite plus loin, décollée, libérée, attirée en dedans et suturée à la branche palatine. Sans doute il faut, pour que cette conduite soit acceptable, que la joue ait pu être conservée en totalité ou à peu près, que l'hémostase soit satisfaisante, que la plaie cavitaire n'ait pas besoin d'une surveillance directe : il reste encore des cas très nombreux où cette réunion immédiate doit être tentée. M. Morestin en cite trois de sa pratique personnelle.

Mais le plus souvent ce n'est que secondairement qu'on est amené à fermer une brèche palatine résultant de la résection du maxillaire supérieur. Pour fermer le large orifice de communication entre la bouche et les fosses nasales, il n'est d'autre ressource que de s'adresser à la muqueuse de la joue : la souplesse, l'extensibilité et la mobilité de cette membrane, sa grande vascularité, sa résistance, lui donnent une valeur plastique considérable,

Rien n'est plus simple que le décollement et le glissement en dedans de la muqueuse génienne, facilités par des incisions de débriement pratiquées en avant dans le sillón gingivo-labial et en arrière vers la partie postérieure de la joue. Si, chemin faisant, le canal de Sténon se trouve sectionné, il n'y a pas lieu de s'en tourmenter : selon toute apparence, le conduit sectionné est appelé à s'oblitérer tôt ou tard sans conséquence fâcheuse. Les difficultés de l'opération sont notablement amoindries si l'on a recours à l'anesthésie locale.

Cette intervention peut donner d'emblée un résultat pleinement satisfaisant. Le succès, dans d'autres cas, est seulement partiel, et la brèche simplement réduite. Mais rien n'empêche de procéder à de nouvelles tentatives, conduites d'une façon analogue, et dont les chances de réussite sont d'autant plus grandes que l'orifice a été davantage réduit par l'opération ou les opérations antérieures.

Sur quatre malades ayant subi antérieurement la résection du maxillaire supérieur, M. Morestin a pu de cette façon obtenir l'oblitération d'une large communication persistante entre la bouche et les fosses nasales.

(Presse médicale, 27 juin 1918.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉCEPTION DU PROFESSEUR TRUMAN W. BROPHY (DE CHICAGO) ET DE M. GEORGES VILLAIN, RETOUR DE SA MISSION OFFICIELLE AUX ETATS-UNIS

Le professeur Truman Brophy, de Chicago, président de la Fédération Dentaire internationale, venu à Paris pour donner son concours aux œuvres de secours aux blessés de la face, a été reçu par les représentants de l'Ecole dentaire de Paris.

Le Bureau a été heureux de saluer en même temps notre collègue M. G. Villain, retour de sa mission en Amérique, qu'il a accomplie dans les meilleures conditions et dont il communiquera les résultats dans une séance exceptionnelle de la Société d'Odontologie.

En l'honneur de ce retour et de l'arrivée à Paris de M. le professeur Brophy, le Bureau a organisé immédiatement une petite réunion amicale, à laquelle assistèrent, avec M. le professeur Brophy, deux délégués américains de la Société des *Knights of Columbus*, M. Hearn, président, et M. Ch. Collin, M. Tomsen, secrétaire de la Fédération des syndicats de Paris, qui revenait de la mission Métin, M. Knecht, attaché à la délégation américaine par M. Tardieu, commissaire général. M. le professeur Sèbilleau; MM. les docteurs Devernoy et Field Robinson s'étaient joints pour les recevoir à MM. Godon, H. Villain et Crocé-Spinelli représentant le bureau de l'Ecole, et Jeay, président de la Société d'Odontologie de Paris.

Au cours de cette réunion, MM. Brophy et Hearn ont fait part des projets qu'ils sont chargés d'exécuter à Paris par les Comités qu'ils représentent, tendant à offrir, le premier, au nom de Chicago, un hôpital à la ville de Paris et, le second, des dons importants aux œuvres ou institutions françaises.

M. Godon a présenté M. le professeur Brophy au directeur de l'Assistance publique, M. Mesureur, puis, accompagné de M. Hearn et de M. G. Villain, au président du Conseil municipal de Paris, à qui M. Mesureur avait demandé une audience spéciale à l'Hôtel de Ville.

Ils furent reçus par M. Chausse, vice-président, M. Roussel, président de la 5^e Commission, et plusieurs conseillers.

M. Chausse, au nom du Conseil municipal, a accepté l'offre gé-

néreuse d'un hôpital à la ville de Paris par le Comité de Chicago, et a adressé ensuite une lettre de remerciements à M. Truman Brophy.

Le mardi 17 septembre, MM. Brophy et Hearn, accompagnés de MM. Godon, Roy et G. Villain, visitèrent, sous la conduite de M. Mesureur, la Salpêtrière et l'hôpital de la Pitié; cette visite fut suivie d'un déjeuner offert par le Comité franco-américain.

Une visite, également dirigée par le directeur de l'Assistance publique, a eu lieu le dimanche matin 22 septembre, à l'hospice de Brévannes.

Nous devons ajouter que M. G. Villain s'est heureusement acquitté de la mission officielle dont il avait été chargé par le Service de santé. Il a présenté aux Congrès tenus à Chicago du 5 au 9 août par l'Association dentaire des Etats-Unis et par l'Association dentaire canadienne les principaux résultats de l'œuvre des dentistes français pendant la guerre et a exposé l'organisation des services dentaires militaires et des services de traitement des blessures de la face et des maxillaires dont l'initiative est due pour la plus grande partie à l'union du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et du service spécial du Val-de-Grâce. Vingt-cinq conférences et démonstrations ont été faites dans différentes Universités à Chicago, Cleveland, Boston, New-Haven, Philadelphie, New-York, Washington, Fort-Agelthorf aux Etats-Unis, et au Canada, à Toronto et Montréal, constituant ainsi une véritable mission de propagande nationale et professionnelle qui ne pourra qu'aider nos confrères américains dans leurs œuvres de secours aux blessés. Du reste un compte rendu complet de cette mission sera fait, comme nous le disons au début, dans une séance spéciale de la Société d'Odontologie. Mais nous tenons à adresser dès maintenant à M. G. Villain, au nom de nos groupements professionnels, nos bien chaleureuses et bien sincères félicitations.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous apprenons avec plaisir les citations suivantes :

BOUCHERIE (Georges), dentiste militaire, ancien assistant du D^r Frey au Service central de stomatologie au Val-de-Grâce.

« Très courageux, fait son service partout où il est nécessaire et jusqu'aux premières lignes. S'est en outre proposé volontairement à deux reprises différentes pour diriger un relai de brancardiers sur le champ de bataille, s'acquittant parfaitement de la mission qui lui était confiée. »

Ordre du régiment, 1^{er} septembre 1918. — Croix de guerre.

GODEFROY (Pierre), dentiste militaire au 173^e d'infanterie.

« Appelé par son service spécial à demeurer avec les échelons arrières, a tenu à venir porter son assistance dans les P. S. de 1^{re} ligne, a fait preuve d'abnégation, de courage et d'un dévouement admirés de tous. »

Ordre du régiment n^o 43, 5 septembre 1918. — Croix de guerre.

LUBETZKI, dentiste militaire au 324^e régiment d'infanterie.

« A rendu des services signalés au poste de secours central et fait preuve d'un dévouement sans bornes en secondant le service d'évacuation au cours des journées des 9 et 10 juin 1918. »

Ordre du régiment n^o 307 du 29 juin 1918. — Croix de guerre.

MAURION (Henri-Joseph-Jean), dentiste militaire au G. B. D. 20.

« Toujours volontaire dans les circonstances les plus difficiles, s'arrange toujours pour guider des automobiles sanitaires dans les villages bombardés et y ramasser des blessés. S'est distingué à Varennes où il est venu dégager un poste de secours de ses blessés, sous un violent bombardement. S'est distingué encore dans la nuit du 14 au 15 juillet à Orbais, où il est allé ramasser dans les rues de ce village bombardé des femmes enfouies sous les décombres. »

Ordre n^o 67 (Service de santé du 5^e corps), 15 août 1918. — Croix de guerre.

MOREAU (Henri), dentiste militaire au G. B. D. 169.

« Chef d'un poste avancé de G. B. D., du 11 au 18 août 1918,

a maintenu, malgré de grandes difficultés, la liaison constante entre les postes de secours régimentaires et le G. B. D. Bien que son emploi ne l'appelle pas à des missions périlleuses, est toujours volontaire pour les accomplir. A déjà été blessé en octobre 1914 au Bois d'Ailly. »

Ordre de la division (ordre général n° 32). — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations aux intéressés.

NÉCROLOGIE

Auguste Claser.

Les morts vont vite!

Après Jules d'Argent, dont nous avons annoncé le décès dans notre numéro d'août, nous avons à déplorer aujourd'hui la perte d'un de nos plus anciens membres, d'un des fondateurs de nos groupements, d'un des doyens de la profession, Auguste Claser.

Pénétré du désir de voir la profession dentaire jouir auprès du public de la considération que méritent les services qu'elle lui rend, Claser se mêla de bonne heure au mouvement de rénovation professionnelle qui prit naissance vers 1879. Il fit partie en avril de la même année du comité d'initiative de cinq membres, Bouvin, Claser, Godon, Maxime Dugit, G. Viau, qui fonda, avec un comité d'organisation de 20 membres, le *Cercle des dentistes de Paris*.

C'est de ce petit groupe que sont sortis successivement, comme on sait, le *Bulletin du Cercle des dentistes* en septembre 1879 (actuellement *L'Odontologie*), l'*Association générale syndicale des dentistes de France*, la *Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris* en 1880, la *Société d'Odontologie de Paris* en 1881, une *Chambre syndicale* en 1882, une *Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès* en 1883, etc., pour ne citer que les principales et les plus connues de ces créations.

Claser fut, en particulier, un des 37 membres fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris.

Il fut pendant longtemps membre du Conseil d'Administration de l'Association générale des dentistes de France, qu'il présida, et dont il était président honoraire.

Il a pris pendant longtemps une part active à l'administration et à la gestion de nos sociétés et, seuls, son âge et son état de santé l'ont empêché depuis quelques années de nous continuer sa bonne et dévouée collaboration.

Le souvenir d'Auguste Claser restera parmi nous comme celui d'un homme de bien, désintéressé et animé d'un grand esprit de solidarité.

Il est décédé le 2 septembre, après une longue maladie. Ses obsèques ont eu lieu le 4 septembre au cimetière de St-Ouen.

Nos divers groupements y étaient représentés par les administrateurs et les sociétaires présents à Paris, peu nombreux en ce moment par suite de la mobilisation et des vacances.

Une couronne avait été envoyée par le Groupement de l'Association et de l'École.

Au cimetière, M. Blatter a lu, au nom de M. Godon empêché, l'allocution que nous reproduisons ci-dessous.

Nous adressons à la famille de M. Claser l'expression de tous nos regrets et l'assurance de notre sympathie.

DISCOURS DE M. GODON.

Mesdames, Messieurs,

Avant de laisser refermer cette tombe, je tiens à adresser à notre ancien président et ami Claser, au nom des membres de notre groupement professionnel et au mien, quelques paroles d'adieu, malgré le caractère d'intimité familiale que vous avez voulu conserver à cette cérémonie en raison des circonstances actuelles.

Auguste Claser a été, en avril 1879, l'un des cinq fondateurs et le premier président du Cercle des Dentistes de Paris.

Cette petite réunion mensuelle, berceau de notre groupement, est devenue peu de temps après l'*Association générale des Dentistes de France*, d'où sont sorties toutes nos œuvres d'aide et de défense professionnelles, d'enseignement technique et de progrès scientifiques, comme l'École dentaire de Paris, la Société d'Odontologie, le journal *L'Odontologie*, nos Fédérations dentaires nationale et internationale, pour ne citer que les principales créations nées de ce groupement et auxquelles sont dues la plupart des réformes qui ont été réalisées dans notre profession depuis près de quarante ans.

Quoiqu'il n'ait pu, depuis un certain nombre d'années, en raison de son âge et de son état de santé, continuer à prendre part d'une manière active à cette importante évolution, nous n'en gardons pas moins, dans notre profession, une grande reconnaissance au premier président du Cercle des Dentistes de Paris, Auguste Claser, dont nous conserverons toujours parmi nous la mémoire.

Nous adressons à sa veuve, à ses enfants et sa famille, au nom de tous nos membres, nos vives condoléances et l'expression sincère de notre bien douloureuse sympathie.

* * *

Notre confrère, M^{me} veuve Georges Daunis vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, M^{me} veuve Delannoy, décédée le 6 août 1918 à Lagny (Seine-et-Marne).

Nous adressons à M^{me} Daunis nos sincères condoléances.

VARIA

D'UNE HUITIÈME ARME

Un de nos collaborateurs parlait l'autre jour d'un officier qui n'avait pas de sabre pour une prise d'armes, où il devait jouer un rôle important : car, dans cette guerre, le sabre ne sert à rien pour gagner une décoration, mais il est indispensable aux héros, le jour où ils doivent recevoir la décoration qu'ils ont gagnée sur le champ de bataille. Ce sabre est décoratif comme celui du général Boum et platonique comme celui de M. Prudhomme.

Or, un de nos lecteurs mobilisés m'écrit qu'il met son sabre à la disposition de l'officier combattant pour le jour solennel... Il a un sabre, lui, un sabre de cavalerie, un sabre énorme, impressionnant, qui ne lui sert à rien et qui même lui fait un peu peur.

Car mon correspondant est dentiste... dentiste militaire.

Le Service de santé manque de matériel et un dentiste militaire offre son sabre à l'officier combattant. Il serait reconnaissant à l'officier combattant si celui-ci, en échange, pouvait lui procurer le plus modeste davier ou la plus archaïque clef de Garengeot. Et il met visiblement quelque ironie dans sa proposition.

Il a tort, grand tort.

Car l'Administration, en donnant des sabres aux dentistes, se montre respectueuse de la logique et de la tradition.

Vous souvient-il des temps héroïques de l'art dentaire, du temps où il était nomade, comme jadis l'art dramatique, et courait les grands chemins sur un char plus reluisant que celui de Thespis ?

Sur la place publique, du haut de son carrosse où tant d'or se relève en bosse, le dentiste haranguait les foules. Le dentiste était vêtu en général péruvien ; il était armé d'un sabre, signe distinctif de son grade élevé. Et il arrachait les dents avec son sabre, et en musique.

Ainsi l'art dentaire, à cette époque, était militaire et héroïque.

Un sabre suffisait aux arracheurs de dents pour l'extraction des molaires. C'est ce que l'administration du Service de santé a excellemment compris. Est-ce la faute de l'administration si nos dentistes dégénérés ne savent plus se servir du sabre !

Je prie donc mon correspondant de garder le sien et d'apprendre à le manœuvrer. Je souhaite de tout mon cœur que ce sabre

lui serve personnellement à l'occasion d'une prochaine prise d'armes.

A mon avis tous les dentistes devraient être décorés.

Car pour arracher froidement une dent de la mâchoire inoffensive d'un de ses semblables, soumis et pantelant, il faut en vérité plus d'héroïsme qu'aucun héros n'en montra jamais dans l'atmosphère enfiévrée des combats.

G. DE LA FOUCHARDIÈRE,
(*L'Œuvre*, 5 septembre 1918.)

NOUVELLES

Mariage.

Le mariage de notre confrère M. Barden, directeur-adjoint de l'École odontotechnique, avec M^{lle} Franckel, fille d'une diplômée de l'École dentaire de Paris, a été célébré à la mairie du 8^e arrondissement de Paris par notre Directeur, M. le D^r Godon, qui, on le sait, est maire-adjoint de cet arrondissement.

Le D^r Frey et le D^r Gaston, l'éminent médecin de l'hôpital St-Louis, étaient témoins.

M. Godon a salué les nombreux confrères qui assistaient à la cérémonie et présenté ses félicitations aux époux.

Réunion charmante et toute familiale.

Nous adressons nos vœux de bonheur au nouveau couple.

N'oubliez pas l' « Aide Confraternelle »

Dentistes, n'oubliez pas vos confrères des pays envahis ; ils ont besoin de votre secours moral et pécuniaire !

Songez à leurs foyers détruits. Venez donc leur apporter la bonne parole, venez les secourir, car ils en ont vraiment besoin.

Faites pour eux ce que vous voudriez que l'on fit pour vous, si vous étiez à leur place .. Pensez aux confrères de Belgique et de la France envahies. Donnez toujours, donnez sans cesse.

L'Aide Confraternelle a reçu près de 100.000 francs ; c'est bien, mais ce n'est pas assez. Allons, dentistes de France, qui n'avez pas souffert de l'occupation étrangère et de la rage destructive de la race germanique ; allons, un bon mouvement, la main à la poche, celle qui contient le porte-monnaie, et n'ayez pas peur de le vider !...

Adresser les souscriptions à M. G. Viau, président, 109, boulevard Malesherbes, Paris, ou à M. Fontanel, trésorier, 1, rue Vercingétorix, Paris.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC LÉSIONS ÉTENDUES AU PLANCHER BUCCAL

Par le D^r FLAVIEN BONNET-ROY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef du Centre de chirurgie maxillo-faciale de la ... région.

Nous avons eu à plusieurs reprises et récemment encore l'occasion de traiter un grand nombre de blessés de la face dans les premières heures qui suivent le traumatisme. De la multiplicité des faits qu'il nous a été ainsi donné d'observer, nous voulons simplement détacher quelques considérations pratiques sur l'évolution des blessures où une fracture mandibulaire s'associe à une lésion assez étendue du plancher buccal.

Nous laissons de côté les grands fracas de l'étage inférieur de la face dans lesquels la lésion osseuse et la destruction des parties molles sus-hyoïdiennes se perdent dans le même délabrement que les lésions des téguments et de la langue. Nous relatons l'observation de trois blessés chez lesquels les lèvres, le menton et les joues avaient parfaitement gardé leurs contours et qui présentaient une perte de substance osseuse avec dilacération du plancher. Nous avons été frappé du contraste qu'a présenté l'évolution de ces blessures avec l'aspect dramatique du tableau des premières heures, ainsi que de la rapidité relative de la réparation et nous avons été confirmé dans l'idée, déjà admise par nous, que l'application immédiate d'une prothèse appropriée est non seulement possible dans ces cas particuliers, mais encore favorable à un traitement judicieux et complet.

Voici ces trois observations :

OBSERVATION I. — M... André. 26^e régiment d'infanterie, 5^e C^{ie}. Blessé le 30 juin 1918; entré ce même jour.

Examen : Plaie de la région mentonnière en rapport avec un fracas de la symphise et perte de substance osseuse étendue de la canine gauche à la prémolaire droite. Les deux incisives médianes et un fragment osseux qui les supporte ont perdu toute connexion avec l'arc mandibulaire et sont inclus dans les parties molles du plancher. La région sublinguale médiane qui correspond à la perte de substance osseuse est détruite complètement. Un deuxième trait de fracture passe entre la première et la deuxième molaire gauche (fig. 1). On pratique un nettoyage prudent du plancher dont on retire des esquilles nombreuses et on est ainsi conduit à extraire un projectile volumineux, gros comme une petite noix, qui était niché dans la base de la langue. Pas d'hémorragie. Tamponnement.

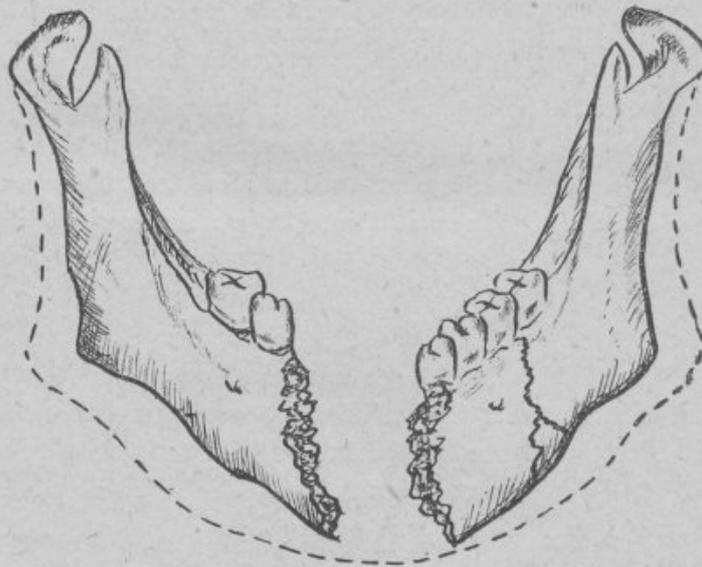


Fig. 1.

Le lendemain, on enlève le tamponnement que l'on ne renouvelle qu'une fois. On se borne à faire des lavages de bouche les jours suivants. Aucune menace d'hémorragie n'attire l'attention. Les parties molles du plancher accusent, au contraire, une tendance à la cicatrisation rapide qui ourle, en quelque sorte, les lèvres de la perte de substance.

Le 6 juillet, les empreintes sont prises (dentiste militaire

O. Marie) et, le 8, l'appareil de contention est posé. Le 10 juillet le blessé est évacué en parfait état local et général.

OBSERVATION II. — W..., André, sous-lieutenant, 1^{er} zouaves. Blessé le 12; entré le 13 juillet 1918.

Examen : Plaie de la moitié gauche du menton en rapport avec une fracture double du maxillaire inférieur siégeant à droite entre les deux incisives et à gauche entre la canine tombée et la première prémolaire. Le fragment intermédiaire qui supporte les deux incisives gauches est mobile et tend à basculer en arrière vers le plancher (fig. 2).

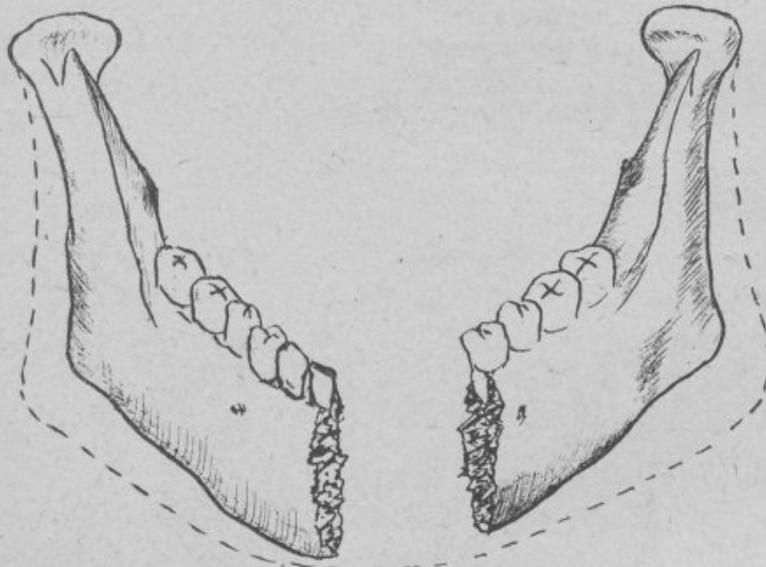


Fig. 2.

Opération (méd. aide-major Aumont) : le blessé est endormi, on enlève prudemment les esquilles en respectant le fragment intermédiaire malgré sa mobilité. On extrait du plancher un éclat de 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large coincé entre les deux grands fragments osseux et maintenu dans le plancher par le fragment intermédiaire. Cet éclat enlevé, on se rend compte du délabrement des parties molles du plancher, qui s'étend à toute la région sublinguale gauche et au 1/3 inférieur de la région sublinguale droite. Tamponnement.

Le lendemain pansement et lavage de bouche.

Le 15 juillet on confie le blessé au dentiste militaire O. Marie qui commence à mettre la bouche en état et procède à l'extraction du fragment intermédiaire qu'il faut renoncer à conserver,

sa vitalité étant tout à fait compromise. Le 17 les empreintes sont prises et le 18 une gouttière de contention est posée.

Le lendemain, le blessé allait être évacué quand une hémorragie abondante du plancher se manifeste.

On l'endort et, après avoir débridé la plaie des parties molles, on assure l'hémostase par l'esquillectomie du plancher où plusieurs fragments sont restés inclus. On ne constate pas de saignement nettement artériel et localisé, mais une hémorragie en nappe qui cesse après nettoyage par tamponnement et suture des extrémités de la plaie débridée. Les jours suivants à deux ou trois reprises un écoulement sanguin discret se reproduit qui cesse au lavage à l'eau oxygénée.

Le 24 juillet le lieutenant est évacué en bon état.

OBSERVATION III. — D... Jules, 2^e classe, 48^e régiment d'infanterie, 7^e C¹⁰.

Blessé le 20 juillet 1918 à 16 heures.

Entré le 21 juillet 1918 à 10 h. 30.

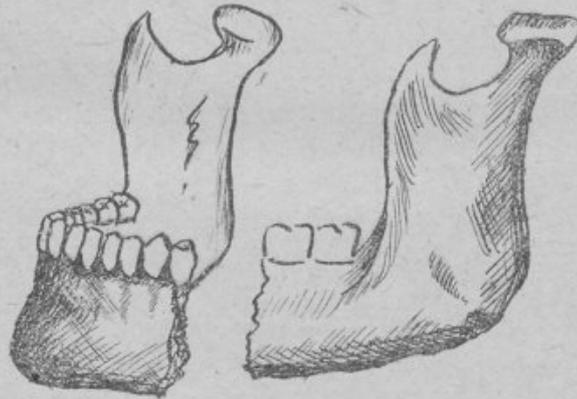


Fig. 3.

Examen ; Plaie de la région mandibulaire gauche en rapport avec une fracture du maxillaire inférieur à la hauteur de la deuxième prémolaire avec perte de substance osseuse peu étendue (fig. 3).

La radioscopie révèle la présence d'un volumineux projectile « paraissant fixé dans le maxillaire inférieur, occupant tout l'espace compris entre la branche montante et la ligne médiane, se projetant sur une vue de profil, exactement au niveau de la blessure ».

Opération : Débridement de la plaie des parties molles ; on est ainsi conduit sur le foyer de fracture et, entre les deux fragments

mandibulaires sur le projectile qui est inclus dans la moitié gauche du plancher buccal. On l'extrait avec peine en écartant les 2 remparts osseux, tant son volume est considérable ; c'est un fragment d'obus qui mesure 52 millimètres sur 33, déplace un volume d'eau de 16 centilitres et pèse 85 grammes. Malgré cela la perte de substance osseuse est peu considérable ; l'éclat a térébré le maxillaire en faisant fort peu d'esquilles.

Le 26 juillet les empreintes sont prises (Dentiste militaire Lentulo) et le 28 juillet la gouttière de contention est faite.

La réduction de la fracture paraissant devoir présenter quelque difficulté en raison de l'ascension du petit fragment postérieur gauche sous la traction des masticateurs, le blessé est anesthésié et c'est sous le chloroforme que la réduction et la pose de la gouttière sont opérées.

Le 29 juillet le blessé est évacuable.

*
* *
*

Nous avons attiré plus haut l'attention sur la bénignité des suites immédiates du traumatisme chez certains blessés de l'étage inférieur de la face qui présentent, sous l'action de projectiles volumineux, des délabrements étendus du plancher buccal. La réparation s'amorce rapidement, l'infection est très légère à condition que le corps étranger soit enlevé sans délai. Autant un projectile même minime inclus dans le plancher est susceptible de provoquer à brève échéance des accidents infectieux graves, autant le pronostic s'améliore si l'extraction n'a pas été différée et si le drainage large est assuré.

La menace d'hémorragie est réelle. Elle peut se produire immédiatement au moment où le projectile est retiré. Plus fréquente est l'hémorragie secondaire consécutive à la chute d'un caillot plus ou moins abcédé et, dans ces cas, une légère élévation préalable de la température est de règle. Son abondance est variable. Si dans l'observation II, elle céda au tamponnement et ne fut alarmante à aucun moment, il est des cas, par contre, où la ligature de la carotide externe s'impose.

Mais il est un point sur lequel nous voudrions en terminant attirer l'attention. Ces blessés sont porteurs de frac-

tures de la mâchoire inférieure, il y a donc intérêt à les faire bénéficier le plus rapidement possible de la réduction et de la contention prothétique de leur fracture. Telle que la prothèse peut être appliquée maintenant, aux armées, elle n'entrave en rien le traitement chirurgical et le seconde, au contraire, fort utilement.

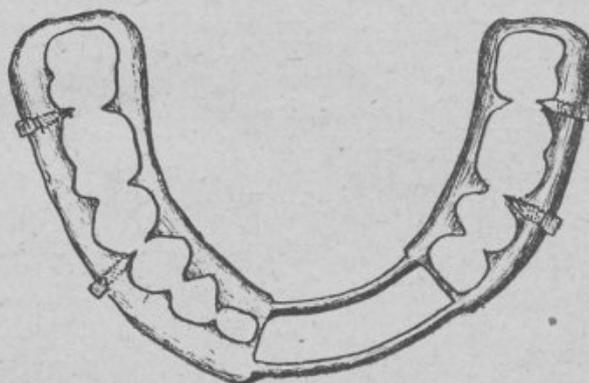


Fig. 4. — Gouttière de contention se fixant par pointeaux à vis.

Dans notre centre les appareils que le médecin aide-major Solas, qui dirige les services de prothèse, a fait exécuter pour les trois blessés dont nous donnons l'observation, se ramènent au type suivant : gouttière composée de deux parties en vulcanite moulées sur les molaires restantes de chaque côté en laissant les surfaces articulaires libres. La réfection de cette gouttière est obtenue au moyen de pointeaux à vis ayant prise dans les interstices dentaires. Ces deux parties latérales sont réunies par des arcs en maillechort rigides (fig. 4). Ceci est d'ailleurs conforme au principe qu'il nous a été donné de voir appliquer avec succès chez les blessés et les opérés de notre maître Sebileau à l'hôpital Chaptal. Ajoutons que, ainsi appareillés, les blessés peuvent être évacués en toute sécurité. La fracture est réduite et maintenue en bon articulé dentaire. La consolidation vicieuse, si fréquente dans la première partie de la guerre à la suite de longs voyages et à défaut de services spécialisés aux armées, est conjurée.

De plus, le foyer de fracture, au niveau duquel la vulcanite cède la place aux arcs de maillechort, reste libre, facile à aborder, facile à désinfecter par des lavages de bouche. Qu'une hémorragie vienne à se produire, nous pouvons intervenir sur la lésion et sur le plancher buccal sans avoir à enlever l'appareil. Nous en avons fait l'expérience plusieurs fois, notamment dans le cas de l'observation II.

Nous ne prétendons pas apporter ici autre chose que la confirmation de notions déjà connues des spécialistes de la chirurgie maxillo-faciale, mais nous enregistrons volontiers, à propos de quelques faits particuliers, l'heureux résultat du traitement mixte chirurgical et prothétique institué de façon précoce chez les blessés de la face.

**PROCÉDÉ D'ANESTHÉSIE LOCALE
POUR L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE
INFÉRIEURE**

Par le D^r THÉSÉE,

Adjoint technique de Stomatologie de la ...^e Région.

Si nous ouvrons le volume du Traité de Stomatologie concernant l'anesthésie nous y lisons à la page 292 au sujet des dents de sagesse inférieures: « Celles-ci n'ont généralement qu'une seule racine, parfois deux accolées, mais la forme de cette racine, incurvée en arrière et en haut, profondément implantée dans le maxillaire, *rend l'anesthésie très difficile.* » En effet la muqueuse entourant la dent dans les parties où elle adhère à l'os recouvre un tissu osseux épais et dense qui ne se laisse forcer ni par l'aiguille, ni par la pression du liquide injecté. D'autre part dans les autres points cette même muqueuse lâche et flottante permet à l'injection de passer facilement, mais sans avoir d'autres effets que d'anesthésier les tissus mous.

Tout praticien exercé s'est souvent trouvé en butte à de grandes difficultés. Déjà depuis longtemps on a essayé de les vaincre. En 1903, Sauvez et Chevassu ont réussi cette anesthésie en pratiquant l'injection au niveau de l'épine de Spix, là où le nerf dentaire inférieur pénètre dans la branche montante du maxillaire inférieur. En 1906, Nogué a précisé cette technique, qui a été pratiquée par Reclus, Sauvez, Chevassu, Nogué, Pageix et Dieulafé. Les résultats ont été bons et l'on obtient une bonne anesthésie du nerf dentaire inférieur, mais la méthode exige un tour de main et une habileté professionnelle que tous n'osent ou ne peuvent acquérir.

Médecin-chef d'un groupe de brancardiers de Corps nous avons pu exercer notre spécialité dès le début de la campagne, à partir de novembre 1914, et, pendant 25 mois, il nous est passé entre les mains plus de onze mille patients. Nous avons donc eu, étant donné l'âge des troupes de choc, l'occasion de voir et de pratiquer de nombreuses extractions

de dents de sagesse inférieures. Après avoir tenté de tourner les difficultés d'anesthésie locale de cet organe, nous avons trouvé un procédé simple nous ayant donné satisfaction et que nous nous permettrons de décrire.

Tout d'abord, il nous faut rappeler en quelques lignes certaines particularités anatomiques de la région. Ceci est nécessaire pour la compréhension de notre mode de faire.

Si l'on regarde un maxillaire inférieur, on remarquera que le bord antérieur de l'apophyse coronoïde se continue sous forme d'un bord très émoussé, presque arrondi, se dirigeant obliquement de haut en bas pour venir se confondre avec le corps de la branche horizontale du maxillaire au niveau de la première grosse molaire. Entre ce bord, que l'on voit nettement sur un maxillaire sec et que l'on peut reconnaître avec le doigt au travers de la muqueuse dans la bouche et le collet des dents, se trouve la paroi alvéolaire externe qui présente à ce niveau une épaisseur d'au moins trois millimètres, sorte de petit plateau triangulaire. Ceci va nous être d'une grande utilité. (*Voir fig. 1*).

D'autre part, nous lisons dans le *Traité de Stomatologie* « Anatomie de la bouche et des dents, topographie du système dentaire » de Dieulafé et Herpin, page 171 : « Chez » l'adulte le canal dentaire reste placé à une certaine distance des racines et nous le trouvons successivement, en » allant d'avant en arrière, à 8, 9, 7, 6 mm. des deuxièmes » prémolaires, 1^{er}, 2^e et 3^e molaires. La distance des racines » au canal est minimum au niveau de la 3^e molaire et au » cours de l'évolution de cette dent, tant qu'elle est incluse, » son follicule est en rapport avec le canal dentaire. »

Au niveau de la dent de sagesse inférieure et de la 2^e grosse molaire l'artère dentaire inférieure est sous-jacente au nerf, à moins d'anomalie. Ce fait est important à signaler, car il permet de se rendre compte que dans notre procédé d'anesthésie on ne risque pas de léser l'artère.

Procédé d'anesthésie. — Ces conditions générales étant établies voici comment il convient de procéder.

Avec l'index introduit dans le vestibule buccal nous allons

répérer le bord antérieur de l'apophyse coronoïde et nous suivons en descendant ce bord sur la face externe de la branche horizontale jusqu'au niveau de l'interstice entre la dent de sagesse et de la dent de douze ans.

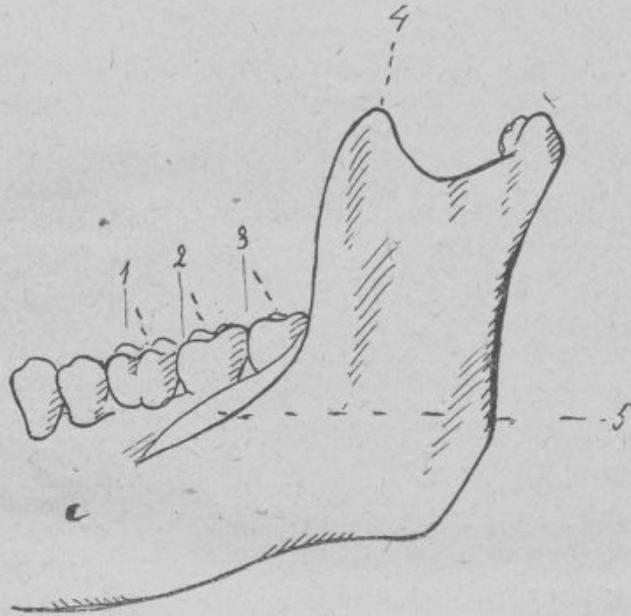


Fig. 1.

Avec notre seringue (seringue Thésée) munie de l'embout court avec une aiguille longue débordant l'embout d'un peu plus d'un centimètre, on instille d'abord quelques gouttes de la solution anesthésique dans la muqueuse du plateau alvéolaire préalablement stérilisée par un badigeonnage à la teinture d'iode, en face de l'interstice des deux dernières molaires. Ceci offre un intérêt en clientèle près des gens pusillanimes afin d'éviter toutes douleurs. Nous sommes d'ailleurs persuadé qu'un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé du mélange de Bonain et laissé en place pendant deux à trois minutes rendrait le même service.

Le liquide anesthésique employé par nous sur le front consistait en une solution de cocaïne à 1 pour 200 à laquelle on adjoignait 1 goutte de solution d'adrénaline au 1/1000° de Clin pour 2 cent. cubes. Avec un foret ajusté sur la pièce à

main et assez long pour pouvoir pénétrer, s'il est nécessaire, à 1 cm. 1/2 de profondeur, nous pratiquons un forage perpendiculairement à l'os sur le petit plateau alvéolaire parallèlement et à 1 mm. environ en dehors de l'interstice dentaire de la dent de sagesse et de la 2^e grosse molaire. Cette opération est indolore et l'on est averti de l'arrivée au point voulu, c'est-à-dire dans le canal dentaire, lorsqu'on ressent un petit effondrement brusque comme si l'on perforait une coque d'œuf. A ce moment on s'arrête et, tournant le tour en sens inverse, on retire le foret. (Fig. 2).

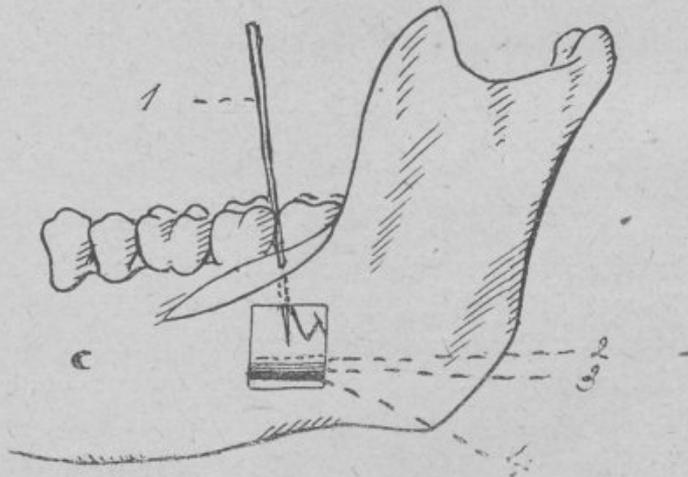


Fig. 2.

Par le pertuis ainsi obtenu avec l'aiguille fine ajustée à la seringue sur l'ambout court on injecte 3 cc. environ de la solution anesthésique et l'on attend *un quart d'heure*. L'expérience nous a appris que ce laps de temps est indispensable. C'est d'ailleurs la durée indiquée aussi pour l'injection au niveau de l'épine de Spix. Ceci prouve que l'absorption est lente, ce qui a l'avantage de diminuer les chances d'intoxication. Il suffit alors d'agir sur la dent de sagesse avec les instruments *ad hoc*, aidé par un patient qui ne souffre pas. On a de plus tout le temps nécessaire.

Sur une centaine de cas pour lesquels nous avons employé ce procédé les résultats ont été excellents, à quelques rares exceptions près, que nous attribuons à un défaut de tech-

nique. Même dans 7 ou 8 cas l'extraction fut quand même rendue très supportable. Notre collaborateur, le chirurgien-dentiste Caritx, au bout de deux ou trois essais, réussissait aussi bien que nous.

Nous n'avons eu qu'une seule fois l'occasion d'extraire une dent de six ans en même temps que la dent de sagesse du même côté et sans aucune douleur. Ceci nous laisse à penser qu'il est probable que notre mode de faire permettra d'obtenir l'anesthésie de tout le nerf dentaire inférieur sur tout son trajet dans la branche horizontale du maxillaire. Anatomiquement tout le laisse supposer.

C'est parce que nous avons eu la satisfaction bien réelle d'opérer de cette façon nombre de combattants qui nous ont été reconnaissants que nous avons pensé qu'il est toujours utile d'apporter, ne fût-ce qu'une petite pierre, à l'édifice de notre spécialité.

Ce mode de faire permettra encore d'éviter dans un certain nombre de cas l'anesthésie générale, toujours plus aléatoire que l'anesthésie locale au point de vue du danger.

Ayant pratiqué systématiquement avec une seringue permettant d'obtenir une assez forte pression des lavages antiseptiques d'eau bouillie et d'eau oxygénée, lavages faits deux fois dans les 24 heures dans la cavité alvéolaire, nous n'avons jamais eu d'accidents post-opératoires.

REVUE DES REVUES

FORME ET FONCTION DES DENTS

(Théorie du *maximum de coupure*).

Par MACKINTOSH SHAW.

La théorie du maximum de coupure a été appliquée pour expliquer d'une façon plus précise que cela n'avait été fait précédemment l'importance fonctionnelle de bien des traits de la forme des dents. Elle offre également pour la denture de l'homme une explication du mécanisme de la mastication convenant à toutes les conditions dynamiques observées et aux résultats réels. Si l'on admet que les dents font éruption principalement à cause de leur utilité dans la trituration des aliments, une étude approfondie et contenue du mécanisme dentaire au point de vue de l'action de la machine et de l'outil est une méthode très rationnelle pour permettre d'interpréter l'importance et la valeur physiologiques des traits ou détails morphologiques des dents. Il semblerait *a priori* que la netteté et la constance caractérisant chaque trait spécifique de la forme d'une dent peuvent être rattachées à une netteté et à une constance analogues dans la fonction. Si un trait morphologique persiste, dans un sens bien reconnu, fixe et distinctif dans cette espèce particulière, on admet que le besoin fonctionnel qui l'a provoqué et conservé est dans plusieurs exemples *évidents* semblablement fixe et distinctif. Mais la même relation existe très probablement dans des exemples moins frappants et peut-être dans tous ou presque tous les exemples, pourvu que nous puissions découvrir et vérifier la relation.

Dans ce qui suit j'essaye d'expliquer quelques-uns des résultats de mes recherches à cet égard pendant les 12 dernières années. Je me limite aux dents humaines, car les enquêtes et les recherches sont beaucoup plus aisées que pour les dents des animaux.

Dans la denture de chaque espèce d'animal, la forme et le mécanisme des dents sont influencés — on pourrait dire déterminés — par deux conditions fondamentales: 1^o la nature des aliments; 2^o le degré de leur réduction. Nous savons quelque chose de la nature des aliments de l'homme, quoique nous sachions peu de chose avec certitude sur la nature de ses premiers aliments à l'époque où les traits principaux de la denture actuelle

se firent jour et s'établirent. Quant au second point, il est bien reconnu que les dents humaines sont adaptées à la dilacération des aliments durs et denses. Ces caractères distinctifs des dents — dureté et tranchant — doivent correspondre à des qualités de dureté, de densité, etc., dans les aliments.

Il semble donc qu'en étudiant le mécanisme dentaire de l'homme, le problème consiste à rechercher la façon dont se comportent les matières dures et denses quand elles sont soumises à certains efforts. Un grand nombre d'études et d'expériences scientifiques ont été consacrées à la recherche de l'effet de divers efforts sur les matières dures et denses par les ingénieurs et les mathématiciens ; mais il me semble que ni les connaissances acquises à cet égard, ni les méthodes employées pour les obtenir n'ont été appliquées sérieusement au mécanisme dentaire. L'ingénieur, le physicien, le mathématicien se sont occupés principalement des métaux, du bois, etc. et emploieraient les mêmes méthodes à l'égard de toute matière dure et au un odontologiste ne fera remarquer qu'il faut un nouveau genre de physique ou de mécanique pour l'étude du mécanisme dentaire,

Une difficulté particulière se présente, en effet, parce que la recherche de l'ingénieur sur les tensions et les efforts a pour but principal d'*empêcher* la rupture de la matière ou de la structure, tandis que notre objet particulier est de découvrir comment la nature a agi pour *faciliter* la rupture de la matière avec économie d'effort.

La matière est forcée et peut se rompre ou se briser sous l'action d'un ou de plusieurs des *trois principaux efforts* : 1^o compression ; 2^o tension ; 3^o coupure. Dans un cas donné la rupture peut être le résultat d'*un seul* de ces efforts, ou bien deux d'entre eux ou tous les trois peuvent être combinés et mêlés, de sorte qu'il est difficile de dire si l'un d'eux a prédominé. Souvent la combinaison d'efforts amène un échec, l'un d'eux jouant un rôle prédominant dans la rupture.

Les matières dures et denses sont plus aisément brisées par un effort tranchant que par un effort de compression ou de tension. Il en est ainsi pour bien des métaux et alliages et pour bien d'autres matières cela est si parfaitement admis que la *limite de l'effort* est indiquée comme notablement plus basse pour la coupure que pour la tension ou la *compression*. Les essais sur lesquels reposent ces résultats ne s'appliquent, bien entendu, qu'aux matériaux de construction et n'ont pas été faits sur les denrées alimentaires. Mais parmi les métaux de construction le bois peut être regardé comme approchant davantage dans une certaine mesure de la dureté modérée et de la densité des aliments. Pour

le chêne et le pin on a trouvé les valeurs suivantes pour l'effort de rupture en livres par pouce carré.

	<i>Tension</i>	<i>Compression</i>	<i>Coupure.</i>
Chêne.....	15.000	10.000	2.300
Pin.....	12.000	6.000	650

En passant en revue l'action des forces sur les matières possédant les qualités de dureté et de densité comprises entre les métaux d'un côté et les aliments fibreux de l'autre, on trouve une efficacité marquée et croissante dans le pouvoir de couper comparativement à la tension et à la compression.

De plus dans toute machine destinée à briser ou à réduire la matière par coupure, on peut introduire le facteur temps pour amoindrir la résistance à chaque instant, avec une réduction consécutive dans la grandeur ou l'intensité de la force nécessaire. Un exemple familier est celui d'une paire de ciseaux dont les bords des lames sont si inclinés l'un sur l'autre que la matière est attaquée et coupée graduellement ou morceau par morceau et non instantanément à chaque endroit comme ce serait le cas si les bords étaient parallèles et coïncidaient. Habituellement il n'est pas aisé d'obtenir cet avantage particulier (dans l'économie de l'effort) quand on emploie la tension ou la compression.

On sait que les incisives de l'homme sont faites pour couper ; mais, en ce qui concerne les molaires, on semble admettre qu'elles agissent en *broyant* ou en *meulant*. Toutefois ces termes *broyer* et *meuler* sont un peu vagues. J'appelle l'attention sur ce fait que les molaires de l'homme agissent normalement en coupant et non en broyant.

Mon hypothèse du maximum de coupure peut dès lors être formulée ainsi : *Les dents de l'homme, en ce qui concerne beaucoup de leurs traits morphologiques spécifiques, la façon dont elles engrènent et agissent entre les rangées opposées, le caractère précis des mouvements de la mâchoire habituels et efficaces, sont toutes adaptées et employées pour assurer la condition prédominante que les forces coupantes — non les forces compressives — atteignent leur maximum.*

Les conditions plus ou moins indispensables ici pour une coupure efficace sont : 1° un certain débordement entre les bords tranchants opposés ; 2° un certain degré de tranchant des bords coupants.

Or, ces deux conditions, quoique considérées comme caractérisant particulièrement les dents antérieures seules, existent également pour les molaires.

Le débordement (distance entre les bords tranchants quand les

dents sont en occlusion) peut être plus grand dans les dents antérieures que dans les dents postérieures; mais peu importe pour la coupure, qui cesse dès qu'une paire opposée de bords tranchants a dépassé l'autre.

Quant au tranchant, j'estime que les bords les plus tranchants ne sont pas sur les incisives, mais bien sur les dents postérieures, au moins en ce qui concerne les dents normales qui ne sont pas usées.

L'examen et l'expérience mettent hors de doute le fait que les conditions *statiques* pour une coupure efficace (forme et rapport des lames, bords et surfaces des outils) existent tout aussi marquées pour les dents postérieures que pour les incisives. Quant aux conditions dynamiques et cinématiques, elles sont au moins tout aussi favorables pour une coupure efficace dans les molaires que dans les incisives. En réalité elles sont *plus* favorables pour les molaires, d'autant que dans le mécanisme général il y a un contact glissant et guidant entre les canines qui assure pour toutes les molaires l'alignement précis des bords coupants nécessaire pour une coupure efficace: les bords ne peuvent pas ainsi se heurter ou se détériorer inutilement. J'ai constaté ce bel arrangement dans beaucoup de dentures normales saines et même fonctionnant presque parfaitement dans des centaines de dentures dont l'arrangement était loin d'être normal.

Pendant la mastication l'effet fonctionnel du *mouvement en avant* direct de la mâchoire est d'amener les incisives inférieures par rapport aux supérieures en position propre pour couper; de même, l'effet fonctionnel du *déplacement latéral* de la mâchoire est d'amener les bords tranchants des molaires inférieures en alignement précis avec les bords des supérieures (fig. 1, a, b, c).

Le coup tranchant entre deux dents antagonistes est dirigé dans le plan général où se trouvent les faces débordantes et coïncidentes des lames coupantes en suivant ce plan. L'*inclinaison* de ces surfaces (qui viennent en contact glissant et déterminent la direction du coup) varie avec le type individuel ou le groupe de la série, étant quelquefois verticale sur les incisives et devenant progressivement plus inclinée horizontalement vers le membre terminal du groupe molaire. Avec l'âge et l'usure, ces surfaces ou plans deviennent plus aplatis ou horizontaux et ses surfaces coupantes sont graduellement repoussées à l'extérieur. A mesure que les cuspides s'usent et s'aplatissent, le caractère et la direction des mouvements des maxillaires se modifient, le déplacement latéral de la mâchoire devient plus marqué et la direction du coup plus horizontal (fig. 3). L'hypothèse du *maximum de coupure* fournit une explication claire de l'altération dans le caractère

des mouvements du maxillaire avec l'âge, car la machine usée et détériorée s'efforce par un coup dirigé de plus en plus latéralement de fermer la coupure manquante et de maintenir la meilleure coupure.



Fig. 1. — Direction du coup normal dans (a) les incisives, (b) les premières prémolaires, (c) les molaires.

Les bords tranchants sont tous sur les lames externes des rangées de dents où ils occupent une ligne courbe presque continue de 1/3 de molaire à l'autre.

On peut démontrer que la présence de la rangée interne de cuspides ne gêne pas ou n'empêche pas l'action coupante des cuspides externes,

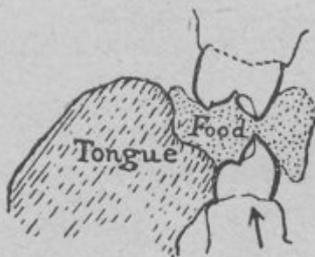


Fig. 2. — Fonction du cuspide lingual pendant le coup masticatoire.

Pour définir les fonctions de la rangée interne ou linguale des cuspides, il faut considérer d'abord la paire de cuspides linguaux opposés qui arrivent les premiers aux dents antérieures à lame simple — les cuspides linguaux des premières prémolaires. Supposons qu'un morceau de bois (d'une espèce exigeant des dents dures et tranchantes pour être coupée) ait été mordue ou découpée par les incisives ou dents antérieures. Nous pouvons admettre que le morceau a passé aux prémolaires pour être réduit davantage. Supposons (fig. 2) une paire de premières prémolaires opposées dans une relation fonctionnelle observée avec une partie du morceau d'aliment dans la position indiquée. Le cuspide

lingual de la première prémolaire *inférieure* est si court et si petit qu'il peut être laissé de côté pour le moment et qu'on peut concentrer son attention sur le cuspide lingual saillant de la prémolaire supérieure.

Que *fait* actuellement le cuspide lingual supérieur? L'idée acceptée que les cuspides linguaux sont destinés à agir comme broyeurs n'est pas tellement établie par les preuves qu'il convienne de nous abstenir d'un nouvel examen.



Fig. 3. — a) Intact ; b) usé ; c) plus usé.

Ce cuspide fait peu de chose dans le broyage; il broie même moins que la figure ne semble le représenter, d'autant que les deux dents ne viennent pas en occlusion par leurs faces morsales directement opposées, mais avec l'une un peu en avant de l'autre. L'observation et l'expérience m'ont convaincu que ce cuspide proéminent fait quelque chose de plus important et de plus nécessaire qu'un broyage douteux ou occasionnel: il *tient* (et aide la langue à tenir) *le morceau d'aliment en position convenable pour être coupé efficacement* par les lames externes exactement alignées.

Dans tout mécanisme coupant il doit y avoir *quelque* dispositif, confectionné ou existant, pour maintenir en position convenable la matière à débiter. Plus le fragment est petit (jusqu'à une certaine limite), plus les dispositifs destinés à tenir en position pour une réduction ultérieure, doivent être ingénieux ou délicats, comme dans les molaires.

Dans le mécanisme masticatoire des prémolaires de l'homme mon affirmation que les cuspides externes sont adaptés principalement pour couper et les cuspides internes principalement pour maintenir les aliments supportera un examen plus approfondi. Les différences de forme entre les cuspides externes et les cuspides internes exigent un examen détaillé. On remarquera (fig 4) que les bords tranchants de chaque cuspide buccal sont presque entièrement dans un plan, la ligne continue du bord tranchant étant courbée dans ce plan seulement à la pointe du cuspide. D'autre

part, les bords tranchants de chaque cuspide lingual ne sont pas dans un plan, mais en forme de croissant et courbés à l'extérieur à partir de la pointe du cuspide. Or dans les deux cas ce sont exactement les modifications spéciales qui seraient de première utilité dans les fonctions que j'ai signalées; la lame buccale tranchante droite pour couper, la lame linguale courbée (pointue, mais plus arrondie) pour maintenir l'aliment ou, plus exactement, *pour aider la langue à tenir* l'aliment, le cuspide lingual étant plus petit et très arrondi du côté de la langue, et la concavité du bord tranchant en croissant étant *tournée vers le dehors* pour tenir l'aliment contre le coup tranchant dirigé vers le dedans.



Fig. 4. — Aspect morsal ou occlusal des prémolaires supérieures gauches.

La langue par elle-même est très insuffisante pour tenir les *petites* particules alimentaires en position: quiconque a perdu toutes ses molaires peut l'attester. Alors la tâche assurée par les dents antérieures seules est ennuyeuse et exécutée sciemment, l'action libre, rythmique de la fonction normale fait manifestement défaut. La langue, aidée par les lèvres, peut tenir les plus gros fragments en position sans risquer de se blesser; pour une réduction plus complète l'assistance d'une rangée intérieure de supports spéciaux est nécessaire.

Sur les cuspidés des molaires il y a aussi un *véritable* broyage, mais l'opération qu'on appelle broyage et meulage, qui réellement désagrège l'aliment, n'est qu'une action coupante, même avec des dents très usées,

On peut objecter à la théorie du rôle des cuspidés linguaux de l'homme qui tiennent les aliments que chez beaucoup d'animaux (schenodonte, etc.) les cuspidés buccaux sont en croissant et ont également la concavité du croissant tournée vers l'extérieur. Cette objection pourrait avoir de la valeur et même jeter un jour sur le rôle fonctionnel de la forme des cuspidés de l'homme si l'on savait quelque chose de précis sur le rôle fonctionnel des traits analogues (en apparence) de la denture de ces animaux. Mais aucune définition précise de ces traits spécifiques n'a encore été donnée jusqu'à présent et l'indication générale et vague d'une fonction de broyage est absolument sans utilité en odontologie

comparée. Dans cette voie les recherches continueront à donner peu de résultats jusqu'à ce qu'on établisse dans chaque type les deux facteurs déjà mentionnés: 1^o la nature physique de l'aliment, dimensions, dureté, densité, contexture de la surface (rugueuse, unie, sèche, glissante, etc.); les différences distinctes ou plus ou moins fixées dans la configuration, comme les herbes qui ne sont grandes que dans une dimension — la longueur; les feuilles qui peuvent être grandes dans deux dimensions — longueur et largeur; les fruits, graines, racines, tissus animaux, etc., qui peuvent être relativement très grands ou très petits dans les trois dimensions; 2^o le degré de réduction ou de comminution obtenu quand l'aliment quitte la bouche.

En supposant qu'on obtienne à cet égard des indications appropriées ou les meilleures possible, on serait alors en état d'examiner la structure générale et le mécanisme de l'appareil dentaire et de s'assurer des fonctions particulières de ses diverses parties.

Le tableau suivant résume quelques-uns des résultats des recherches sur le mécanisme de la mastication chez l'homme.

DENTURE HUMAINE ET MÉCANISME DE LA MASTICATION.

Relation entre la nature du travail fait et la forme et la fonction des tissus agissants.

1. Nature physique de l'aliment: dur avec une certaine douceur, dimension moyenne ou générale — moyen dans les trois dimensions.

a) Bords de lames à tranchant maximum opposés et actionnés de façon à rompre l'aliment principalement par coupure.

b) Caractéristiques de la forme de la surface adaptée à la protection du tissu gingival contre des lésions par des fragments durs pendant le coup tranchant.

c) Dispositifs protecteurs de la langue. Bords linguaux des cuspides s'écartant du côté lingual.

d) Conditions ou dispositifs *conservant* le tranchant maximum des pointes des cuspides: la fonction de *guider* les canines et les dents antérieures opposées; des rainures profondes formées par la convergence des *parois* convexes.

2. Degré de réduction ;
réduction en petits frag-
ments.

a) Tissus mous librement mobiles ou organes qui remplacent et tiennent l'aliment en position entre les rangées de dents : langue, joues, lèvres.

b) Cuspides linguaux *tenant les aliments en position* convenable pendant le coup tranchant.

c) Ordre et disposition des lames et des cuspides disposés pour la réduction normale des aliments augmentée progressivement des incisives aux molaires.

d) Traits morphologiques (généraux et spéciaux) agissant de façon à amener le nettoyage et à empêcher l'introduction et l'intercalation interdentaire de particules alimentaires.

La plupart des interprétations de fonctions résumées dans ce tableau ont été mentionnées dans des articles antérieurs. On ne veut pas dire que l'une ou quelques-unes d'entre elles s'appliquent uniquement ou exclusivement à l'homme, ni que certains traits distinctifs, relations, mouvements, etc. sont effectivement associés à certains résultats utiles et que, après recherches prolongées, on ne pourrait pas observer ou conjecturer d'autres ou différentes espèces d'utilité associées, car cela existe très probablement dans les innombrables cas où l'adaptation à une fonction particulière d'un organe a été énoncée et acceptée comme un fait établi.

Dans le cas des dents de l'homme les nouveaux résultats résumés ci-dessus peuvent être vérifiés ou rejetés par une recherche ne présentant pas de difficultés insurmontables. Comme les facteurs physiques sont presque entièrement mécaniques et se rapportent à la dynamique plutôt qu'à la statique, la connaissance de l'action effective des outils et des machines simples serait spécialement utile.

Les résultats énumérés sous 1 (a), (c) et 2 (d) sont intéressants au point de vue anatomique ; 1 (b), 2 (b), (c) pour le morphologiste ; les trois derniers, considérés ensemble, présentent une solution du problème qui consiste à trouver dans les *phases inférieures* ou *rudimentaires* des utilités précises permettant à un cuspidé en évolution de jouer un rôle proéminent dans le broyage ou autre fonction. En particulier la façon dont un élément à peine visible, mais réel, protecteur de la gencive peut se modifier, s'agrandir et participer ainsi à la rétention de l'aliment et à autre chose, peut être nettement suivie dans les variations existant dans les dents humaines. (*Dental Record*, avril 1918).

MÉTHODE FLETCHER POUR MALAXER LES AMALGAMES

Par W. G. GRAYSTON.

Les essais de contraction et de dilatation se font habituellement au micromètre et les mesures montrent soit la contraction, soit l'expansion d'une obturation insérée dans une cavité symétrique dans un bloc d'acier.

En raison de l'isolement de l'amalgame par les parois et le plancher de la cavité rigide, l'obturation ne peut s'expandre que dans un sens et par conséquent la totalité de l'expansion peut être vérifiée par des mesures linéaires. Mais la contraction doit avoir lieu dans tous les sens et les mesures montrent seulement son étendue dans un sens. La contraction latérale ne peut se vérifier au micromètre et, bien entendu, la contraction latérale produit un vide dans les obturations et ouvre une porte d'entrée aux microbes qui causent la carie.

Ces microbes mesurent de $\frac{5}{21.000}$ à $\frac{5}{62.000}$ de mm. et par suite un espace de $\frac{1}{8.000}$ de mm. aux bords d'une cavité est dangereux. Quand on parle de mesures d'amalgame, on mentionne d'ordinaire $\frac{1}{400}$ de mm. comme un point et $\frac{1}{800}$ de mm. comme 1/2 point. Une contraction latérale de moins de deux points ne peut se constater par l'examen microscopique des bords des obturations d'essai et, comme on rencontre des difficultés en employant pour cela d'autres méthodes, il faut admettre que, quand le micromètre indique une contraction linéaire, il s'est également produit une contraction latérale. Quelques amalgames présentent à la fois de la contraction et de l'expansion. La contraction se produit d'abord et est suivie par une expansion qui peut égaler ou dépasser la contraction. Black a constaté que quand la contraction préliminaire suffisait pour produire une béance aux bords, on pouvait la découvrir au microscope, aucune dilatation postérieure ne la fermait. Nous pouvons donc dire que si le micromètre indique une contraction, celle-ci n'est pas neutralisée par une expansion subséquente.

J'ai fait des expériences qui montrent qu'une contraction, préliminaire ou permanente, ne dépassant pas 1 ou 2 points, est due à la façon dont l'amalgame est malaxé. Crandall dit: « Il peut sembler étrange que les alliages les mieux dosés se contractent d'abord, puis se dilatent. Ne pas oublier que ce sont principale-

ment des solutions d'étain et d'argent. L'étain s'amalgame rapidement et se contracte toujours. L'argent s'amalgame lentement et s'expand, par suite le mercure absorbe d'abord l'étain, en amenant un retrait; mais plus tard, l'argent avec son affinité lente et déterminée pour le mercure, s'amalgame mieux, enlevant peut-être à l'étain un peu du mercure qu'il avait absorbé. Et si l'argent est en proportion convenable dans l'alliage, il se dilatera. »

Ci-après quelques-uns des essais que j'ai entrepris pour découvrir ce qui se produit réellement. Des obturations furent faites dans une cavité ronde pratiquée dans une plaque d'acier. Des mesures prises au sommet de l'obturation montraient la contraction préliminaire et l'expansion ultérieure. Le haut des obturations présentait de la contraction, tandis que le fond n'en présentait point. Pourquoi? Était-ce dû au mercure qui remontait au sommet des obturations et à son absorption subséquente par la partie la plus profonde de l'obturation? Les obturations faites avec l'amalgame de cuivre ne présentaient pas de contraction; celles faites avec de la monnaie d'argent (argent et cuivre) présentaient seulement de l'expansion. Ce n'était donc pas dû à l'affaissement ou à l'absorption par la couche la plus profonde du mercure qui remontait. Mais si, en malaxant l'amalgame, l'étain est dissous ou absorbé par le mercure plus rapidement que les autres métaux, le mercure qui a travaillé ne contiendrait-il pas une plus grande proportion d'étain qu'il n'y en avait dans l'alliage primitif? Et le haut de l'obturation ne se composerait-il pas d'un amalgame qui était trop riche en étain et la couche la plus profonde d'un amalgame dépouillé d'une partie de son étain, avec cette conséquence que le haut se contracte et le bas se dilate? Les analyses ont montré que quand le mercure est chassé de l'amalgame, il contient les métaux de l'alliage avec l'étain en excès et il en est ainsi notamment si le mercure est comprimé entre le pouce et l'index, sans peau de chamois. Cela semble confirmer l'affirmation que l'étain est dissous plus rapidement par le mercure que par les autres métaux dans l'alliage.

Mais si l'amalgame peut être malaxé sans solution inutile de l'étain, il ne serait pas difficile de produire de l'amalgame satisfaisant quant à l'absence de contraction. J'ai fait des essais qui montrent que la méthode de malaxage imaginée et préconisée par Fletcher répond aux exigences. Cette méthode consiste à peser les proportions d'alliage et de mercure, en les plaçant dans un petit tube d'essai, qu'on secoue jusqu'à disparition complète du mercure libre. Le mélange en poudre qui en résulte est alors formé en cylindre par compression dans un moule de bois préparé à cet

effet. Osgood a imaginé un perfectionnement, il y a quelques années, en se servant d'un moule d'acier et d'un plongeur, connu sous le nom de moule Osgood-Fletcher.

Un amalgame qui, malaxé à la manière ordinaire, donne une contraction préliminaire de 1 ou 2 points et une expansion la dépassant, ne présente pas de contraction et présente une dilatation accrue s'il est malaxé par la méthode de Fletcher. Un amalgame présentant 1 ou 2 points de contraction et pas d'expansion ne présente pas de contraction si l'on emploie la méthode de malaxage de Fletcher. Bien entendu aucune méthode de malaxage ne transformera un mauvais amalgame en bon ; mais avec un bon alliage, la méthode Fletcher permettra de s'en servir avec le plus d'avantages. La valeur de cette méthode semble consister à agiter l'alliage et le mercure ensemble et à éviter ainsi le frottement qui trouble l'harmonie de l'alliage. Le principal, sinon le seul avantage du moule semble être la formation d'une masse assez solide pour être aisément portée dans les cavités quand elle est coupée en morceaux de dimension convenable.

En employant la méthode Fletcher, je me suis servi des proportions d'alliages et de mercure que j'emploie d'habitude avec la méthode de malaxage ordinaire de malaxage et le mercure chassé au sommet du moule en faisant le cylindre est refoulé dans l'amalgame en appliquant la pression au fond de l'obturation et en repoussant celle-ci hors du fond. J'ignore si les principes de la méthode Fletcher ont été donnés ou sont connus. Elle a été imaginée pour réduire la quantité de mercure employée en malaxant l'amalgame. Les essais que j'ai entrepris et relatés ci-dessus montrent que la méthode Fletcher pour le malaxage des amalgames est excellente.

(*Brit. Dent. J.*, 15 mai 1918)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Soulagement de la douleur post-opératoire. — Il arrive souvent qu'une grande douleur suit l'extraction d'une dent ou racine. On peut soulager presque immédiatement le patient par l'introduction d'un tampon de coton humecté de chloroforme à la profondeur totale de l'alvéole et en plaçant le doigt fortement sur l'ouverture de l'alvéole pendant 10 à 20 secondes. Enlever ensuite le coton de l'alvéole et recommencer l'opération si c'est nécessaire. (*Dental Review*).

Adjuvant pour souder les couronnes et les bridges. — La couronne Richmond et certaines parties du travail à pont présentant des difficultés dans la technique de la soudure dues à ce que la soudure ne coule pas dans les espaces en V à la partie gingivale sur la face. On y remédie en coupant de petits morceaux de plaque à 22 carats, en les fondant et en obturant en partie ces espaces avec ce métal en fusion. Continuer alors comme à l'ordinaire. Ces petits morceaux servent également à empêcher la soudure de réduire le carat de la coiffe et de la contre-plaque. (*Pacific Dental Gazette*).

La bouche de tranchée. — Depuis l'ouverture des hostilités actuelles, on parle de maladies plus ou moins nombreuses qui ont reçu automatiquement des noms populaires comme *piéd de tranchée*, *fièvre de tranchée*, *bouche de tranchée*. Ce dernier indique un état pathogénique de la bouche. Il est impossible d'en attribuer l'origine aux tranchées plus qu'aux camps d'instruction. Il est difficile de trouver pour cela un nom convenable, mais je crois que le plus expressif est *stomatite ulcéreuse* (*Oral Health*).

Introduction sans douleur d'une aiguille hypodermique. — Choisir un brunissoir à boule, uni, de grosseur moyenne, le tremper dans l'acide phénique et choisissant le point de la gencive où l'on veut faire la pique, placer le brunissoir en ce point, presser fortement pendant quelques secondes, puis retirer et l'on a une place légèrement concave, due à la pression du brunissoir, d'une couleur blanchâtre due à l'acide phénique; introduire l'aiguille et agir comme d'habitude. (*Commonwealth Dental Review*).

Protection et enlèvement de la rouille des instruments d'acier. — Dissoudre 1 partie de parafine dans 200 de benzine. Laver les ins-

truments, sécher en chauffant, plonger dans la solution et placer dans un endroit chaud pour faire sécher. Les instruments en acier poli, fer ou nickel demeureront ainsi indéfiniment exempts de rouille et de corrosion, s'ils sont conservés dans une solution à 200 de carbonate ou de bicarbonate ou de benzoate ou de barate de sodium. (*Pacific Dental Gazette*).

Emploi de l'amalgame. — Le lavage des amalgames détruisant largement leur force ne doit jamais être pratiqué. Il est absolument impossible d'enlever complètement la matière employée pour nettoyer cette substance par le lavage et les obturations faites de cette façon n'ont pas l'intégrité des amalgames non lavés. Habituellement le lavage exige assez de temps pour permettre à la prise de commencer et rend la manipulation beaucoup plus difficile, sans améliorer l'intégrité de l'obturation. Quand mon amalgame a été malaxé, je ne le laisse pas tranquille une minute. Placez l'amalgame sur votre tablette et immédiatement se produisent les changements qui amènent la prise. La masse doit être constamment manipulée pendant le foulage de l'obturation dans la cavité. Quand j'obture une cavité avec de l'amalgame, mon assistant continue à malaxer, et de cette façon la prise ne commence pas avant que toute l'obturation ait été foulée dans la cavité.

Les amalgames travaillés plastiques ont des qualités adhésives bien connues ; il n'en est pas de même quand ils sont travaillés à sec. Si l'amalgame adhère aux parois de la cavité il n'y a pas décoloration ; s'il y a un espace ou un défaut au bord, la décoloration est plus susceptible de se produire.

Tous les malaxages doivent être les mêmes. Avec des proportions exactes de mercure et d'alliage, ils seront les mêmes, abstraction faite de la quantité malaxée. L'excès de mercure chassé pendant le foulage sort de la masse comme si celle-ci était tout entière pressée dès le début. Dans un cas cependant on a une masse plastique pouvant être adaptée aux parois et aux bords de la cavité ; tandis que dans l'autre, en chassant d'abord le mercure par pression on obtient une masse dure qui ne peut s'adapter. (*Items of interest*).

Mise en moufle. — Dissoudre du savon dans de l'alcool méthylique et en badigeonner le modèle investi avant le bourrage ; il n'y a pas à craindre alors que le plâtre n'adhère au dentier vulcanisé. (*Commonwealth Dental Review*).

Soudure. — Une petite quantité de gomme arabique frottée avec du borax et de l'eau sur l'ardoise empêche le borax de mousser. (*Commonwealth Dental Review*).

Réparation d'une déchirure de la digue après sa pose. — Prendre un morceau d'emplâtre adhésif de dimension voulue, le chauffer légèrement et recouvrir la déchirure ; celle-ci sera ainsi solidement réparée. (*Dental Review*).

Ciment synthétique. — Le ciment synthétique est très sensible à la moindre trace de matière étrangère se trouvant sur la plaque de

verre ou sur les instruments. Pour éviter l'inconvénient de constater, après malaxage, que la couleur n'est pas ce qu'elle doit être, placer les instruments en palladium et le malaxeur en agate dans un peu d'alcool absolu et nettoyer la plaque aussi avec de l'alcool, en les essuyant avec du papier buvard propre avant de mettre la poudre sur la plaque. (*Commonwealth Dental Review*).

Forets. — Beaucoup de praticiens font des forets avec des petites fraises. En meulant un côté plat, il est bon de maintenir ce côté parallèlement au plat de l'entaille à l'autre extrémité de la fraise, car cela permet de savoir quand on aiguise que le plat de l'extrémité aiguisée est bien tenu sur la roue. (*Commonwealth Dental Review*),

Coulage de facettes d'or pour bridges. — Il est assez difficile de sculpter en cire des facettes représentant la face vestibulaire des dents et il est déraisonnable d'employer de l'or à 24 carats pour obtenir une dent d'or solide ne se décolorant pas dans la bouche. Pour obvier à ces deux inconvénients procéder ainsi : choisir une face ou une dent de porcelaine exactement de la forme et de la dimension voulues pour remplir l'espace. Faire une matrice et un poinçon en métal Mellote, en se servant de la dent choisie comme d'un modèle et confectionner une coquille avec de l'or à 24 carats. Façonner cette coquille pour qu'elle s'adapte au modèle. Souder alors une petite arête comme point de rétention à l'intérieur de la coquille et remplir de cire ; remettre sur le modèle et enlever en sculptant tout l'excès de cire. Mettre une tige de coulé dans la partie la plus épaisse de la cire, investir et couler avec des copeaux d'or ou de l'or de qualité inférieure. Cela donne une facette solide qui ne se décolore pas quand elle est exposée à la vue. (*Commonwealth Dental Review*).

Traitement de l'hémorragie. — Pour remplacer le sang perdu par hémorragie injecter une solution de gomme de 6 ou 7 o/o d'une pression osmotique colloïdale égale à celle du sang, en y ajoutant une solution de bicarbonate de soude à 2 o/o. Ce dernier est supérieur au chlorure de sodium, parce qu'il augmente l'alcalinité du sang et tend ainsi à contrebalancer un des effets du choc. (*Archives médicales belges*, Dr Bayliss).

Prise des ciments. — Les éléments constitutifs des ciments sont le silicate de calcium, le silicate de tricalcium, l'aluminate de calcium avec de petites quantités de chaux libre, de magnésie et d'oxyde de fer, qui n'entravent pas la prise. L'oxyde de zinc donne de la couleur et la magnésie n'est pas nuisible si elle ne dépasse pas 7 à 8 o/o. Le silicate de tricalcium est considéré par d'aucun comme le constitutif le plus important, mais il ne dépasse guère 35 o/o. Dans la fabrication les trois oxydes primaires — chaux, silice, alumine — sont ajoutés sous forme de craie et d'argile, quoiqu'on puisse employer une série variée de substances, y compris les scories basiques. On obtient le mélange intime des constituants en broyant et mêlant avec de l'eau,

on sèche alors à 1400° G, puis on broie la masse semi-fondue en poudre fine avant d'ensacher.

L'emploi d'un agent exerçant une action dissolvante est essentiel pour la prise, une très petite quantité de cet agent peut suffire pour amener l'agglomération. Quand il s'agit de ciments et de plâtres, l'eau constitue l'agent intermédiaire.

La prise du plâtre de Paris est due à la formation d'un dihydrate cristallin d'une solution d'hémihydrate, plus soluble dans l'eau. Aussitôt que la cristallisation se produit, il se dissout davantage jusqu'à ce que la totalité de la matière soit convertie en une masse cristalline, dont les petits cristaux individuels sont si intimement agrégés qu'elle a une force considérable. Il y a ainsi une forte absorption d'eau.

La prise du ciment est due à l'hydratation, mais on n'est pas d'accord sur la nature de cette hydratation. D'après une théorie la cristallisation joue le rôle important dans la prise, tandis qu'une autre trouve dans les phénomènes des colloïdes une explication du durcissement.

Pour la prise du plâtre de Paris, on admet la théorie de Le Chaletier, d'après laquelle le silicate de tricalcium étant l'élément constitutif, il y a décomposition avec absorption d'eau dégageant de la chaux. Les silicates et aluminates de calcium du ciment se cristallisent sous une forme hydratée. Les composés anhydres de nouvelle formation sont plus solubles que les hydratés. La présence de l'eau amène la solution des anhydres et la cristallisation des composés hydratés au moyen d'une solution supersaturée. Les cristaux ont la forme d'aiguilles et leur agrégation donne de la solidité à la masse.

Les partisans de la théorie colloïdale, niant l'importance de la cristallisation, prétendent que l'addition d'eau amène la formation de silicates gélatineux hydratés gonflés. Ils s'appuient sur le fait que quand le ciment est meulé avec 150 fois son poids d'eau, il en résulte une masse gélatineuse fortement gonflée (*Brit. Dent. J.*, avril 1918).

Disques de carborundum. — Quand on se sert de disques de carborundum pour façonner une dent avant de la couronner; il est bon d'ajouter, pour protéger la dent voisine, un disque de papier de verre de la même dimension qu'on fixe au mandrin à vis avec la pierre, le côté vernis étant à l'extérieur. (*Commonwealth Dental Review*).

Moyen de rendre flexibles les tubes de caoutchouc. — Quand les tubes de caoutchouc ou le caoutchouc dentaire deviennent raides et durs à manier, on peut les rendre flexibles en les mettant dans de l'eau chaude contenant 10 o/o de glycérine. Cela n'altère ni n'endommage le caoutchouc ou la vulcanite. (*Pacific dental Gazette*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1918

**A propos de la discussion sur les greffes osseuses.
Anatomie pathologique d'une greffe ostéo-mandibulaire,**

Par le Prof. Pierre SEBILEAU.

J'ai pratiqué à l'heure actuelle 34 ostéosynthèses pour pseudarthrose de la mâchoire inférieure; dans une des prochaines séances, je vous communiquerai ma statistique. Mais un de mes anciens opérés étant mort ces jours derniers dans mon service de Chaptal d'une pleurésie purulente streptococcique, je n'ai pas voulu laisser passer l'occasion de vous montrer la pièce que j'ai pu prélever sur lui. Cette pièce est, je crois, une pièce unique; elle résout définitivement une question encore obscure et discutée: celle de l'évolution et de l'action du greffon ostéopériostique dans un champ d'ostéosynthèse.

Le soldat G... était atteint d'une pseudarthrose de la mâchoire inférieure, consécutive à une blessure reçue le 13 juin 1916. Cette pseudarthrose siégeait à droite; elle était rétrodentaire et préangulaire. Sa mobilité était faible (un centimètre approximativement), mais la mastication était impossible. Je pratiquai l'ostéosynthèse le 7 septembre 1917, quinze mois par conséquent après la blessure.

Voici le protocole de mon opération; il tire un grand intérêt de sa comparaison avec les dispositions anatomiques que vous allez constater sur la mâchoire.

Les fragments sont découverts, dépériostés sur leur face externe dans une étendue de 3 centimètres. La formation fibreuse qui les unit est mince, adhérente à la muqueuse buccale; elle a une longueur de 1 centimètre et demi environ. Il est impossible, sans risque d'ouvrir la bouche: 1° de décapuchonner l'extrémité des moignons osseux; 2° de mettre à découvert, par décollement, leur face interne. Prélèvement d'une lamelle ostéopériostique du tibia épaisse d'un millimètre approximativement à longues concavités. Une fois détachée, cette lamelle se retourne, dans le sens de la longueur, en arc de cercle vers son périoste, et comme elle est assez épaisse, il est impossible de redresser sa courbure

au point de pouvoir appliquer à plat sa surface osseuse, crunte, contre la face externe des fragments. Aussi l'application se fait-elle *périoste contre os*. Deux vis, une en avant, une en arrière, fixent le greffon contre chacun des fragments. Suites opératoires excellentes.

Au bout de quelques mois, la mâchoire n'avait plus aucune mobilité; la mastication s'exerçait sur les aliments solides, viande et croûte de pain; l'opéré figurait sur ma statistique dans la colonne des « guérisons anatomiques et fonctionnelles » et j'attendais d'avoir fait ici ma présentation sur les greffes pour le rendre au service armé. Je vous ai dit qu'il avait succombé ces jours-ci à une streptococcie pleurale.

Voici la mâchoire. Elle est dénudée. Je vais vous la décrire telle quelle. Je vous dirai ensuite comment, autour d'elle, étaient disposées les formations fibreuses.

I. MACHOIRE DÉNUDÉE :

a) *Greffon*. — Il forme un véritable bloc osseux. Il est long de 6 centimètres, haut de 23 millimètres, son épaisseur varie entre 4 et 8 millimètres. Il est dur, dense, résistant. Il a résisté, comme la mâchoire elle-même, sans se laisser entamer, à la rugination de la préparation. Il est vasculaire, rosé, plus rosé que la maxillaire, piqué de nombreux orifices microscopiques. Il est lisse, régulier; ses bords sont mousses; il s'est adapté à la région, harmonisé avec la mâchoire; il semble être une longue exostose de cette mâchoire. Il est convexe par le dehors, vers la peau, concave par le dedans, vers la muqueuse. Il forme une sorte de pont entre les deux fragments. A chacune de ses extrémités, il est fusionné avec la face externe de la mâchoire inférieure; la conjugaison entre l'un et l'autre est osseuse, par continuité de tissu; elle se fait en pente douce. Le long du bord inférieur et sur la plus grande étendue de la face profonde du greffon il y a un vide entre lui et la face externe des fragments. Mais le long de son bord supérieur, la fusion s'est faite d'une manière complète entre la greffe et le porte-grefte, de la même manière qu'elle s'est faite aux extrémités. Même, cette fusion est telle qu'il semble bien que ce soit du greffon lui-même que parte le cal osseux que nous allons voir maintenant réunir l'un à l'autre par leur extrémité les deux moignons du maxillaire.

b) *Vis*. — Les deux vis qui fixaient le greffon continuent à être solidement implantées dans le tissu osseux du greffon et dans le tissu osseux de la mâchoire. Elles y tiennent comme elles tiendraient dans du bois. Leur tête vient tout juste à fleur de face externe, comme après l'opération.

c) *Fragments.* — A l'extérieur, c'est-à-dire du côté de la table externe de la mâchoire, les deux moignons osseux se sont réunis par une formation osseuse en continuité telle avec chacun d'eux qu'il est impossible de distinguer l'os nouveau de l'os ancien. Cette formation osseuse paraît provenir de la partie postérieure du greffon avec qui elle est en large continuité. A l'intérieur, c'est-à-dire du côté de la table interne de la mâchoire, là où le cal fibreux n'avait pu être détruit ni décollé, il reste entre les fragments un espace d'un centimètre et demi environ.

II. MACHOIRE RECOUVERTE DES PARTIES MOLLES :

La face extérieure de la mâchoire et la face extérieure du greffon étaient recouvertes d'une membrane conjonctive, d'apparence périostale, épaisse, qui s'est décollée d'eux avec la plus grande facilité. Cette formation conjonctive se poursuivait à la face profonde du greffon entre ce greffon lui-même et la face superficielle des fragments; elle comblait ainsi tout le vide existant entre ces fragments et le greffon. En dedans, du côté de la cavité buccale, là où les deux fragments n'ont pas accompli leur conjonction osseuse, il y avait un trousseau conjonctif assez épais et assez dense, formant un véritable cal fibreux sous-jacent au cal osseux qui, lui, réunit les moignons du côté de la table externe.

Ainsi donc, la lame ostéopériostique du tibia a vécu et s'est fusionnée avec la mâchoire.

Elle a vécu, et sa vie s'est traduite par une énorme hypertrophie, un changement complet d'aspect, la transformation en une attelle épaisse, forte et continue de tissu osseux, compact, d'une lamelle mince, grêle et discontinue de tissu osseux concassé, enfin par l'aplanissement et « l'homogénéisation » de sa surface. Cette vie s'est traduite, en réalité, par un processus de puissante ostéogénèse. Notez que les têtes des vis, comme après l'opération, continuent à affleurer la face superficielle du greffon et qu'elles ne se sont nullement enfouies dans son épaisseur. Cela signifie, ou bien que le processus d'ostéogénèse a été interstitiel, ou bien que, si le greffon s'est hypertrophié par l'apport de nouvelles couches osseuses venues de la périphérie, celles-ci se sont disposées entre le périoste du greffon et la corticale de ce greffon, non entre la corticale de ce greffon et les assises sous-jacentes à elle.

La lame ostéopériostique s'est fusionnée, disais-je, par continuité de tissu osseux avec la mâchoire inférieure, et cette fusion a engendré; 1° la pénétration anatomique de la table externe du maxillaire inférieur par les deux extrémités du greffon; 2° la formation d'un cal osseux, long de 1 centimètre 1/2, entre les deux moignons. Tout fait croire que si des difficultés opératoires inat-

tendues ne m'avaient pas obligé à appliquer la lamelle tibiale contre la mâchoire *périoste contre os*, cette lamelle se serait confondue avec la table extérieure de l'os en un énorme cal qui aurait comblé tout l'espace interfragmentaire, sans le moindre clivage fibreux.

Je dois ajouter que, pratiquement, la consolidation de la fracture, telle qu'elle s'est accomplie ici, est très forte.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 16 juillet 1918).

Séance du 17 juillet 1918.

Ma pratique du traitement chirurgical des pseudarthroses de la mâchoire inférieure consécutives à des traumatismes de guerre.

Par le Prof. Pierre SEBILEAU.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 34 opérations pour pseudarthrose de la mâchoire inférieure consécutive à une fracture balistique. 5 de ces opérations sont de date récente (moins de trois mois): elles ne figureront donc pas dans cette statistique. Cela ramène mes observations au nombre de 29. Elles se sont déroulées entre le 6 septembre 1916 et le 17 avril 1918.

Comme résultat global, ces 29 opérations m'ont donné: 5 succès complets et définitifs, car les greffons ont aujourd'hui 21, 21, 13, 12 et 4 mois d'âge, ce qui, sauf peut-être pour le dernier, assure la chronicité de l'état de pseudarthrose; 5 demi-succès avec amélioration anatomique et fonctionnelle, sans espoir de consolidation osseuse, car les greffons ont aujourd'hui 22, 10, 9 et 7 mois d'âge; 4 améliorations considérables qui se termineront très probablement par une consolidation osseuse et le rétablissement de la fonction masticatoire, d'abord parce qu'on suit pour ainsi dire pas à pas les progrès de la consolidation, ensuite parce que les greffons n'ont à l'heure actuelle que 4, 3, 3 et 2^e mois d'âge; enfin, 15 guérisons anatomiques par cicatrisation osseuse et restauration fonctionnelle, 12 malades de ce dernier groupe sont encore dans mes salles; 2 les ont quittées avec la mention:

1. Je tiens à associer à cette communication le nom de mes assistants: Henri Caboche, René Miégevillle, Hector Lemaire.

2. Ce dernier blessé, dont je parle au temps présent, a, en réalité, quitté mon service depuis une année. Il est parti pour l'Algérie pourvu d'une convalescence d'un mois avec retour dans mon service; je ne l'ai jamais revu. A son départ, l'opération datait de deux mois. La consolidation osseuse était en bonne voie.

« Bon pour le service armé »; 1 vient de mourir 10 mois après l'opération d'une pleurésie purulente (celui dont je vous ai présenté la mâchoire inférieure à la dernière séance); il était sur le point de rejoindre son corps.

Toutes les opérations de greffage ou de synthèse ont été pratiquées sous l'anesthésie générale après laryngotomie intercricothyphoïdienne. Tous mes blessés étaient en bonne articulation dentaire, spontanée ou maintenue. Un certain nombre d'entre eux avaient déjà subi l'ostéotomie de redressement.

Je n'ai perdu aucun de mes opérés. Aucun d'eux n'a été atteint de complication digne d'être notée. Je n'ai observé ni broncho-pneumonie, ni érysipèle.

Par contre, treize de mes opérés ont présenté, quelques jours ou quelques semaines après l'opération, un écoulement séreux, séro-purulent ou purulent, venu du foyer opératoire. Ce pourcentage de suppuration est énorme; il grève surtout la première série de ma statistique. Il s'explique d'ailleurs facilement par:

1^o Le réveil du microbisme qui sommeille pendant longtemps dans le foyer des fractures ouvertes et infectées;

2^e La mauvaise qualité d'un appareil tégumentaire couvert de cicatrices, lequel se sphacèle souvent après l'opération, ouvrant ainsi le champ de greffage à l'infection venue du dehors;

3^o La perforation accidentelle, au cours du greffage, de la muqueuse bucco-vestibulaire.

Parmi ces 13 malades qui ont suppuré, 8 ont éliminé complètement ou à peu près complètement leur histoprothèse (6) ou leur métalprothèse (2); sur 4, l'élimination n'a été que partielle; sur 1, elle ne s'est pas produite. Dans les cas où l'infection s'est montrée, le résultat a été le suivant; 5 succès complets (1 greffon cartilagineux, avec élimination totale, 4 greffons osseux avec élimination totale), 4 demi-insuccès avec amélioration anatomique et fonctionnelle (1 greffon osseux avec élimination totale, 1 greffon cartilagineux partiellement éliminé, 2 métallo-prothèses extraites); 1 succès presque certain (greffon osseux sans élimination); 3 succès avec consolidation osseuse et restauration fonctionnelle (2 greffons cartilagineux et 1 greffon osseux, tous les trois avec élimination partielle).

Dans 2 cas, j'ai pratiqué l'ostéosynthèse avec une plaque de maillechort (2 suppurations avec 2 demi-insuccès). Dans 5 cas, j'ai greffé du cartilage costal (4 suppurations, avec 3 succès, 1 demi-insuccès, 1 insuccès complet). Dans 22 cas, j'ai greffé une lame ostéopériostique labiale dans les conditions suivantes: 11 fois, le greffon tibial paraissait continu, d'une épaisseur générale de 2 millimètres; 3 fois il était certainement discontinu, formé de

concassures grosses, longues et rares, d'une épaisseur maxima de 2 millimètres; 8 fois il était discontinu, formé de concassures petites, courtes et nombreuses, et d'une épaisseur maxima de 1 millimètre. Ces 22 cas, dont 7 ont suppuré, m'ont donné 12 succès, 4 améliorations qui seront 4 succès, 2 demi-insuccès, 4 insuccès.

J'ai fixé avec des vis presque tous les greffons continus et les greffons à grosses concassures. J'ai simplement enfoui dans les tissus les greffons à petites concassures. Si l'on fait abstraction des six suppurations¹ qui ont compliqué l'opération et, de la sorte, troublé les données de la statistique en ce qui concerne l'évaluation de la valeur respective des greffons employés, l'on trouve: 11 greffons continus avec 8 succès et 3 insuccès complets; 3 greffons discontinus à grosses concassures avec 1 succès, 1 succès probable, 1 demi-insuccès; 8 greffons discontinus à petites concassures avec 3 succès, 3 succès probables, 1 demi-insuccès et 1 insuccès complet.

Toutes ces données n'ont qu'une valeur relative. Il m'est en effet souvent arrivé de pratiquer des opérations combinées et d'associer entre eux plusieurs modes de greffage: par exemple, de semer des petits copeaux d'os sous une bandelette ostéopériostale; ou encore, de répandre autour des fragments, sous cette même bandelette, une couche d'éléments médullaires; enfin, de renfermer dans un sac de périoste des petites masses de moelle, et d'insinuer ce sac sous une attelle métallique. Dans de pareilles conditions, le jugement qu'on serait tenté de porter sur la valeur respective de chacun des procédés se heurte à une série de complications opératoires qui stérilisent toute déduction qu'on pourrait tirer de la comparaison des résultats.

Toutes les pseudarthroses que j'ai traitées n'avaient pas la même mobilité. Cette mobilité dépend avant tout, évidemment, de la distance qui sépare les deux moignons osseux; mais elle dépend aussi de la valeur du cal fibreux qui réunit ces moignons et de leur topographie respective: ainsi l'on peut trouver une pseudarthrose flottante ou pseudo-flottante entre deux fragments peu éloignés l'un de l'autre. Les 17 cas où il n'y a pas eu élimination du greffon (16 sans suppuration et 1 avec suppuration) se répartissent ainsi: pseudarthrose à petite mobilité, 4 cas avec 3 guérisons anatomiques et fonctionnelles (dont une greffe par cartilage), et 1 guérison presque certaine (greffon osseux); pseudarthrose à mobilité moyenne, 4 cas avec 4 guérisons anatomiques

1. Je dis⁶ au lieu de 7, rangeant le cas où il y a eu écoulement sans élimination dans la catégorie des non-suppurations.

et fonctionnelles (tous étant des greffes par os) ; pseudarthrose à grande mobilité, 2 cas avec guérison anatomique et fonctionnelle (tous étant des greffes par os) ; pseudarthrose pseudo-flottante, 2 cas, dont 1 avec guérison anatomique et fonctionnelle (greffon cartilagineux) et 1 autre avec guérison presque certaine (greffon osseux) ; pseudarthrose flottante, 5 cas dont 3 avec guérison anatomique et fonctionnelle (greffon osseux), 1 guérison presque certaine (greffon osseux), 1 demi-insuccès (greffon osseux).

Ces chiffres un peu arides fournissent au problème du traitement chirurgical de la pseudarthrose mandibulaire des données qui se pénètrent et s'enchevêtrent ; il n'y a donc que quelques conclusions claires à en tirer. Les voici :

1^o L'acte chirurgical a guéri complètement un peu plus de la moitié des pseudarthroses ;

2^o Il a beaucoup amélioré et, selon toute probabilité, guérira dans les mois qui vont suivre le tiers de la seconde moitié ;

3^o Il a simplement amélioré le second tiers de cette seconde moitié ; mais, dans l'espèce, une simple amélioration doit être considérée comme un insuccès, car il s'agit, non pas de savoir si une pseudarthrose est plus ou moins mobile, mais bien de savoir si l'os est ou n'est pas continu, si la mastication est ou n'est pas possible ;

4^o Il est resté sans effet sur le dernier tiers de la seconde moitié ;

5^o La suppuration, si elle est suivie d'élimination totale ou presque totale du greffon, est le seul élément qui ressorte clairement de la statistique que je viens de donner comme jouant un rôle primordial dans les résultats plastiques et fonctionnels de l'opération ;

6^o Tant de dispositions anatomiques, tant d'actes contingents interviennent et se combinent dans le traitement d'une pseudarthrose mandibulaire, qu'il est pour ainsi dire impossible d'apprécier exactement par une statistique portant seulement sur une trentaine de cas (comme c'est ici le cas) le rôle exact de chacun des éléments qui conditionnent le succès (éloignement des fragments, forme et topographie des moignons osseux, mobilité plus ou moins grande de la pseudarthrose, épaisseur du cal fibreux et adhérence de ce cal fibreux à la muqueuse vestibulaire, valeur de l'appareil de recouvrement, nature, épaisseur, mode de fixation du greffe, etc.) ;

7^o Les deux opérations de métallo-prothèse qui figurent dans cette statistique constituent deux échecs ; elles ne sont pas encourageantes.

Tel est le résultat de ma pratique. Malgré des échecs, il montre le parti qu'il y a à tirer de la méthode du greffage dans le traitement des pseudarthroses de la mâchoire inférieure. Il n'y a plus

à discuter aujourd'hui sur l'action que joue l'évolution que subit le greffon ostéopériostique transplanté dans un foyer de pseudarthrose; la belle pièce anatomique que je vous ai présentée dans la dernière séance montre que ce greffon vit, se transforme et s'hypertrophie, que ses aiguilles et ses aspérités se fondent dans une masse commune qui prend l'aspect et la consistance d'un os normal, s'adapte aux tissus qui l'environnent et, pour finir, se fusionne avec les fragments du porte-greffe. Ainsi, par l'examen de cette pièce, se sont trouvées confirmées et fixées les idées vers lesquelles me portait déjà l'observation des faits cliniques. Ces idées et la pratique qui en découle ont trait:

- 1° *A l'âge de la pseudarthrose à opérer;*
- 2° *A l'opération elle-même de la pseudarthrose;*
- 3° *A la consolidation de la pseudarthrose opérée.*

1° *Age de la pseudarthrose à opérer:*

L'étude de l'évolution clinique des fractures balistiques de la mâchoire inférieure, conduite parallèlement à l'observation des épreuves radiographiques de ces fractures, l'étude de l'évolution des greffons poursuivie, comme la précédente, en partie double, montrent que, dans un grand nombre de cas, l'ostéogénèse évolue tant pour les fragments que pour le greffon, avec une extrême lenteur. Les belles épreuves radiographiques que nous montrait, il y a un instant, notre collègue Chutro, témoignent que cette constatation est applicable à certaines fractures balistiques des membres et aux greffes qu'on leur applique. Il en résulte qu'en matière de pseudarthrose de la mâchoire inférieure, il faut se garder d'une opération précipitée, même d'une opération hâtive. Deux de mes blessés ont été opérés entre trois et cinq mois; c'était au début de ma pratique des greffes, aujourd'hui, je différerais mon intervention. J'ai, dans mon service, sous l'étiquette: « *Consolidations mandibulaires retardées* » un dossier très intéressant; il contient l'observation d'une dizaine de pseudarthrosés que j'avais désignés pour le greffage, et pour lesquels les quelques semaines qu'ont nécessitées la préparation, de la bouche, la fabrication de l'appareil d'ancrage des mâchoires et l'adaptation du malade à cet appareil ont amené un tel changement dans la mobilité des fragments que j'ai pu tout d'abord surseoir et par la suite renoncer définitivement à l'opération. J'ajoute qu'il y a toujours intérêt, pour assurer la vie du greffon dans le milieu aseptique qui lui est indispensable, à s'éloigner de la longue période de suppuration et de génération séquestrale que traverse toujours une fracture infectée. Au total, je ne crois pas qu'il soit bon d'opérer avant huit mois.

2° *L'opération de la pseudarthrose :*

L'opération comprend : a) *le traitement des fragments et de l'espace interfragmentaire ;* b) *le prélèvement du greffon ;* c) *l'application du greffon sur le porte-greffe.*

a) LE TRAITEMENT DES FRAGMENTS ET DE L'ESPACE INTERFRAGMENTAIRE. — Je pense qu'il est de la plus haute importance de mettre largement à nu tout le foyer de la pseudarthrose et d'éclairer ainsi l'opération. Les deux fragments doivent être découverts sur plusieurs centimètres d'étendue et complètement déshabillés : déshabillés par dehors, par dedans, et aussi à leur extrémité. Je rugine donc leur face extérieure et leur face intérieure et je décapuchonne leur tranche, souvent irrégulière et acuminée. Quand cela est fait, j'ai coutume d'aviver cette tranche par quelques morsures de pince gouge. La libération de la face profonde est ordinairement difficile ; elle doit être réalisée avec précaution et s'arrêter au cul-de-sac pelvimandibulaire qui est souvent adhérent. Ce décollement des tissus qui recouvrent en dedans la mâchoire est important ; il permet l'application d'un greffon sur la face intérieure de celle-ci ; il a, pour le moins, l'avantage de creuser une sorte de lit sous-mandibulaire où l'on peut coucher des fragments de périoste des copeaux d'os, de cartilage, des éléments de moelle osseuse.

L'application du greffon contre la face dénudée de la mâchoire suffit à assurer leur fusion sur la surface de contact ; mais pour obtenir que, de ce greffon, bourgeonne de l'os nouveau qui pénètre entre les moignons osseux, comble l'espace qui les sépare et finalement se confonde avec eux, il est indispensable de détruire la formation fibreuse qui, même après le décapuchonnage des fragments, s'interpose entre leurs deux extrémités. Cette résection n'est pas toujours réalisable dans toute l'épaisseur du cal fibreux ; on est obligé de respecter le plan profond de celui-ci qui, d'ailleurs, adhère ordinairement à la muqueuse de la bouche, qu'on risque souvent d'ouvrir et qu'on ouvre quelquefois.

b) LE PRÉLÈVEMENT DU GREFFON. — Les greffes chondriales m'ont donné deux succès ; cependant, je n'emploie plus, depuis longtemps, que des greffes ostéopériostique. Je les prélève sur la face interne du tibia, comme le fait Delagenière (du Mans). Mon outillage n'est pas moderne ; de plus, il est défectueux. Je me sers du ciseau des menuisiers ou d'un ostéotome de Mac-Éven. L'un et l'autre sont trop épais ; de là vient l'irrégularité des greffons que je prélève. L'expérience m'a appris que pour avoir une bonne lamelle tibiale, d'épaisseur uniforme et sans trop de concassures, il faut se servir d'un ostéotome à lame mince, large et effilée, comme celui que vous a montré Chutro. Beaucoup des greffages

qu'on exécute sur la parabole mandibulaire nécessitent l'inflexion du greffon : celui-ci doit donc être assez mince pour obéir à la pression des doigts ; quand il ne le fait pas, je l'ostéotomise transversalement. J'ai coutume de laisser une étroite bande de périoste déborder les bords et les extrémités du greffon.

c) L'APPLICATION DU GREFFON SUR LE PORTE-GREFFE. Au début de ma pratique, je m'appliquais à fixer le greffon sur le porte-greffe ; je l'y vissais aussi solidement que possible. Par la suite, je me suis contenté de l'enfourer dans les parties molles, à l'exemple de Delagenière. Cela raccourcit et simplifie considérablement l'opération.

J'ai pourtant quelque tendance à croire que le contact intime et main enu de la lame ostéopériostique contre les moignons mandibulaires favorise leur fusion. Je me sers, le cas échéant, d'un instrument banal, le perforateur américain, et de petites vis à tête plate ; il n'est pas niabile que ces manœuvres de fixation augmentent les chances d'infection.

3° CONSOLIDATION DE LA PSEUDARTHROSE OPÉRÉE :

Rien n'est plus difficile à juger que le degré de consolidation d'une fracture ou d'une pseudarthrose de la mâchoire inférieure. Cela est difficile au point de vue anatomique ; cela est difficile au point de vue fonctionnel.

a) *Au point de vue anatomique.* — J'ai déjà fait ici¹ la remarque que l'exploration manuelle donnait quelquefois sur ce point des renseignements incomplets et difficiles à interpréter. Il peut arriver que cette exploration ne montre la moindre mobilité des fragments ni dans le sens vertical, ni d'avant en arrière, ni transversalement, et qu'une simple occlusion, forte et brusque des mâchoires, provoque très clairement entre ceux-ci un certain degré d'écartement. Quelquefois, surtout pour la branche montante, c'est seulement par le palper bimanuel, en repoussant fortement en dehors la pseudarthrose par l'index introduit dans la bouche et en l'explorant avec l'autre main par la joue qu'on arrive à se rendre compte qu'il y a encore du jeu latéral entre les moignons osseux. Cette manœuvre rend des services dans des cas où il est très difficile de dire si la faible mobilité qu'on perçoit s'exerce dans le cal ou bien dans l'articulation temporo maxillaire elle-même. J'ai, sur ce point, un fait à signaler en ce qui concerne les greffes. Plusieurs fois, j'ai pu constater que, quelques mois après l'opération du greffage, alors que la cicatrisation osseuse semblait tout

1. Pierre Sebileau De la cicatrisation naturelle des fractures balistiques de la mâchoire inférieure. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, séance du 8 novembre 1916.

à fait solide et qu'il était impossible de provoquer la moindre mobilité entre les fragments, on arrivait, par le mode d'exploration que je viens de vous signaler, à provoquer une certaine dépression élastique du cal, due sans doute à la flexibilité de l'os nouvellement formé (fléchissement de bois vert).

b) *Au point de vue fonctionnel.* — Pratiquement, une pseudarthrose de la mâchoire inférieure n'est guérie qu'à partir du jour où le blessé peut mastiquer. Ici interviennent des éléments nouveaux. On ne peut, en effet, établir le diagnostic de restauration fonctionnelle que sur les seules déclarations du blessé. Or, il semble que quelques malades (c'est le petit nombre) aient une tendance à retarder volontairement l'heure de la liquidation de leur blessure. D'autres, simplement par crainte, se refusent pendant un certain temps à reprendre la mastication; ils manquent de confiance dans la solidité du cal et s'en tiennent au régime des brouets et des bouillottes de viande. La volonté et l'habitude jouent un grand rôle dans la restauration fonctionnelle des fractures de la mâchoire inférieure. J'ai un dossier qui, sous l'étiquette « *Mastications paradoxales* », contient plusieurs observations très curieuses de blessés mastiquant des aliments solides avec une mâchoire en état de pseudarthrose.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 23 juillet 1918).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA MARINE A UNE QUESTION ÉCRITE

22668. — M. Philbois, député, demande à M. le Ministre de la Marine : 1^o pourquoi il n'existe encore, dans le corps des chirurgiens-dentistes de la marine, aucune relève régulière, ni aucun tour d'embarquement nettement établi, comme cela existe pour les médecins auxquels ces mobilisés sont assimilés ; 2^o pourquoi deux chirurgiens-dentistes, dont l'un n'avait que quatre mois d'embarquement et deux mois de service au Val-de-Grâce, ont pu être nommés au grade supérieur alors que d'autres, plus nombreux, ayant plus de deux ans de service en mer, n'ont pu obtenir cette distinction malgré les propositions dont ils étaient l'objet (*Question du 13 juin 1918*).

Réponse. — 1^o Les chirurgiens-dentistes sont traités, au point de vue de l'embarquement, comme les médecins. Ils reçoivent une destination à la mer au tour de liste, ceux ayant le moins de temps d'embarquement étant désignés les premiers. Le remplacement en armée navale du personnel de cette spécialité est fait, sur la demande des intéressés, lorsque ceux-ci ont accompli la période réglementaire d'embarquement, c'est-à-dire deux années ; 2^o Il doit s'agir des médecins de 3^e classe auxiliaires, chirurgiens-dentistes, promus à la 2^e classe. Le nombre des médecins de 3^e classe auxiliaires, chirurgiens-dentistes, pouvant être promus à la classe supérieure ne peut actuellement dépasser 5. Ces nominations se font exclusivement au choix. Quatre nominations seulement ont été faites jusqu'à ce jour ; elles ont porté sur des candidats signalés au département comme possédant les titres les plus sérieux par leur âge, leur valeur professionnelle, leur manière de servir et réunissant d'ailleurs le temps de grade exigé. Aucune condition d'embarquement n'est exigée des chirurgiens-dentistes pour l'avancement.

(*Journal officiel* du 25 juin 1918).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UN LOCAL POUR LES DENTISTES

Le Service de santé, l'année dernière, troisième année de guerre, s'avisait qu'il y avait, dans les régiments, des dentistes diplômés occupés jusqu'alors comme brancardiers de deuxième classe. On les admit donc au rang de médecin auxiliaire et on les chargea de veiller à la denture de nos poilus : il n'y a pas de petites choses à la guerre.

Au bout d'un temps assez long — le temps de dresser quatre cent sept états en double expédition — nos dentistes touchèrent quelque matériel : le strict nécessaire.

Malheureusement, on avait oublié de dire dans les instructions qu'un local serait réservé au dentiste : il ne peut vraiment pas, malgré toute sa bonne volonté, opérer en plein air et par tous les temps ! Officiellement, le dentiste n'est pas logé, mais s'il arrive que le colonel ou quelque officier supérieur subisse, tout comme un vulgaire poilu, le mal de dents, vite on trouve un local au dentiste, car lorsque le colonel mastique bien, le régiment digère bien.

Je connais un de ces praticiens, qui tient à se mettre à la disposition de ses camarades au sortir de la tranchée et se trouve obligé de louer de ses deniers une chambre au cantonnement, puisque l'officier payeur refuse de lui délivrer un billet de logement.

M. le sous-secrétaire d'Etat à la Santé, qui a récemment prescrit d'employer le dentiste au P. S. du régiment lorsqu'il n'a pas de travail, ne pourrait-il pas dire qu'on lui donne les moyens d'exercer ? Porter sur l'état des effectifs un dentiste, c'est déjà quelque chose, mais l'utiliser, ce serait peut-être mieux.

CLOPIN-CLOPANT.

(*La Vérité*, 19 août 1918.)

UN CABINET DENTAIRE

Nous lisons avec plaisir dans le Figaro la nouvelle suivante et nous nous associons à notre confrère politique pour féliciter l'auteur de cette initiative généreuse.

Un de nos plus généreux abonnés, M. F. Colombel, nous remet,

pour l'*Assistance aux dépôts d'éclopés*, un don de 2.000 francs qui devra être affecté à l'installation, dans un des dépôts de l'œuvre, d'un cabinet dentaire.

Nos services de clinique et prothèse dentaires étaient, au début de la guerre, bien pauvrement organisés; disons qu'ils l'étaient fort mal, et presque aussi mal à l'arrière que sur le front.

De grands progrès ont été réalisés depuis quatre ans. On s'est décidé à organiser le service dentaire aux armées, à faire du dentiste, malgré d'étranges résistances, qu'on ne rencontre plus aujourd'hui, l'auxiliaire respecté du médecin.

L'œuvre de l'*Assistance aux dépôts d'éclopés*, dont on ne louera jamais assez les initiatives multiples et toujours si généreuses, a voulu, elle aussi, faire en ses dépôts une place au dentiste. Elle a installé dans plusieurs de ces dépôts des « cabines » infiniment utiles à ces pauvres éclopés qui passent, et dont chacun comprend un matériel complet de praticien : fauteuil, tour et accessoires, lavabo, thermocautères, vulcanisateur, cuvettes, réchaud, lampes, 260 instruments divers, etc.

Comme beaucoup de dépôts attendent encore cette installation précieuse, et comme le cadeau est d'importance — l'installation coûte 2.000 francs — l'œuvre l'a inscrite sur la liste « des objets les plus demandés dans ces dépôts et cantonnements ».

C'est à cet appel que notre ami répond aujourd'hui.

(*Le Figaro*, 18 août 1918.)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous apprenons avec plaisir les citations suivantes :

BILLET (Pierre), dentiste militaire au 158^e régiment d'infanterie.

« Au front depuis le début de la campagne, a rendu de précieux services au régiment par ses connaissances techniques et son dévouement constant, Le 15 juillet 1918, à la bataille de Champagne, s'est prodigué sans compter auprès des blessés. Le 26 septembre suivant au cours de la progression française, s'est mis spontanément à la disposition du commandant pour procéder à l'interrogatoire des prisonniers allemands. »

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

GAIGNON (Maximilien), dentiste militaire au 43^e régiment d'infanterie coloniale.

« Sur le front depuis le début des opérations, n'a cessé de donner en toutes circonstances des preuves de sang-froid et de complet dévouement. S'est particulièrement distingué dans un groupe de G. B. D. en assurant toujours son service d'assainissement du champ de bataille avec la plus grande bravoure, quelle que soit la violence du bombardement. »

Ordre de la brigade du 28 juillet 1918. — Croix de guerre.

ISNARD (Maurice), soldat au 16^e génie régiment d'infanterie.

« S'est multiplié pendant les périodes actives du 17 au 24 août et du 6 au 20 septembre 1918 pour apporter aux blessés, dans les postes avancés du G. B. D., bombardés à plusieurs reprises par l'ennemi, les soins d'ordre médico-chirurgical que ses études professionnelles le rendaient particulièrement apte à leur donner. »

Ordre de la 128^e division (Service de santé). — Croix de guerre, étoile d'argent.

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

Nous apprenons que notre confrère **M. NOGUÈS (François)**, D. F. M. P. — D. E. D. P., dentiste militaire au 22^e régiment d'infanterie a été blessé et brûlé par obus toxiques pendant l'avance de l'armée Gouraud, dans la nuit du 17 au 18 septembre, à Senuc, dans l'Argonne.

Nous lui adressons nos vœux de prompt rétablissement.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre les décès suivants :

Joseph Bonnafoux.

Hector Lucien Joseph Bonnafoux, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, dentiste militaire, décoré de la Croix de guerre, décédé le 11 octobre 1918 à l'hôpital militaire du Panthéon, à l'âge de 26 ans.

* * *

Bouchet.

Bouchet, dentiste militaire au Val-de-Grâce, décédé à cet hôpital.

* * *

Georges Boulogne.

Georges Boulogne, mécanicien-dentiste au Service de stomatologie du Val-de-Grâce, précédemment au 82^e d'infanterie, décoré de la Croix de guerre, décédé à cet hôpital, le 24 octobre 1918, à l'âge de 39 ans.

* * *

Riant.

Riant, dentiste à Orléans, mobilisé pendant longtemps au Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris, libéré récemment comme appartenant à une vieille classe, décédé en octobre à Orléans.

* * *

Auguste Stocker.

Auguste Stocker, élève à l'Ecole dentaire de Paris, décédé à Berne (Suisse).

* * *

Lucienne Nau.

Lucienne Nau, élève de 3^e année à l'Ecole dentaire de Paris.

décédée de la grippe le 4 novembre 1918, dans sa 23^e année, à Champigny-sur-Marne où a lieu l'enterrement ; les élèves de l'Ecole y sont venus en grand nombre apporter un dernier témoignage d'estime et de sympathie à leur charmante camarade, qui avait su gagner l'affection de tous. M. le Docteur Roy a prononcé sur la tombe de cette excellente et regrettée élève quelques paroles d'adieu en son nom et au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

* * *

Notre confrère M. Hippolyte Dumont vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, M^{me} Yvonne Dumont, née Fafe, décédée le 18 octobre 1918, à l'âge de 24 ans.

* * *

M. Victor Ferrand, père de notre confrère, M. François Ferrand, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, est décédé le 21 octobre 1918, à l'âge de 78 ans.

* * *

Nous adressons à toutes les familles éprouvées nos très sincères condoléances et l'expression de notre sympathie.

CORRESPONDANCE

Un de nos confrères nous adresse la lettre suivante qu'il nous paraît utile de communiquer à nos lecteurs.

Cahors, le 17 octobre 1918.

Monsieur et cher confrère,

Ayant été victime d'un vol important dans mon cabinet, je viens vous demander s'il y aurait possibilité de publier ce qui suit pour servir à faire arrêter des voleurs dont j'ai été victime et qui paraissent exploiter le public en général et les dentistes en particulier.

Voici les faits : le 10 octobre, alors que je terminais des soins à trois personnes (un homme, une femme, un enfant) qui avaient l'air de constituer une famille et, comme je m'absentais de mon cabinet un instant pour aller au laboratoire, ces trois personnes me dérobèrent mon portefeuille qui était dans mon veston suspendu à une fenêtre. Le travail terminé, ces patients partirent, me disant qu'ils passeraient me régler le soir ; mais aussitôt après leur départ je m'aperçus du vol. Je me rendis immédiatement à l'hôte où ils étaient descendus, mais ils étaient partis en oubliant de régler leur note. Ce qui me fait croire qu'ils exploitent les dentistes, c'est qu'ils sont arrivés avec des travaux en cours et partis en ayant d'autres soins à recevoir. Dans l'intérêt public il y aurait utilité à les faire rechercher. Voudriez-vous donc avoir l'obligeance de publier dans *L'Odontologie* le signalement de ces individus ?

L'homme dit s'appeler Debrabant, ingénieur, sorti de l'École des arts et métiers de Lille : 35 ans ; 1^m80, très brun, visage allongé et basané, moustache fine et brune, allure athlétique.

Signalement dentaire. — Bridge-work $\frac{3, 2, 1}{|}$ avec facettes style Richmond sur la canine ; inlay à pivot sur la face postérieure de l'incisive centrale. Incrustation or $\frac{|}{5|}$ face mésiale.

Dents manquantes $\frac{| 4, 6.}{6 | 4, 5, 6, 7}$

La femme, 40 ans environ, 1^m76, figure anguleuse, cheveux châtain-foncé, cicatrice entre le pouce et l'index de la main droite.

Signalement dentaire. — Appareil supérieur en vulcanite $\frac{7, 6, 5, 4, 3, 1}{| 1, 3, 4, 5, 6, 7}$, incisives supérieures très écar-

tées par suite de l'écartement exagéré des latérales; racines soignées $\frac{3, 1 \mid 1}{1}$, $\frac{\mid}{7, 6 \mid 6, 7}$. Emaux Syntreix $\frac{2 \mid 2}{\mid 4, 5}$.

Le fils, Robert, 14 ans environ, cheveux blond-roux, yeux bleus clignotants.

Signalement dentaire. — Dents manquantes $\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$ nouvellement extraites, incisives supérieures chevauchant légèrement les unes sur les autres.

J'ajoute que j'ai porté plainte contre ces individus au parquet de Cahors le 11 octobre 1918.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, etc...

M.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

RÉOUVERTURE DES COURS.

Les cours de l'Ecole dentaire de Paris reprendront le lundi 4 novembre. Nous sommes heureux de constater le grand nombre d'inscription d'élèves que nous avons reçues malgré les circonstances actuelles.

A. F. A. S.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association française pour l'avancement des sciences, est fixée au jeudi 31 octobre 1918, à quatorze heures et demie, dans la grande Sa'le de l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton, 8, Paris, 6^e, avec l'ordre du jour suivant :

I. — Allocution de M. C.-A. Laisant, ancien Président de l'Association.

II. — Rapport de M. Lucien Perquel, trésorier, sur les Finances de l'Association.

III. — Rapport du Secrétaire du Conseil sur les événements de l'année intéressant directement les Membres de l'Association.

IV. — Proposition du Conseil relative à la prorogation des pouvoirs du Bureau et du Conseil pour l'année 1918-1919.

V. — Projet de continuation des Conférences, à Paris et en Province.

VI. — Affaires diverses.

Livre reçu.

Nous avons reçu de M. Joseph Head, de Philadelphie, une brochure en langue anglaise, de 5 pages, traitant du *dosage du vaccin pour l'élimination des germes morbides dans l'injection de la bouche*.

Syndicat de mécaniciens-dentistes.

Les mécaniciens-dentistes (hommes et femmes) viennent de constituer un syndicat qui sera affilié à la Fédération des services de santé. Le bureau a été nommé. Ils ont élaboré leur cahier de revendications comportant la demande de trois francs d'indemnité de vie chère pour les ouvriers et de deux francs pour les apprentis.

L'Aide confraternelle.

Vous qui avez souscrit au 4^e Emprunt, appelé **Emprunt de la Libération**, avez-vous apporté votre obole de **l'Aide Confraternelle** ? Songez que la France est libérée, que la Belgique est libre ; pensez aux pauvres confrères de ces régions dévastées, qui attendent de vous les secours pour refaire leur foyer détruit et pour la restauration de leur cabinet.

Donnez encore, donnez toujours !

N. B. — Les difficultés actuelles nous occasionnent dans la publication de nos numéros des retards que nos lecteurs voudront bien excuser.

L'ODONTOLOGIE

BULLETIN

LA VICTOIRE

C'est avec la joie la plus intense que nous saluons ici les jours de gloire qui viennent de se lever sur la France et sur le monde civilisé ; ils marquent la victoire définitive du Droit et de la Liberté sur la race barbare qui avait rêvé d'asservir toute la terre et qui, pour obtenir ce résultat, avait foulé aux pieds les traités et les engagements les plus sacrés et n'avait pas hésité à mettre toutes les ressources de la science la plus moderne au service d'une sauvagerie qui semblait devoir être disparue depuis l'âge des cavernes et qu'elle s'est appliquée à raffiner encore.

La France, qui a donné, dans cette lutte gigantesque, l'admirable exemple d'un héroïsme inlassable et d'une constance que l'on eût crue impossible dans les si dures épreuves qu'elle a subies, voit se réaliser enfin la réparation de la monstrueuse spoliation qui avait laissé à son flanc une plaie toujours saignante et dont elle a cruellement souffert quarante-huit ans ; l'Alsace et la Lorraine, nos deux chères provinces, d'autant plus chères qu'elles ont plus souffert, sont enfin reconquises ! Saluons ce grand jour qui termine, dans la plus sublime apothéose que nos cœurs aient pu rêver, le drame terrible que nous avons vécu depuis quatre ans et demi.

Gloire à nos admirables soldats qui, par leur courage et leur héroïsme indomptables, ont donné la victoire à la France et sauvé le Monde.

Gloire à nos héroïques alliés venus à nos côtés soutenir le bon combat pour la Liberté !

Gloire à tous les chefs qui, à travers tant de difficultés, ont su conduire à la victoire tous ces vaillants champions du Droit !

Gloire à tous les héros obscurs tombés au cours de ces luttes affreuses pour la défense de la Patrie et dont le sacrifice ne fut pas vain puisqu'il a assuré le triomphe de l'Idée pour laquelle ils donnèrent leur vie !

Gloire à nos confrères, à nos étudiants tombés au champ d'honneur !

Si le souvenir de tous ces morts jette un voile de deuil sur notre joie d'aujourd'hui, il lui donne aussi un caractère de grandeur encore plus sublime par l'esprit de sacrifice qui l'illumine.

A tous, aux vivants comme aux morts, disons notre éternelle reconnaissance !

Avec la fin de cette horrible tuerie déchaînée par la barbarie et la fourberie germaniques, le monde va reprendre bientôt son labeur pacifique. Il importe que sur ce terrain la France ne reste pas en arrière et que, de même qu'elle a su être au premier rang dans l'œuvre de guerre, elle soit au premier rang dans toutes les œuvres de paix : commerciales, industrielles, littéraires, scientifiques et autres.

Sachons nous garder des erreurs de divers ordres qui avaient risqué de nous précipiter aux abîmes et que les leçons des cruelles épreuves que nous venons de traverser ne soient pas perdues pour les générations présentes et à venir.

La concurrence vitale va se transporter sur un autre terrain, les Français doivent tenir à honneur de s'y montrer supérieurs.

Dans le champ particulier réservé à leur activité, les dentistes français doivent se souvenir que leur pays fut le berceau de l'Art dentaire; aussi chercheront-ils à s'y assurer la première place par une émulation légitime, basée sur un travail toujours plus assidu, des études, des recherches toujours plus approfondies

dans le domaine technique comme dans le domaine scientifique ; la Science française doit affirmer sa suprématie sur ce terrain comme sur tant d'autres.

Aujourd'hui soyons tout à la joie, nos cœurs sont en fête : Le jour de gloire est arrivé ! Mais demain recommencera la lutte féconde du progrès : dentistes français, au travail ! pour la Science, pour la France !

L'ODONTOLOGIE.

AU GOUVERNEMENT ET AUX ARMÉES

Adresse du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la
Fédération dentaire nationale.

Les Bureaux des Groupements de l'Ecole dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale syndicale des Dentistes de France et de la Fédération dentaire nationale, réunis en séance le vendredi 15 décembre 1918, ont décidé, à l'occasion de la signature de l'armistice qui met fin aux hostilités, de s'associer aux manifestations patriotiques de tous les corps scientifiques et professionnels français, en faveur de nos glorieuses armées qui ont, pendant plus de quatre années, résisté à l'invasion des hordes ennemies et ont réussi par leurs brillantes victoires, avec l'aide de nos vaillants alliés, à les chasser de France et à assurer ainsi, par le triomphe définitif du droit sur la force, un avenir de paix et de justice sur l'humanité.

Ils envoient un souvenir ému à la mémoire de tous nos héroïques soldats morts au champ d'honneur qui, par le sacrifice de leur vie, ont contribué à obtenir cette grande victoire, et parmi lesquels figurent de nombreux confrères.

Ils sont fiers aussi de constater que le corps professionnel des dentistes français et ses écoles ont tenu avec honneur leur place dans la défense nationale, comme l'ont signalé les rapporteurs officiels près du Gouvernement et du Parlement dans la loi et les décrets organisant les services dentaires militaires.

Ils adressent au Gouvernement, à l'éminent président du Conseil M. G. Clemenceau et au généralissime M. le maréchal Foch, ce témoignage de la respectueuse admiration et de la grande reconnaissance de leurs groupements professionnels.

*Le Président
de la Fédération dentaire nationale,
BLATTER.*

*Le Président de l'Association
générale syndicale des dentistes de France,
BIOUX.*

*Le Président du Groupement
de l'Ecole dentaire de Paris,
D^r GODON.*

*Le Président
de la Société d'odontologie,
JEAY.*

En réponse à cette adresse le Président du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a reçu la lettre suivante, ainsi qu'une carte de remerciements du maréchal Foch, commandant en chef des armées alliées.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE LA GUERRE.

Paris, le 4 décembre 1916.

Monsieur le Président,

Le Président du Conseil a été très sensible aux félicitations que vous avez bien voulu lui adresser à l'occasion de la victoire. Il me charge de vous exprimer, ainsi qu'aux membres de vos différents groupements, ses plus vifs remerciements.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le chef du Secrétariat particulier.

*
*
*

Nous avons reçu également de nombreux télégrammes et lettres de félicitations de nos confrères étrangers à l'occasion de l'armistice et de la grande victoire des Alliés, notamment du D^r Etchepareborda (de Buenos-Ayres), du D^r Dubeau (de Montréal), du D^r Kirk (de Philadelphie), du D^r Brophy (de Chicago), des D^{rs} Aguilar, Subirana, Losada, Valderrama (de Madrid), d'un groupe de confrères espagnols, etc.

Nous leur avons adressé, au nom de nos Groupements, nos plus sincères remerciements.

FÊTE DES ELÈVES DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS POUR L'ARMISTICE

Le 11 novembre, dès que la nouvelle de la signature de l'armistice fut connue dans Paris, les élèves de l'Ecole dentaire de Paris tinrent à manifester leur joie et à exprimer leur reconnaissance envers la Patrie. Ils organisèrent, dans la grande salle de dentisterie opératoire, une réunion pleine d'un chaleureux enthousiasme, qui groupa tous les élèves de l'Ecole. Quelques-uns d'entre eux ayant apporté des instruments de musique, c'est par des danses, des rondes, de joyeux chants qu'ils fêtèrent la victoire de la France ; un concert vint ensuite.

Le Directeur de l'Ecole, M. Godon, et MM. G. et H. Villain, professeurs, étaient présents à cette manifestation. Le Président-Directeur, au nom de la Direction de l'Ecole dentaire, salua les Armées victorieuses et rendit hommage aux étudiants et aux dentistes militaires morts au Champ d'Honneur, qui, par leur dévouement et leurs soins éclairés, ont allégé les souffrances des blessés et ont bien souvent versé leur sang en portant secours à leurs camarades.

Les paroles de M. Godon furent longuement applaudies par les élèves. M. Fournier, élève de 3^e année, remercia le Directeur au nom de ses camarades, qui entonnèrent la *Marseillaise*.

Après de nouvelles rondes et de nouveaux chants, les élèves sortirent en un joyeux monome qui défila sur les boulevards et se mêla à la foule qui fêtait la victoire et qui les acclama chaleureusement.

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

A l'occasion de la signature de l'armistice, le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face de l'Ecole dentaire de Paris a offert, le 15 novembre, une collation aux blessés en traitement au Dispensaire militaire.

M. le D^r Maurice Roy, président du Comité, dans une courte et chaleureuse allocution, a exprimé les remerciements et la reconnaissance de toute la France pour les braves soldats blessés pour la défense de la Patrie et qui ont si glorieusement contribué à la grande et belle Victoire que le monde civilisé célébrait ce jour-là. Il leur a souhaité à tous une prompté guérison et un prompt

retour dans leur foyer, auprès de leur famille. Prenant texte de la présence à cette fête d'une charmante fillette atrocement mutilée par les procédés de guerre germaniques et en traitement dans le service, il a dit que, la guerre terminée, il ne fallait pas oublier la sauvagerie de nos ennemis et que l'exemple de cette pauvre enfant devrait contribuer à conserver dans leur cœur une haine légitime envers cette race barbare. Il a terminé en buvant à la gloire du soldat français.

M. le D^r Godon, en quelques mots, a remercié, au nom de l'École dentaire de Paris, les confrères qui avaient depuis le début de la guerre assuré le fonctionnement du service des blessés au Comité de secours créé par cette institution.

Le capitaine Courvoisier, au nom des blessés, a remercié tous nos confrères, ainsi que nos infirmières, des bons soins et des égards dont ils étaient l'objet dans le service et il leur a dit la reconnaissance de tous les blessés.

Chacune de ces allocutions a été suivie d'applaudissements et de bans répétés, puis du chant de la *Marseillaise*. Un toast du D^r Roy aux vaillants alliés de la France, représentés par le capitaine Leplat, de l'armée belge, en traitement au Comité, a été salué par le chant de la *Brabançonne*.

Bonne et belle réunion où les cœurs de tous les assistants ont battu à l'unisson d'une même joie patriotique.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DISCOURS DU PROFESSEUR HAYEM.

Nous sommes heureux de reproduire ici la belle allocution prononcée, le 12 décembre, par le professeur Hayem, président de l'Académie de médecine en ouvrant la séance de cette société; on ne saurait mieux exprimer les sentiments qui animent tous les Français en ces jours d'allégresse.

Monsieur le Président, Chers collègues,

Pendant plus de quatre ans nous avons vécu dans l'angoisse, nous avons tous fait des sacrifices et beaucoup d'entre nous ont subi des pertes fort douloureuses. Aujourd'hui, nos poitrines se dilatent, nos cœurs palpitent, une joie immense nous envahit : nos morts sont vengés ; nos armes sont victorieuses ! (*Applaudissements.*)

Je vois Mars s'enfuir en jetant au loin son glaive ensanglanté

et sa torche incendiaire, tandis que Thémis s'approche, sa balance à la main. J'espère qu'on n'y mettra pas de faux poids. (*Très bien!*)

La France, rayonnante d'humanité et de gloire, s'avance couronnée de lauriers. Elle s'appuie sur des nations alliées parmi lesquelles j'admire particulièrement les deux plus petites, devenues grandes par leurs vertus : la courageuse et irréductible Belgique, qui a préféré les risques d'une totale destruction à une capitulation déshonorante (*Applaudissements*) ; la Serbie, qui, après avoir subi avec dignité et une indomptable énergie les plus affreux désastres, renaît aujourd'hui de ses cendres et soutiendra, dans l'Orient sauvage et ténébreux, le flambeau de la civilisation latine. (*Applaudissements.*)

A la tête du cortège et le guidant, marche, le front haut et le regard clair, un homme de ma génération qui a vécu 1870 et n'a pas oublié.

Ce vieillard, magnifique de volonté et d'endurance, d'un vibrant patriotisme, a délivré le pays des ennemis embusqués à l'arrière et de la souillure des barbares.

Nous pouvons nous féliciter qu'un tel homme, qui tiendra une splendide place dans l'histoire, appartienne à notre corporation. Nous lui offrirons avec enthousiasme une place parmi nous comme une modeste marque de notre admiration et de notre reconnaissance, et nous serions fort honorés s'il se montre sensible à cette manifestation. (*Très bien!*)

Quel admirable pays que le nôtre !

Quand la patrie est en danger, ses enfants se lèvent d'un même élan et quel qu'en soit le rang social, fidèles à la tradition française, ils se transforment en héros.

Mais il faut aux masses humaines des meneurs d'hommes ; alors se lève un chef qui incarne pour ainsi dire l'âme de la Patrie.

En 1870, ce fut Gambetta. Grâce à lui, la France tomba noblement, en conservant son honneur et, par là, fut préparé le triomphe d'aujourd'hui, car c'est le rayonnement de notre idéal de justice et de libéralisme qui a groupé autour de nous les peuples les plus civilisés de l'Ancien et du Nouveau Monde.

Actuellement, c'est notre grand premier, qui, doué de toutes les brillantes qualités de notre race, nous a conduits à la victoire. Quel mot prestigieux viens-je de prononcer ! il a dans l'espèce une signification immense, prodigieuse.

Vaincus par la force brutale, démembrés, appauvris et surtout démoralisés, nous sombrions au rang d'une petite nation et, ce qui est plus grave, une des plus vives lumières du monde pâlis-

sait, la civilisation subissait un funeste recul. Triomphante, la France, confiante dans ses forces et dans son avenir, appuyée sur les nobles nations qui partagent son idéal, brille d'un éclat nouveau et se place à la tête du mouvement qui libérera le monde de l'oppression exercée sur maints peuples par une autocratie rétrograde. Car, il n'y a pas à en douter, nous sortons du conflit qui était inévitable entre les démocraties modernes et les derniers des autocrates oppresseurs de peuples. Et il fallait que ce conflit fût vidé pour permettre aux groupements humains de suivre leur évolution vers un meilleur état social d'humanité et de justice.

Comment peut-il y avoir des Français — ils sont heureusement, je l'espère, peu nombreux — n'éprouvant pas la joie ineffable de la victoire ?

J'ai entendu dire par quelques-uns : « Qu'importent les poteaux-frontière ; les hommes ne sont-ils pas frères de part et d'autre ? » Comment, ils ne voient pas que d'un côté règne la liberté, de l'autre l'asservissement ! En temps de guerre, on peut les traiter de fous ou de criminels ; ce sont à coup sûr, quand ils sont sincères, des théoriciens incapables de saisir les conditions essentielles qui président à l'évolution acheminant les sociétés modernes vers une humanité supérieure.

Cette évolution n'a pu s'accomplir, hélas ! sans d'affreuses hécatombes. Souhaitons qu'elles soient les dernières.

Les événements gigantesques qui viennent de s'accomplir et qui vont entraîner un remaniement complet de l'Ancien Monde, sont le début d'une ère nouvelle. Ils ont déjà donné lieu à maintes publications intéressantes et seront pendant longtemps encore le principal sujet des méditations des historiens et des penseurs.

Ils comportent de précieux enseignements, même pour les hommes de science et pour les médecins, et je me propose de vous faire part de quelques-unes de mes réflexions au moment où bientôt je serai parvenu au terme du mandat que vous m'avez confié.

Pour le moment, tout entier à mon émotion patriotique, je me contente d'acclamer avec vous la France immortelle et triomphante, ainsi que nos héroïques soldats et leurs principaux chefs Clemenceau et Foch, les libérateurs de la Patrie. (*Applaudissements*)

Je salue aussi, avec attendrissement, la libération de la noble et fidèle Alsace-Lorraine. (*Applaudissements.*)

Vive la France ! (*Applaudissements prolongés.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LA PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE AUX ARMÉES.

PAR MM.

le Médecin Aide-Major, L. SOLAS,
Chef du Service de Prothèse du Centre maxillo-facial de la ... armée.
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

et O. MARIE,
Dentiste militaire.

Le rôle du prothésiste dans les centres maxillo-faciaux dans la zone de l'avant diffère sensiblement de celui qu'il est appelé à remplir dans la zone de l'intérieur.

Dans cette zone, le blessé ne quitte le centre maxillo-facial que lorsque son état est considéré comme définitif; il sort guéri, classé dans le service auxiliaire ou réformé. La durée du traitement est pratiquement illimitée.

A l'Avant, le blessé ne fait que passer à l'ambulance les quelques jours nécessaires à le rendre transportable.

A l'Intérieur, le blessé arrive ayant traversé toute une période dangereuse, les périls immédiats qui menaçaient sa vie sont conjurés. Le prothésiste peut dans la majorité des cas commencer ses soins presque immédiatement; n'étant pas obligé d'évacuer rapidement ses blessés il confectionne à loisir les appareils, il assure la réduction et la contention des fractures maxillaires, il collabore avec le chirurgien pour les autoplasties, les ostéotomies ou les greffes, préparant les différents appareils qui seront les soutiens ou les guides de ces opérations.

A l'avant c'est dans les vingt-quatre premières heures de la blessure que le patient arrive au centre.

A ce moment il est rare que le prothésiste puisse commencer à travailler sans délai. La respiration compromise, la blessure de vaisseaux importants, la présence de projectiles inclus dominant la situation. Le chirurgien, seul res-

ponsable de la vie du blessé, décide du moment où la prothèse peut intervenir sans danger pour le patient.

Au bout de quelques jours enfin, le blessé hors de danger et reposé est en état de supporter les fatigues de la prise d'empreinte et de la pose des appareils. Mais, déjà les lits disponibles sont rares, on prévoit de nouvelles arrivées ; il faut de toute nécessité aller vite. Dans trois ou quatre jours le blessé devenu transportable devra quitter le Centre.

LA PROTHÈSE DOIT
ÊTRE SIMPLE.

Dans ces conditions il n'est pas possible de combiner et construire des appareils compliqués, les nécessités de la situation imposent l'emploi d'appareils simples.

FIXE.

Les appareils de réduction-contention, doivent résister aux contractions musculaires puissantes qui tendent à reproduire les déviations corrigées, ils doivent donc autant que possible être fixés aux dents restantes.

FACILE A NETTOYER.

D'autre part nos appareils sont placés dans un milieu naturellement infecté. Nous devons donc éviter de couvrir les muqueuses afin de permettre un nettoyage facile.

FACILE A POSER.

Nous devons penser également que nous avons affaire à des blessés récents, affaiblis par la perte de sang, par la dénutrition, et souvent par l'anesthésie générale. Nous devons éviter les séances longues et fatigantes et par conséquent construire des appareils dont la pose soit facile et rapide.

En partant de ces différents principes nous sommes arrivés à employer couramment un type d'appareil qui nous paraît répondre aux exigences de la prothèse aux armées.

L'appareil que nous employons couramment est une gouttière en caoutchouc vulcanisé noir, de construction *simple* et rapide ; les différents accessoires qui entrent dans sa composition, fils de renforcement, petit tube fileté, vis à pointeaux, petits crochets, sont faits en série à l'avance à l'atelier de prothèse (fig. n° 1). De petits pointeaux à tête carrée fixés sur les parties latérales de la gouttière permettent de l'ancrer solidement dans les espaces interdentaires¹.

Elle est largement ouverte sur la face triturante. Les faces latérales découvrent complètement les muqueuses, sauf au niveau de petits points très limités correspondant à l'emplacement des vis à pointeaux. Au niveau des dents de bouche la gouttière est en général réduite à un ou deux gros fils de maillechort reliant les deux parties latérales. Des ligatures en fil de laiton viennent assurer, si le besoin

NOTA. — 1. Le serrage des pointeaux est un des temps les plus importants de la mise en bouche des gouttières. Cette question a été étudiée spécialement par un de nos collaborateurs les plus compétents, M. le dentiste militaire LENTULO.

Ce dernier a fait construire à cet effet une clef à cliquet qui permet de serrer rapidement les pointeaux par un mouvement de va et vient et d'employer des écrous à tête carrée. Elle est bien supérieure à la clef d'Angle, qui dans des endroits d'accès difficile s'accommode assez mal des écrous à tête carrée. Ces derniers en effet exigent qu'à chaque prise de la clef, la rotation ait une amplitude d'un quart de tour au moins pour que le serrage s'effectue commodément. Pratiquement il n'est pas rare que l'amplitude de la rotation à chaque prise soit de beaucoup inférieure à 90°.

Cette amplitude est en effet limitée par les tissus mous qui encombrant le vestibule et par la réduction plus ou moins grande de l'orifice buccal. On est donc conduit avec la clef d'Angle à employer des écrous à six ou huit pans, d'une construction plus difficile et dont les arêtes s'émoussent rapidement. La clef à cliquet permet de serrer des écrous avec une amplitude de rotation très faible d'environ 20°. Cette amplitude, qui dépend du nombre de dents de la molette, pourrait être encore abaissée (fig. n° 2).

s'en fait sentir, un ancrage supplémentaire à ce niveau. Ce mode de construction permet un nettoyage aussi facile qu'il est possible.

Indication de la gouttière. — Dans les fractures médianes ou latérales du maxillaire inférieur une gouttière est suffisante en général lorsqu'il reste des dents sur tous les fragments pour contenir la fracture.

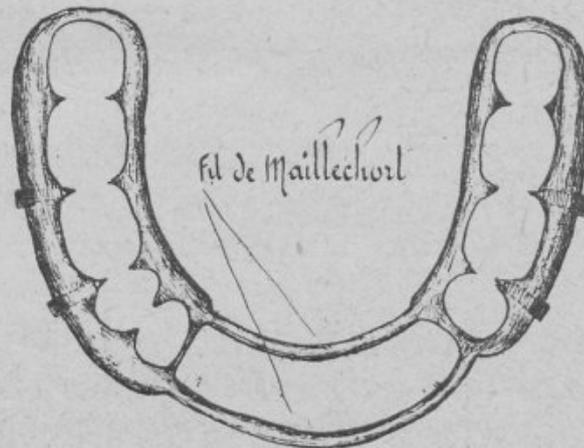


Fig. 1. — Gouttière à pointeaux.

Dans les fractures rétro-dentaire, deux petites gouttières de ce genre placées, l'une sur le maxillaire inférieur, l'autre sur le supérieur, permettent d'installer une force intermaxillaire ou un blocage.

Cet appareil découvrant les traits de fractures dans la mesure du possible n'est pas un obstacle pour une esquillectomie dont l'indication se pose quelquefois, dans les premiers jours qui suivent la blessure. Nous avons eu l'occasion d'en faire l'expérience avec le Chirurgien, chef du Centre.

Nous avons comparé ce mode d'appareillage avec la méthode d'Angle et nous avons peu à peu abandonné l'emploi des bagues à écrou. Celles-ci, en effet, sont d'un emploi assez délicat en prothèse maxillo-faciale, elles nécessitent un temps de pose toujours long et pénible pour

l'opérateur et surtout pour le blessé. L'expérience faite à maintes reprises nous a montré qu'il faut compter environ une heure et demie pour mettre en place les quatre bagues d'Angle, les deux arcs et une douzaine de ligatures en fil de laiton. La pose de deux gouttières à pointeaux demande environ un quart d'heure. La comparaison ne permet pas d'hésiter un instant lorsqu'il s'agit, pour un résultat semblable, d'éviter au blessé une séance aussi pénible.

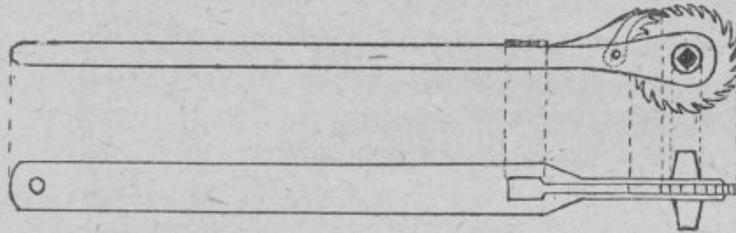


Fig. 2. — Clé pour le serrage des pointeaux.

Dans tout ce qui précède nous avons eu en vue les cas moyens, ceux qui forment la majorité de notre pratique journalière. Il est de grands délabrements qui échappent à l'appareillage type que nous venons de décrire : la multiplicité des fragments, l'étendue des lésions, le manque de points d'appui intra-buccaux, viennent solliciter d'autres solutions moins simples et moins schématiques que celles dont il vient d'être parlé. Il n'en reste pas moins que l'adoption dans la mesure du possible d'un appareil type, facile à construire et à poser, permet l'évacuation rapide des blessés.

Il y a entre cet appareil et toute la série des gouttières les plus ingénieuses et les plus diverses la même différence qu'on observe en chirurgie entre une opération réglée et une opération atypique.

Le rendement, qui est le critérium et le but du prothésiste aux armées, est notablement augmenté par cette méthode ; la durée moyenne de l'appareillage est ainsi réduite à trois ou quatre jours ; elle peut être encore abaissée en cas d'urgence et, ce qui est capital, à notre avis,

le patient supporte de cette façon le minimum de douleur et de fatigue.

Quel est le sort réservé aux appareils construits à l'avant ? Nous savons, pour avoir collaboré dans un Centre de l'intérieur, que l'évolution des blessures impose souvent de nouvelles interventions chirurgicales.

Les rétractions cicatricielles d'autre part qui commencent à s'établir viennent démontrer l'insuffisance des premiers appareils.

Nous pensons donc que relativement peu de nos blessés iront jusqu'à la guérison complète avec nos appareils.

Nous estimons cependant qu'un Centre maxillo-facial qui, après quelques jours d'hospitalisation, évacue ces blessés transportables, réduits en bonne position, a rempli son rôle. Il ne peut ni ne doit faire plus sous peine d'encombrer ses lits et sans empiéter sur les attributions des Centres de l'intérieur.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PHYSIQUE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

(Résumé de la leçon d'ouverture du Cours de Physique, le 7 novembre 1918).

PAR M. Marcel BOLL,
Professeur agrégé de l'Université,
Docteur ès-sciences,
Ingénieur électricien.

En prenant possession de cette chaire, je ne veux pas manquer de rendre hommage à mon prédécesseur, le commandant Serres, Chevalier de la Légion d'honneur, ancien élève de l'École Polytechnique, professeur de sciences à l'École Jean-Baptiste Say, qui, pendant de longues années, s'est prodigué ici avec un inlassable dévouement et qui a résumé son enseignement dans le petit manuel de la collection publiée par votre éminent Directeur, le Docteur Charles Godon.

L'enseignement que j'inaugure a été fixé par les programmes de 1909, mais il ne devait avoir sa pleine réalisation qu'en 1914, c'est-à-dire à un moment où le salut de la Patrie sollicitait tous nos efforts et toute notre énergie. Cet enseignement se propose un but rapproché, celui de vous préparer à l'examen de validation du stage que vous allez passer devant la Faculté de Médecine. Mais il a aussi des visées plus hautes : vous faire comprendre et bien connaître les principes généraux de mécanique et de physique utiles dans la profession dentaire ; principes qui trouvent leur application, d'une part dans les lois de la physique et de la mécanique biologiques, d'autre part dans l'étude de l'instrumentation dentaire, qui n'appartient à aucun autre cours et qui se rattache tout naturellement à l'enseignement dont je suis chargé. Seule la connaissance des principes scientifiques vous permettra de vous servir intelligemment des appareils que vous aurez entre les mains ; seule elle vous permettra de comprendre, au fur et à mesure

de leur apparition, les perfectionnements ultérieurs, dont l'application judicieuse peut grandement influencer sur votre succès dans la carrière à laquelle vous vous destinez.

La physique étant la science de l'énergie, je ne crois pas pouvoir mieux faire qu'en consacrant cette leçon d'ouverture à une vue d'ensemble sur les transformations de l'énergie, en les illustrant d'exemples choisis parmi ceux qui doivent plus spécialement vous intéresser.

L'exemple le plus simple nous est fourni par la considération du travail nécessaire pour soulever un poids quelconque à une hauteur donnée ; inversement l'eau contenue dans un réservoir à une certaine hauteur possède, à l'état de réserve, à l'état « potentiel », une certaine énergie de gravitation, une *énergie gravifique*, qu'on utilise souvent, lorsqu'on n'a pas une distribution d'eau à sa disposition.

L'énergie de mouvement ou *énergie cinétique* est une seconde forme de l'énergie, dont les applications sont nombreuses. Mais aucune peut-être n'atteint, pour vous, l'importance de l'*énergie élastique*, qu'il s'agisse de déformer des corps mous ou plastiques (tels que la gutta-percha ou certains aliments) ou qu'on se propose de courber certains corps élastiques, comme les ressorts, ou d'en rompre certains autres (tels les dents ou les amalgames) au moyen d'un effort de cisaillement, généralement fourni par l'intermédiaire d'une fraise tournant à grande vitesse ; c'est aussi à l'énergie élastique que se rattachent les emplois multiples des gaz raréfiés et comprimés.

La chaleur ou *énergie calorifique* apparaît souvent dans des phénomènes que nous aurons à étudier en détail, comme dans le choc des masso-vibrateurs ou dans le frottement des divers instruments ; n'oublions pas que c'est l'énergie calorifique qui fait mouvoir les machines à vapeur et les divers moteurs plus récents qu'utilise l'industrie.

L'*énergie rayonnante* se propage sous forme d'ondes, dont la vitesse de propagation atteint 300.000 kilomètres par seconde ; et la physique moderne considère comme

identiques la lumière qui impressionne notre rétine, la chaleur rayonnante émise par un radiateur, les rayons ultraviolets qui agissent sur la plaque photographique, les rayons X dont vous aurez à connaître les applications dentaires et les oscillations électriques, sur lesquelles s'appuie la télégraphie sans fil.

L'énergie électrique, utilisée sous forme de courant, a révolutionné l'industrie et n'a pas tardé à franchir le seuil du cabinet et du laboratoire dentaires : le galvano-cautère, les diverses applications de la lumière électrique, les moteurs pour le tour et la machine à fraiser, la soufflerie électrique, le téléphone,... se sont implantés un peu partout, car l'électricité se présente comme un intermédiaire précieux entre toutes les formes de l'énergie, à la fois par sa grande facilité d'obtention et de transformation. Je n'insiste pas sur les applications médicales, comme l'ionisation et l'électro-diagnostic.

Enfin *l'énergie chimique*, à laquelle on peut rattacher la dissolution et les changements d'état physique, trouve des applications multiples, puisque les êtres vivants sont constamment le siège de phénomènes chimiques et que les antiseptiques, les anesthésiques,... comptent parmi les plus puissants modes d'action sur l'organisme.

Toutes les espèces d'énergies peuvent être décomposées en deux facteurs, le facteur de quantité et le facteur d'action : la hauteur, la vitesse, la force, la pression, la température, la différence de potentiel, l'affinité sont les différents facteurs d'action qui correspondent respectivement aux formes de l'énergie que nous venons de passer sommairement en revue. Le facteur d'action a une importance essentielle, liée au fait suivant : pour qu'il se passe quelque chose dans la nature, pour qu'il puisse y avoir transformation de l'énergie, il est nécessaire qu'il y ait une différenciation du facteur d'action entre deux points du système que l'on considère.

Les transformations de l'énergie obéissent à deux lois absolument générales, les deux principes de la thermody-

namique, qui sont : le principe de la conservation de l'énergie, qui constate que l'énergie interne reste constante, dans un système isolé et le principe de la dissipation de l'énergie, qui proclame que l'énergie utilisable diminue. Ces principes sont indispensables à connaître pour évaluer le rendement d'une transformation quelconque ; et ils montrent la stérilité des efforts des inventeurs, qui poursuivent la réalisation du mouvement perpétuel de première ou de deuxième espèce.

Telle est la vue d'ensemble que nous donne la science moderne sur les différents phénomènes du monde inorganique et aussi du monde organique ; je suis persuadé que cet aperçu général vous sera d'un grand secours pour comprendre les relations qui existent entre les divers faits particuliers que vous aurez besoin de connaître et dont l'étude fera l'objet des leçons qui vont suivre.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

DEUX PROCÉDÉS DE TECHNIQUE

Par Aug. MAMAN,
Dentiste militaire.

1° Procédé du bord mou pour succion.

Lorsque nous avons recours à la cavité du vide par la rétention des appareils supérieurs, il arrive que le bord en caoutchouc dur entourant la chambre de vide blesse et rend le port de la pièce intolérable.

Pour remédier à cet inconvénient nous employons depuis de longues années un procédé qui a en outre l'avantage d'augmenter considérablement l'adhérence de l'appareil et dont la technique est des plus simples.

La pièce étant en moufle et la cire enlevée, faire autour du plomb (s'il n'est déjà fait) un petit sillon d'un millimètre 1/2 de largeur et de profondeur.

Badigeonner ce sillon avec une dissolution de vèla mou dans de la benzine ou du chloroforme.

Découper une petite bande de vèla correspondant au sillon et suffisamment longue pour faire complètement le tour du plomb.

Placer cette bande autour du plomb où elle adhérera parfaitement grâce à la dissolution et bourrer la pièce comme à l'ordinaire.

Bien veiller à ce que la bande de caoutchouc mou ne dépasse pas la hauteur du gabarit de succion et prendre des précautions pour éviter le déchirement du bord mou pendant la sortie du moufle, la terminaison de l'appareil et le polissage.

Il sera bon de n'enlever le plomb qu'après le travail terminé.

Les petits soins que demande ce procédé sont largement compensés par le résultat obtenu.

2° Inlays en amalgame.

Le matériel rudimentaire des cabinets de garnison nous laisse souvent dans un grand embarras en présence de certains travaux : la reconstitution partielle d'une molaire par exemple.

Comment effectuer convenablement ce travail sans digue, clamps, porte-coton, pompe à salive, matrice de contour, etc...

Certains d'entre nous ont apporté avec eux une partie de leurs instruments personnels.

Mais pour ceux qui sont réduits au strict matériel réglementaire nous allons indiquer un procédé permettant de faire un bloc suffisamment solide et que l'expérience de cas multiples recommande tout particulièrement à leur adresse : ce sont les inlays en amalgame.

La cavité sera préparée suivant l'usage et l'empreinte prise avec du godiva qu'on laissera bien prendre ou encore avec de la cire à cacheter.

Si des pivots sont nécessaires il seront faits en maillechort.

Dans le modèle en plâtre obtenu on confectionnera une obturation en amalgame reconstituant les parties manquantes et englobant les pivots s'il y en a.

On laissera durcir jusqu'au lendemain. Le bloc s'enlèvera facilement. Il ne restera plus qu'à faire quelques points de rétention, à polir et à fixer.

Les avantages de ce procédé sont appréciables :

- 1^o Il ne nécessite aucun matériel spécial.
 - 2^o Il facilite l'exécution et la solidité de l'ensemble.
 - 3^o Le retrait de la masse est compensé par le ciment fixateur.
 - 4^o Le patient n'aura pas à revenir pour le polissage et la mastication ne risquera pas d'entraîner une partie de la matière obturatrice si elle s'exerce avant le durcissement complet de l'amalgame.
-

CONGRÈS DENTAIRE INTER-ALLIÉS

C. D. I. A.

10-11-12-13 novembre 1916.

VIENT DE PARAÎTRE :

« *Comptes rendus du Congrès dentaire inter-alliés* »

Ouvrage de plus de 1.500 pages, illustré de mille (1000) figures contenant les rapports, les communications, les présentations et démonstrations avec leurs discussions ; le compte rendu de la très belle exposition, les vœux et les diverses circulaires ministérielles intéressant les services dentaires à l'armée.

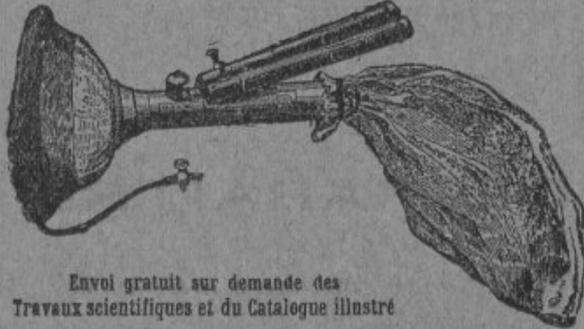
Le nombre des volumes disponibles pour la vente est limité.

Les confrères n'ayant pas adhéré au Congrès qui désirent recevoir le volume des comptes rendus peuvent adresser d'urgence leur souscription au trésorier : M. H. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

N. B. — Le prix du volume est fixé momentanément à 30 francs.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

SÆMNOFORME



Ampoules de 5 et 3 cc
pour une dose —
Boîtes de 6 et 12 ampoules.
Flacons métalliques
étanches par 90, 250
et 500 grammes.

**Masque anesthésique
Le PHYSIOLOGIQUE**

BREVETÉ S. G. D. G.

Répondant à toutes les
conditions d'Hygiène
et de Commodité.

Envoi gratuit sur demande des
Travaux scientifiques et du Catalogue illustré

A. ROUSSEAU, 4, Place Tartas, BORDEAUX (France). Tél. 2082

REVUE DES REVUES

UNE MAUVAISE DENTITION MATERNELLE PEUT RETARDER L'ACCROISSEMENT PONDÉRAL DE L'ENFANT (ANTE ET POST-PARTUM)

La carie dentaire est le symptôme le plus constant de la décalcification qui s'observe chez certaines femmes enceintes et chez certaines nourrices.

A son tour, la carie et ses complications peuvent retentir sur l'état général de la mère et, partant, de l'enfant: une mastication douloureuse est un facteur de dénutrition; de même une infection buccale grave retentit forcément sur le métabolisme.

Mais, à côté de ces cas bien tranchés, il faut savoir que des infections péri-dentaires latentes peuvent causer un trouble de la gestation ou un déficit de la fonction mammaire. Le P^r DE LEE. *Bull. of the Lying-Hosp of the city of N. Y.* janvier 1917) a beaucoup insisté sur ce que des foyers infectieux plus ou moins latents peuvent déclencher un avortement infectieux par voie hématique et, parmi de tels foyers, il cite les infections buccales.

Un stomatologiste anglais, M. Spencer Pierrepont (*Lancet*, 2 juin 1917 p. 837), se fondant sur les recherches générales de Ballantyne, pense que les toxines provenant de la bouche maternelle peuvent agir sur le fœtus. D'après lui, si, chez certaines multipares, l'état des enfants à la naissance, bon chez les premiers, va de mal en pire au fur et à mesure des gestations, il faut incriminer souvent une septico-toxémie, d'origine dentaire, en voie d'aggravation progressive au moins aussi souvent que l'épuisement par des gestations répétées.

Il n'est évidemment pas impossible qu'une gêne prolongée de la mastication ou une production sans cesse renouvelée de toxines ne puisse agir sur l'œuf et déterminer soit une interruption prématurée de la gestation¹, soit un déficit pondéral du fœtus à la naissance, soit encore un déficit de sa valeur physiologique se traduisant par des troubles digestifs précoces.

En ce qui concerne l'allaitement, les effets nocifs des maladies

1. M. SPENCER PIERREPONT va même plus loin et il se demande si les poisons d'origine buccale n'ont pas un rôle dans la genèse des convulsions éclamptiques et des toxémies gravidiques.

dentaires sont très nettement établis par le travail de M. Spencer Pierrepont et aussi par celui de M. Harold K. Valler. (*Lancet*, 4 novembre 1916, p. 785). D'après cet excellent pédiatre, il faut penser à une infection dentaire en présence de tout arrêt d'accroissement qui n'est dû, 1^o ni à une erreur de diététique infantile, 2^o ni au fait que l'enfant est trop couvert et mal ventilé, 3^o ni à l'insuffisance physiologique de la mère ¹. On examinera alors la dentition de la mère, ou plutôt *on la fera examiner par un stomatologiste compétent*. Il n'est pas rare dans ces cas qu'il existe d'autres conséquences de l'infection dentaire : rhumatisme, angines à répétition, mauvaise haleine matutinale, céphalée, œdème facial, indigestion, perte d'appétit. Il ne faut pas s'en laisser imposer par une mâchoire bien entretenue, car souvent de belles couronnes recouvrent des foyers très infectés.

Si, alors, on pratique les avulsions nécessaires, 1^o on verra une augmentation rapide du poids ; 2^o la mère pourra nourrir beaucoup plus longtemps qu'on n'avait pu l'espérer.

M. Valler rapporte l'observation d'une femme qui avait une fistule dentaire et dont l'enfant, d'ailleurs gros, ne profitait pas : sa courbe prolongée aurait coupé la courbe normale pour descendre au-dessous. L'avulsion des dents fut suivie d'une amélioration immédiate.

Dans un autre cas, l'enfant vomissait, son poids était très inférieur à la normale et la sécrétion lactée allait en diminuant. L'avulsion de nombreux chicots arrangea tout de suite l'état de la mère et de l'enfant.

Dans une troisième observation, il s'agissait d'une femme qui n'avait jamais pu nourrir au delà de trois mois. On essaya par diverses précautions de lui permettre de continuer l'allaitement et cela sans succès jusqu'au jour où l'on pratiqua six extractions de dents. Cette femme put continuer à donner le sein jusqu'à dix mois.

De même M. Spencer Pierrepont rapporte succinctement vingt observations où les enfants étaient atteints de cachexie et où les mères avaient des caries, des gingivites, des calculs salivaires, de la pyorrhée, des dentiers défectueux. Certaines avaient très peu de lait ; quatre n'en avaient plus du tout ; plusieurs, qui avaient commencé par avoir des enfants normaux, avaient des enfants chétifs ; d'autres n'avaient dû d'élever leurs enfants qu'à

1. Il s'agit de femmes frêles et chétives dont les enfants nés à terme ont un poids de prématuré, vomissent pendant la tétée, restent agités après et présentent des convulsions.

un sevrage prématuré. Chez plusieurs femmes, l'analyse clinique du lait montra une diminution de la graisse et des sels.

M. Pierrepont fait allusion à de nombreuses améliorations de l'enfant à la suite des soins donnés aux dents de la mère. M. Valler, sur plus de 200 cas où il avait incriminé la dentition, eut 86 o/o d'amélioration après le traitement approprié. Il ne s'agit donc pas de faits rares et nous pouvons, de l'étude de ces deux travaux si suggestifs, tirer les conclusions suivantes :

1° il est possible qu'un foyer d'infection dentaire soit une menace pour la gestation et pour l'allaitement ;

2° il faut penser à faire pratiquer un examen stomatologique *sérieux* de la mère lorsque sans raison le poids de l'enfant n'augmente pas ;

3° l'habitude d'examiner la dentition d'une nourrice mercenaire est parfaitement justifiée ;

4° il faut donner les soins voulus le plus tôt possible, soit pendant la gestation, soit pendant l'allaitement.

Cette pratique est sûrement utile ; elle ne sera pas dangereuse sous réserve d'être judicieusement menée et en évitant toute douleur ; et il n'y a aucune raison de la différer, car les lésions dentaires ne rétrocéderont pas.



REVUE ANALYTIQUE

Thérapeutique des canaux radiculaires sains et infectés.

Dans un article sur ce sujet M. W. G. Ebersole arrive aux conclusions suivantes :

Stériliser complètement les canaux radiculaires des dents sans pulpe, puis les obturer jusqu'à l'extrémité ou un peu au delà et il est rare qu'il y ait à se préoccuper des quelques germes restant dans les tissus immédiats, car la nature fera le reste plus complètement et mieux que nous, sans qu'il y ait besoin de stériliser totalement les tissus qui dépassent l'apex de la racine, médicalement, chimiquement, électriquement ou mécaniquement.

C'est notre rôle de coopérer avec la nature et de ne pas essayer de faire pour elle certaines des choses qu'on recommande, mais qui, sans aucun doute, n'ont fait que l'entraver.

Connaitre l'état de l'intérieur d'une dent qui n'est pas vitale, connaître ce que montre la radiographie, et, si l'on ne peut l'obtenir jusqu'à l'extrémité et un peu au-delà, avertir le patient du danger. S'il n'est pas disposé à sacrifier sa dent, surveiller le tissu à l'extrémité de la racine par une radiographie et, s'il présente des symptômes d'une vitalité amoindrie ou la preuve d'une infection quelconque, extraire tout de suite.

(*Dental Summary*, avril 1918.)

La prophylaxie aux différents âges.

Dans un article sur ce sujet M. Sim Wallace signale l'importance de la prophylaxie et indique les principes à observer à cet égard.

La prophylaxie doit être pratiquée de bonne heure et plus tôt elle est commencée, meilleurs sont les résultats. Les parents doivent prendre tous les soins possibles pour se maintenir en bonne santé afin de procréer des enfants sains et vigoureux.

Depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$, il se produit chez l'enfant une série de changements nécessitant des conditions spéciales dans son milieu. Cela est particulièrement vrai des dents. L'enfant doit recevoir à cet égard les soins voulus, parce que cette période présente une importance extrême. Son régime alimentaire avant l'éruption des dents temporaires doit être le lait de la mère. Non seulement la formation des dents, mais encore leur arrangement doivent être surveillés durant cette période.

L'allaitement est continué jusqu'au 9^e mois, puis on passe graduellement aux aliments solides en introduisant dans le lait de la farine, du pain, etc ; puis on passe à des puddings au lait, après quoi on arrive aux aliments plus solides cuits, mais en purée très fine.

Les intervalles auxquels les aliments sont donnés aux enfants ont également leur importance.

Après les aliments cuits en purée, on passe aux aliments non cuits ; jus de fruits, sucre, etc., tout cela du 9^e au 12^e mois. On arrive enfin aux aliments cuits : poisson, volaille, viande.

A 17 mois environ, le régime suivant convient parfaitement : 6 h. du matin, lait et eau sucrée ; 8 heures, poisson bouilli ou œuf, pain, beurre, lait et eau ; à midi, soupe, poisson ou poulet, pommes de terre, mouton, pudding au lait ; lait et eau ; 5 h. du soir, pain et beurre, jus de raisin ou d'orange, eau ; 8 h., lait et eau.

L'enfant a maintenant 16 dents et jusqu'à l'éruption des secondes molaires temporaires l'hygiène buccale est convenablement assurée par le régime alimentaire sus-indiqué. Entre 2 ans et 2 ans 1/2, l'alimentation peut comporter des aliments plus détersifs et être ainsi composée : déjeuner : poisson, lard, pain, beurre, thé ou café, melon ; dîner : viande ou volaille, pommes de terre, légumes, pudding au lait bien cuit, fruits, eau ; souper : pain, beurre, lait et eau, fruits frais.

Le régime alimentaire ayant été développé et l'appareil de mastication ayant été bien examiné, de 2 ans 1/2 à 6 ans, comme traitement préventif, aucun changement essentiel n'est nécessaire. Cette période tire toute son importance du fait que l'enfant, qui ne va pas encore en classe, est complètement sous l'influence de la famille et il se peut que l'hygiène buccale soit négligée. Il s'agit alors de faire l'éducation de la mère au point de vue de l'hygiène infantile dentaire. Il faut pour cela que tous ceux qui interviennent à ce sujet : bonnes d'enfants, visiteurs sanitaires, médecins et dentistes, soient bien pénétrés des règles de cette hygiène et contribuent à les répandre.

La période de 6 à 14 ans tire son intérêt de ce que la dentition temporaire cède la place à la dentition permanente et de ce que l'enfant est plus ou moins sous l'influence du maître d'école ou du professeur, qui doit lui inculquer de bons principes élémentaires au triple point de vue physique, intellectuel et moral. Là la clinique dentaire scolaire joue aussi un rôle important, mais celui-ci consiste seulement à traiter les enfants qui s'y présentent et les conseils de prophylaxie doivent être donnés par le médecin inspecteur.

Il y a peu de chose à dire de l'adolescence, de la maturité et de la vieillesse.

Comme moyens prophylactiques artificiels nous signalerons la brosse à dents, aidée par un bain de bouche aromatique et acide, qui stimule le processus physiologique du nettoyage automatique ; un bain de bouche alcalin peut également être utile. Ces mesures doivent être complétées par des visites périodiques au dentiste. (*Brit. Dent. J.*, 15 mai 1918.)

La plupart des praticiens penseront, contrairement à l'auteur, que les bains de bouche *acides* qu'il préconise devront être soigneusement évités, la réaction acide du milieu buccal étant la cause première de la carie.

L'innervation de la dentine.

Il résulte de nouvelles recherches faites par M. Edouard Schäfer que les fibres provenant du réseau profond dans la pulpe passent à des cellules terminales nerveuses déterminées ou organes terminaux nerveux

périphériques qu'une méthode particulière de coloration a fait découvrir au bord inférieur des odontoblastes.

La détermination de la distribution finale des nerfs de la pulpe a toujours été du plus grand intérêt pour l'histologiste dentaire et, en raison de la difficulté des recherches, beaucoup d'opinions contradictoires ont été émises sur le sujet. Les recherches de Schäfer semblent jeter un jour absolument nouveau sur la façon dont la sensation est amenée à la dentine. (*Brit. Dent. J.*, 1^{er} juin 1918.)

Dynamomètre buccal pour apprécier les impotences fonctionnelles et dépister les simulateurs.

M. Pierre Robin, poursuivant ses travaux sur la guérison des troubles fonctionnels déterminés par les blessures de guerre, présente un appareil qui solutionne, sans cause d'erreur, le problème de l'appréciation des troubles fonctionnels chez les mutilés de la mâchoire, et permet ainsi de déterminer le chiffre de la pension qui doit être allouée à chaque blessé.

Le principe de la méthode exposée par le Dr Pierre Robin devrait être généralisé, et un tableau établissant le rapport des puissances musculaires des différents muscles entre eux, chez des individus sains, devrait être institué, ce qui permettrait de déterminer mathématiquement le préjudice causé par chaque blessure.

Cet ingénieux appareil permet également de dépister la simulation, d'ailleurs si rare chez nos admirables soldats.

(*Presse médicale*, 11 juillet 1918).

Constriction cicatricielle des mâchoires datant de l'enfance et consécutive à un noma, traitée par une série d'opérations plastiques.

M. Morestin présente une jeune fille de dix-huit ans chez qui, par une série d'opérations plastiques et de traitements intermédiaires poursuivis avec patience pendant plus de cinq années, il est parvenu à vaincre une constriction des mâchoires presque absolue s'accompagnant d'une difformité faciale choquante, le tout consécutif à un noma de la première enfance. Il nous est impossible d'énumérer la série d'opérations pratiquées par M. Morestin; constatons seulement que leur résultat final est très satisfaisant tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel: l'écartement des mâchoires et la mastication se font très librement et l'aspect du visage est très acceptable.

(*Presse médicale*, 3 octobre 1918).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Certificat d'assistance dentaire.

Dans sa séance du 12 juillet 1918, le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris a décidé la création d'un *Certificat d'assistance dentaire*.

Ce certificat peut être obtenu, après examen, par toute personne du sexe féminin qui a suivi le cours spécial de l'École pendant un semestre scolaire.

Ce certificat n'autorise pas la pratique de l'art dentaire, mais permet seulement d'aider l'opérateur dans son cabinet, comme le font les infirmières dans les services de chirurgie.

Le montant des droits scolaires à verser pour le semestre d'études permettant l'obtention du certificat d'assistante dentaire s'élève à 200 francs.

L'enseignement comprend les matières suivantes :

Asepsie-antisepsie.

Stérilisation.

Hygiène et prophylaxie bucco-dentaire.

Instrumentation.

Pharmacopée.

Préparation du malade.

Préparation du champ opératoire.

Assistance à l'opérateur (dentisterie opératoire et prothèse).

Préparation de l'anesthésie.

Assistance au laboratoire de prothèse.

Développement et tirage photographiques.

Assistance aux manipulations radiologiques.

Assistance aux manipulations histologiques et bactériologiques.

Comptabilité dentaire.

Tenue des fiches. Leur classement.

Les divers cours et cliniques de l'École seront ouverts aux élèves suivant cet enseignement, qui seront placées sous la direction d'un démonstrateur femme, chirurgien-dentiste, chargé de suivre cet enseignement.

Les cours auront lieu du 15 février au 15 juin.

CONDITIONS D'ADMISSION A CES COURS :

Etre âgée d'au moins 16 ans.

Etre pourvue du certificat d'études primaires.

Pour les inscriptions, s'adresser au Secrétariat de l'École dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

LES MÉDECINS ET LA LOI SUR LES BÉNÉFICES DE GUERRE

On nous communique :

Il résulte avec évidence des diverses consultations juridiques parues dans les journaux médicaux que la loi du 1^{er} juillet 1916 sur les bénéfices de guerre ne s'applique pas au corps médical.

Cette interprétation, qui représente actuellement, nous semble-t-il, l'opinion de l'immense majorité des médecins, est formellement repoussée par l'administration des contributions directes.

Depuis quelques mois, en effet, tous les médecins de Marseille — le petit nombre de ceux qui n'ont pas été avisés pouvant passer pour avoir été oubliés — ont reçu un premier avis formel de cette administration d'avoir à déclarer s'ils ont fait ou non des bénéfices de guerre en 1916 (la demande relative aux années ultérieures étant sans doute retardée). Ceux qui n'ont pas répondu ou qui se sont refusés à fournir le renseignement qu'on leur demandait ont été traduits devant la Commission du 1^{er} degré ; ceux qui ont répondu, estimant que jusque-là le secret professionnel n'était pas en cause, ont reçu une lettre les invitant à faire connaître le détail de leurs recettes professionnelles en 1911, 1912, 1913, 1914 (mois par mois pour cette année), 1915, 1916. Ici encore quelques-uns n'ont pas répondu et ont été appelés devant la Commission. Ceux qui ont répondu ont reçu enfin un troisième avis leur prescrivant de comparaître devant l'inspecteur des contributions directes munis de leurs carnets, livres, etc., afin de fournir toutes les justifications nécessaires.

Les choses en sont là : à ce jour et, à notre connaissance, aucun de nos confrères n'a été taxé, mais cela ne saurait évidemment tarder.

Il nous paraît que le corps médical français, dans son ensemble, ignore complètement cette situation et nous avons cru indispensable de la lui faire connaître. Il est bien évident en effet, et cela résulte du reste explicitement des indications qui nous ont été données par l'administration des contributions directes, que ces mesures ne se limiteront pas aux Bouches-du-Rhône ; tous les départements français, à l'exception peut-être de ceux qui se trouvent dans la zone des armées, seront bientôt l'objet de mesures semblables. Il en est de même naturellement des autres professions libérales, avocats, avoués, notaires, etc...

Il est à noter également que des médecins mobilisés ont été mis en demeure par l'administration des contributions directes

de fournir les renseignements indiqués plus haut et rien ne permet de prévoir que certains d'entre eux ne seront pas taxés.

Les médecins actuellement présents à Marseille ont formé un groupement indépendant du Syndicat, dans le but d'étudier la question et de défendre leurs intérêts, s'il y avait lieu.

Le groupement a choisi comme bureau les membres du bureau du Syndicat des médecins de Marseille et arrondissement actuellement présents dans la ville et leur a adjoint un confrère non syndiqué.

Ce bureau a étudié soigneusement, avec la précieuse collaboration de son avocat-conseil, les diverses faces de la question et il est arrivé à cette double conclusion :

1^o Que l'application aux médecins de la loi du 1^{er} juillet 1916 sur les bénéfices de guerre est illégitime ;

2^o Qu'elle met gravement en péril le secret professionnel.

Que les médecins ne soient pas soumis à l'application de la loi, cela résulte nettement des consultations juridiques parues depuis de longs mois dans les divers journaux médicaux ; une nouvelle étude de la question nous a amenés aux mêmes conclusions. Malheureusement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce n'est pas l'avis de l'administration des contributions directes, et la Commission supérieure lui a donné raison dans un cas d'espèce. Seul le Conseil d'Etat peut maintenant faire droit à nos protestations.

La question du secret professionnel nous a paru à tous beaucoup plus grave. Il est certain que la connaissance des chiffres des recettes, et même de certaines de leurs origines (Médecins de Compagnie, de Sociétés, etc...), ne peut être considérée comme tendant à le violer ; mais l'administration ne se contentera évidemment pas d'une série de chiffres ; elle exigera, elle a déjà exigé, de quelques-uns de nos confrères, les noms des malades. Sommes-nous autorisés à lui donner cette satisfaction ? On peut répondre résolument par la négative ; l'article 378, qui vise le secret professionnel, appartient en effet au Code pénal, et il est certain que le jour où un médecin, qui se sera incliné devant les exigences de l'administration, sera l'objet d'une poursuite de la part d'un de ses clients, il se verra condamné pénalement et civilement.

La question du secret professionnel ainsi présentée est assez importante pour que nous ayons jugé bon de la soumettre à l'Académie de Médecine, nous en avons saisi son président.

Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que la même grave difficulté se présentera pour l'application de l'impôt sur le revenu ; si elle n'a pas été soulevée jusqu'ici — à notre connaissance —

c'est que l'administration des contributions directes s'est montrée sur ce terrain plus conciliante et que aussi les éléments du revenu ne sont généralement pas limités aux recettes professionnelles, comme c'est le cas pour la contribution sur les bénéfices de guerre. Mais rien ne dit que cette libéralité d'interprétation sera conservée et tout permet de prévoir au contraire que les mêmes investigations s'appliqueront à l'impôt sur le revenu.

On voit donc que l'application aux médecins de la loi sur les bénéfices de guerre soulève de graves difficultés. Il nous a semblé que, jusqu'à ce jour, nos groupements professionnels ne s'en sont pas suffisamment émus ; c'est pour les instruire de cet état de choses que nous avons décidé de publier cette note.

Un groupe de Médecins de Marseille.

DERNIÈRE HEURE

LES OFFICIERS-DENTISTES

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que le décret relatif aux officiers-dentistes vient d'être signé.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir les citations suivantes :

COTTAREL (Anthelme), dentiste militaire au Groupe de brancardiers de la 15^e division.

« Chargé de la liaison entre les postes de secours régimentaires et le poste de secours du Groupe de brancardiers, s'est acquitté de sa mission avec beaucoup de calme et de crânerie, s'accolant aux postes de secours des régiments pour accompagner les troupes d'infanterie dans leur progression en terrain battu par l'artillerie ennemie. »

Ordre de la brigade (15^e division d'infanterie) 19 octobre 1918.
— Croix de guerre.

FAURE (Henri), dentiste militaire au 63^e régiment d'infanterie.

« Praticien de beaucoup de conscience et de valeur, a demandé à rester au poste de secours, où, pendant les durs combats du 18 au 22 octobre, il a montré une activité inlassable, en prêtant un concours des plus dévoués au personnel médical. »

REDELINGER (Gabriel), dentiste militaire.

« Affecté, sur sa demande, à un bataillon en remplacement du médecin sous-aide-major absent, a fait preuve dans les journées du 4 au 9 septembre 1918 des plus belles qualités de dévouement et de sang-froid et du plus grand mépris du danger. »

Ordre n^o 87 de la 152^e division d'infanterie en date du 23 novembre 1918. (Ordre de la brigade). — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

VARIA

L'ART DENTAIRE ET LES DENTISTES DANS LA LITTÉRATURE

Par CASELLIUS.

LE RATELIER DU PÈRE BLAIRE. — Dans *le Feu*, ce livre qui a soulevé des polémiques aussi ardentes que son titre, Henri Barbusse narre les tribulations dentaires d'un *poilu*, le père Blaire, et note avec finesse les effets bienfaisants que la simple pose d'un *râtelier* peut susciter dans une âme fruste. C'est une véritable petite comédie intime dans le décor de la grande tragédie :

« Près de la porte jaune, on rencontre une forme pliée : Blaire, le pied sur la borne, dégrossit avec son couteau le bloc de son soulier, et en fait tomber des plâtras... Il a l'air de faire de la sculpture.

— T'as jamais eu les pieds si blancs, goguenarde Barqué.

— Jouterie à part, dit Blaire, tu saurais pas où elle est, c't'espèce de voiture ?

Il s'explique :

— Faut que je cherche la voiture-dentiste, à cette fin qu'on m'accroche c'râtelier et qu'i's m'ôtent les vieux dominos qui m'resent. Oui, paraît qu'a stationne ici, c'te voiture pour la gueule.

Il replie son couteau, l'empoche et s'en va le long du mur, hanté par la résurrection de sa mâchoire.

» Au bord du camp, une grande voiture peinte en blanc tranche sur les autres par sa propreté et sa netteté. On dirait, au milieu d'une foire, la roulotte de luxe, où l'on paye plus cher que dans les autres. C'est la fameuse voiture stomatologique que cherchait Blaire.

Justement Blaire est là, devant, qui la contemple. Il y a longtemps, sans doute, qu'il tourne autour, les yeux attachés sur elle. L'infirmier Sambremeuse, de la Division, revient de courses et gravit l'escalier volant de bois peint, qui mène à la porte de la voiture. Il tient dans ses bras une boîte de biscuits, de grande dimension, un pain de fantaisie et une bouteille de Champagne.

Blaire l'interpelle.

— Dis donc, du Fessier, c'te bagnole-là, c'est les dentistes ?

— C'est écrit dessus, répond Sambremeuse, un petit replet, propre, rasé, au menton blanc et empesé. Si tu ne le vois pas, c'est pas l'dentiste qu'il faut demander pour te soigner les piloches, c'est le vétérinaire pour te torcher la vue.

Blaire, s'étant approché, examine l'installation.

C'est barloque, dit-il.

Il s'approche encore, s'éloigne, hésite à engager sa mâchoire dans cette voiture. Il se décide enfin, met un pied sur l'escalier, et disparaît dans la roulotte.

» ... Un étrange zézaïement l'interrompt. C'est Blaire que son râtelier empêche de parler, comme il l'empêche aussi de manger. Mais il le met chaque soir et il le garde toute la nuit avec un courage acharné, car on lui a promis qu'il finirait par s'habituer à cet objet qu'on lui a inséré dans la tête.

» Le père Blaire présente dans sa bouche usée une rangée de dents neuves, éclatantes, si bien que de tout son pauvre visage on ne voit plus que cette mâchoire endimanchée. L'événement de ces dents étrangères, que peu à peu il apprivoise, et dont il se sert maintenant, parfois pour manger, a modifié profondément son caractère et ses mœurs : il n'est presque plus barbouillé de noir, il est à peine négligé. Devenu beau, il éprouve le besoin de devenir coquet. Pour l'instant, il est morne, peut-être — ô miracle — parce qu'il ne peut pas se laver. Renfoncé dans un coin, il entr'ouve un œil atone, mâche et rumine sa moustache de grognard, naguère la seule garniture de son visage, et crache de temps en temps un poil.

» On est obligé à chaque instant de stationner au milieu du trottoir pour attendre Blaire, attiré et retenu par les étalages où sont exposés des vareuses et des képis de fantaisie, des cravates de coutil bleu-tendre, des brodequins rouges et brillants comme de l'acajou. Blaire a atteint le point culminant de sa transformation. Lui qui détenait le record de la négligence et de la noirceur, il est certainement le plus soigné de nous tous, surtout depuis la complication de son râtelier cassé dans l'attaque et refait. Il affecte une allure dégagée.

— Il a l'air jeune et juvénile, dit Marthereau. »

AU PAYS DES MORTICOLES. — Ce récit pittoresque contient, n'est-il pas vrai, un éloge indirect de notre profession. Du moins il nous plaît de le comprendre ainsi, car tous les littérateurs contemporains ne parlent pas de notre spécialité avec une telle compréhension. M. Léon Daudet, par exemple, dont la personnalité est également à l'ordre du jour, n'a pas hésité à ranger un dentiste dans sa galerie des *Morticoles*

Voici le truculent portrait qu'il en fait :

« Je fis la connaissance d'un célèbre dentiste qui ne soigne que les grosses molaires, les étudie chez tous les animaux et a eu, à

cette occasion, trois doigts emportés par un tigre. Cette passion l'a conduit aux plus grands honneurs, car les personnages importants souffrent de fluxions fréquentes causées par la température. Cet habile praticien eût pu atteindre plus haut encore sans son détestable caractère et la jouissance infinie qu'il éprouve à torturer ses clients. Il leur enfonce de fines aiguilles rougies, par la mâchoire, jusqu'au crâne. Parfois, il en oublie une, et la retire un an après, tout encroûtée de carie. Parfois aussi il se trompe, arrache sans nécessité douze dents saines, des fragments de gencives, et laisse le mauvais chicot. Ces brutalités et ces méprises occasionnent des batailles fréquentes entre Poulquier, c'est le nom du redoutable personnage, et ses malades, batailles dont il sort avec des bosses et l'œil noirci. Mais ce sont pour lui des blessures glorieuses, des chevrons. Et je n'ai jamais vu un râtelier plus affreux que le sien, plus comparable à un arc-en-ciel où chaque nuance est déterminée par un degré plus avancé de pourriture. On cite le cas de *molairiens* devenus enragés après trois séances chez cet énergumène et mordant les passants dans la rue. A part celà c'est un bon garçon et j'aimais qu'il dinât chez Purin pour la finesse de ses saillies. »

ART DENTAIRE ET ANTHROPOPHAGIE. — Le portrait, s'il manque d'indulgence, ne manque pas de brio dans le genre caricatural. C'est une bonne *binette professionnelle*... à la plume. Plus *rosse* si possible, sous son air grave est l'affirmation du comte de Gobineau qui, dans son curieux *Essai sur l'inégalité des races humaines*, fait remonter l'origine de l'art dentaire à l'anthropophagie des peuples de race jaune qui, selon lui, habitaient, à l'origine, l'Europe et l'Amérique.

Je cite :

« Les squelettes tirés des dolmens ont permis de constater, chez les premiers habitants de la terre d'Europe, certains talents qu'assurément on n'aurait pas été enclin, à priori, à leur supposer. Ils savaient pratiquer plusieurs opérations chirurgicales. Déjà les tumulus américains en avaient offert la preuve en livrant aux observateurs des têtes renfermant des dents fausses. Un dolmen ouvert récemment près de Nantes a fourni le corps d'un homme adulte dont le tibia, fracturé en flûte, présente une soudure artificielle.

» Il est d'autant plus curieux de rencontrer chez la race jaune ce genre de savoir, que, parmi les descendants purs ou métis de la variété mélanienne, on n'en aperçoit pas vestige aux époques correspondantes. L'art de soulager les souffrances n'est guère allé, chez ces derniers, au delà de l'usage des simples et des topiques extérieurs. L'intérieur du corps humain et sa structure leur étaient

complètement inconnus. C'est la suite de l'horreur que leur inspiraient les morts, horreur toute d'imagination, née des craintes superstitieuses qui ont de longtemps précédé le respect, et qui empêchait toute curiosité de s'aventurer dans un domaine jugé redoutable. Au contraire, les jaunes, défendus par leur tempérament flegmatique contre l'excès des impressions de ce genre, envisagèrent très peu solennellement les dépouilles de leurs conquêtes. L'anthropophagie leur fournissait toutes les occasions désirables de s'instruire sur l'ostéologie de l'homme. Le soin même de leur sensualité, en les portant à étudier la nature des os, afin de savoir à point nommé où trouver la moelle, leur procurait l'expérience pratique. C'est ainsi que se montrent si savants les habitants actuels de la Sibérie méridionale. Leurs connaissances anatomiques, en ce qui concerne les différentes catégories d'animaux, sont aussi sûres que détaillées.

» De l'habitude de voir des squelettes, de les manier, de les rompre, à l'idée de raccommo-der un membre brisé ou de remplir un alvéole, le passage est extrêmement court. Il ne faut ni une intelligence extraordinaire ni un degré de culture générale bien avancé pour le franchir. Néanmoins il est intéressant de constater que les Finnois le savaient faire parce qu'on s'explique ainsi un fait jusqu'à présent énigmatique, le plombage des dents malades chez les plus anciens Romains, habitude à laquelle fait allusion un article de la loi des XII Tables. Ce procédé médical, inconnu aux populations de la Grande-Grèce, provenait des tribus sabinnes ou des Rasènes qui ne pouvaient l'avoir reçu que des anciens possesseurs jaunes de la péninsule. Voilà comment le bien sort du mal et comment l'ostéologie avec ses applications bienfaisantes, a sa source première dans l'anthropophagie ».

La déduction est ingénieuse. Il semble bien cependant que ce n'est pas d'obturation qu'il s'agit dans l'article en question (l'article xv, de la Table x, qui traite de *juro sacro*, défend d'enfouir de l'or avec un cadavre; mais « si les dents du mort sont attachées avec de l'or, on pourra l'ensevelir ou le brûler sans le lui ôter »), mais bien de fils d'or retenant les dents branlantes ou servant à fixer des dents artificielles. D'ailleurs « les Romains ne connaissaient pas l'obturation métallique; ils se contentaient de remplir la cavité d'une poudre d'excréments de souris, par exemple, ou encore de foie de lézard et recouvraient le tout avec de la cire. » (Lemerle), mais Gobineau pourrait bien avoir raison en ce sens que l'art de fabriquer des dentiers artificiels aurait été transmis aux Romains par les Etrusques...

NÉCROLOGIE

René Moulinet.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. René Moulinet (de Saumur), décédé des suites de la grippe à l'hôpital militaire d'Avallon (Yonne).

Nous adressons à sa veuve et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Livre reçu.

Nous avons reçu de notre confrère M. Juan Ubaldo Carrea, professeur suppléant de prothèse à l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres, une brochure de 16 pages en espagnol, dont le titre traduit est le suivant : « *Les courbes dentaires et le triangle équilatéral mandibulaire de Bonwill. — Nouveaux diagrammes.* » Cette brochure est illustrée de 14 figures.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris se réunira en séance extraordinaire le *dimanche 15 décembre 1918*, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence d'honneur de M. Justin Godart, député, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire, avec l'ordre du jour suivant :

- 1^o Allocution du président, M. Jeay ;
- 2^o Compte-rendu de sa mission officielle en Amérique, par M. Georges Villain ;
- 3^o Allocution du président d'honneur, M. Justin Godart ;
- 4^o Présentation des moulages et appareils des blessés destinés au musée du Val-de-Grâce et à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous publierons dans notre prochain numéro l'important et remarquable rapport de M. Georges Villain.

Se peut-il que tous les dentistes non mobilisés n'aient pas souscrit à l'AIDE CONFRATERNELLE ?

Vous qui lisez ces lignes, je pense que vous l'avez fait, sinon dépêchez-vous de réparer cet oubli regrettable dont vous ne voudriez pas avoir à rougir plus tard.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ART DENTAIRE EN AMÉRIQUE EN 1918

Compte-rendu d'une mission aux États-Unis

Par Georges VILLAIN,

Professeur à l'École dentaire de Paris,
Chef du service technique du Dispensaire militaire V. G. 88.

*(Conférence faite à la Société d'Odontologie le 15 décembre 1918,
sous la présidence d'honneur de M. Justin Godart).*

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous rendre compte de la mission que j'ai accomplie sur l'ordre de M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé. Je tiens à vous remercier tout d'abord de la confiance que vous m'avez témoignée en me désignant, par l'organe de la Fédération Dentaire Nationale, à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé pour accomplir cette mission, ainsi qu'en me chargeant de vous représenter auprès de nos confrères américains et canadiens.

Cette mission eut lieu à la suite d'une proposition que M. Justin Godart câbla d'Amérique, où il terminait une mission de propagande française qui eut un immense succès.

Notre Président d'honneur a fait une profonde impression en traçant devant le public américain l'œuvre générale du Service de santé de l'armée française. Il contribua ainsi au succès de la tâche de ceux qui furent chargés d'exposer aux Américains les détails de cette œuvre.

Accrédité pour prendre part au Congrès de l'Association

dentaire canadienne, qui se tenait à Chicago les 5, 6, 7, 8 et 9 août 1918, ma mission avait pour objet essentiel : « *d'exposer au Congrès l'organisation générale des services de stomatologie militaire, des centres d'édentés et des centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale.* » Je devais emporter la « *documentation nécessaire pour montrer les résultats obtenus en France depuis la guerre dans le traitement des blessés de la face.* »

L'ordre de mission me fut remis le 21 juillet et, le bateau devant quitter Bordeaux le 23 juillet, je partis de Paris le 22 au soir.

Le court délai qui me fut ainsi imparti pour préparer cette mission (36 heures) ne me permit pas, comme je le désirais, de m'adresser aux divers chefs de centres de restauration maxillo-faciale pour réunir une collection illustrant les principaux résultats et les méthodes employées dans les formations spéciales du Service de santé militaire français.

Néanmoins, grâce aux publications parues (Roy, Martinié, Imbert et Réal, Herpin, Duchange, Lebedinsky, Solas, etc.) et tout particulièrement aux volumes des comptes rendus du Congrès dentaire inter-alliés, à la *Revue maxillo-faciale* et au *Journal l'Odontologie*, grâce aux documents que me confièrent MM. les médecins-majors Frey (service du Val-de-Grâce), Sauvez (organisation générale), Moure et Herpin (service de la XIV^e région), Housset et Wallis-Davy (service de la 8^e armée) et le Dispensaire militaire de l'École dentaire de Paris V. G. 88, je pus établir une documentation suffisante pour servir de base aux conférences et aux démonstrations que j'ai été appelé à faire au cours de ma mission.

L'accomplissement de ma tâche fut d'ailleurs grandement facilitée par les précieux conseils, les encouragements et les appuis que je reçus, en France, de M. Justin Godart, de MM. Godon et Blatter, présidents de la Fédération dentaire nationale, Tardieu, capitaine Puau, lieutenant Biscardi et sous-lieutenant Berteau du haut commissariat des affaires de guerre franco-américaines ; en Amérique, de

M. de Billy, délégué général du haut commissariat à Washington, de M. le contrôleur principal Johannet, chargé de la direction du bureau du haut commissariat à New-York, et de M. le médecin principal Dercle, attaché à la direction du Service de santé de l'armée américaine, auprès de laquelle il jouit d'une autorité particulièrement appréciée. Enfin je dois à la cordialité du colonel Logan, chef des services dentaires militaires en Amérique et président de la National Dental Association, à l'activité du D^r Dubeau, doyen de l'Ecole dentaire de l'Université Laval à Montréal, et tout particulièrement au dévouement inlassable du D^r J. Nolin, de Montréal, président de l'Association canadienne, ainsi qu'à la profonde amitié pour la France du D^r H.-L. Wheeler, sous-directeur de la New-York State Dental School, d'avoir pu, pendant un séjour relativement court, en Amérique (20 jours), parcourir 10.000 kil. pour faire œuvre de propagande scientifique nationale en visitant 10 centres importants dans lesquels j'ai fait 25 conférences et démonstrations.

L'Association dentaire canadienne était à Chicago l'invitée de la National Dental Association des Etats-Unis, qui tenait dans cette ville sa 22^e session annuelle et célébrait, avec le 60^e anniversaire de l'organisation professionnelle en Amérique, la mémoire de notre regretté confrère G. V. Black, doyen de la Northwestern University Dental School, l'un des savants les plus réputés de notre spécialité, titulaire du premier prix Miller qui lui fut décerné par la Fédération dentaire internationale réunie à Paris en 1910.

La réunion de Chicago présentait donc le caractère d'une manifestation professionnelle exceptionnelle.

Sept mille membres s'y trouvaient réunis, 45 rapports ou communications y furent présentés et 145 démonstrations y furent faites.

Les travaux du Congrès étaient répartis en 4 assemblées générales, 2 assemblées de sections (au nombre de 6) et 2 assemblées de cliniques et démonstrations.

Le traitement des dents à pulpe mortifiée et l'obturation des canaux radiculaires retint particulièrement l'attention

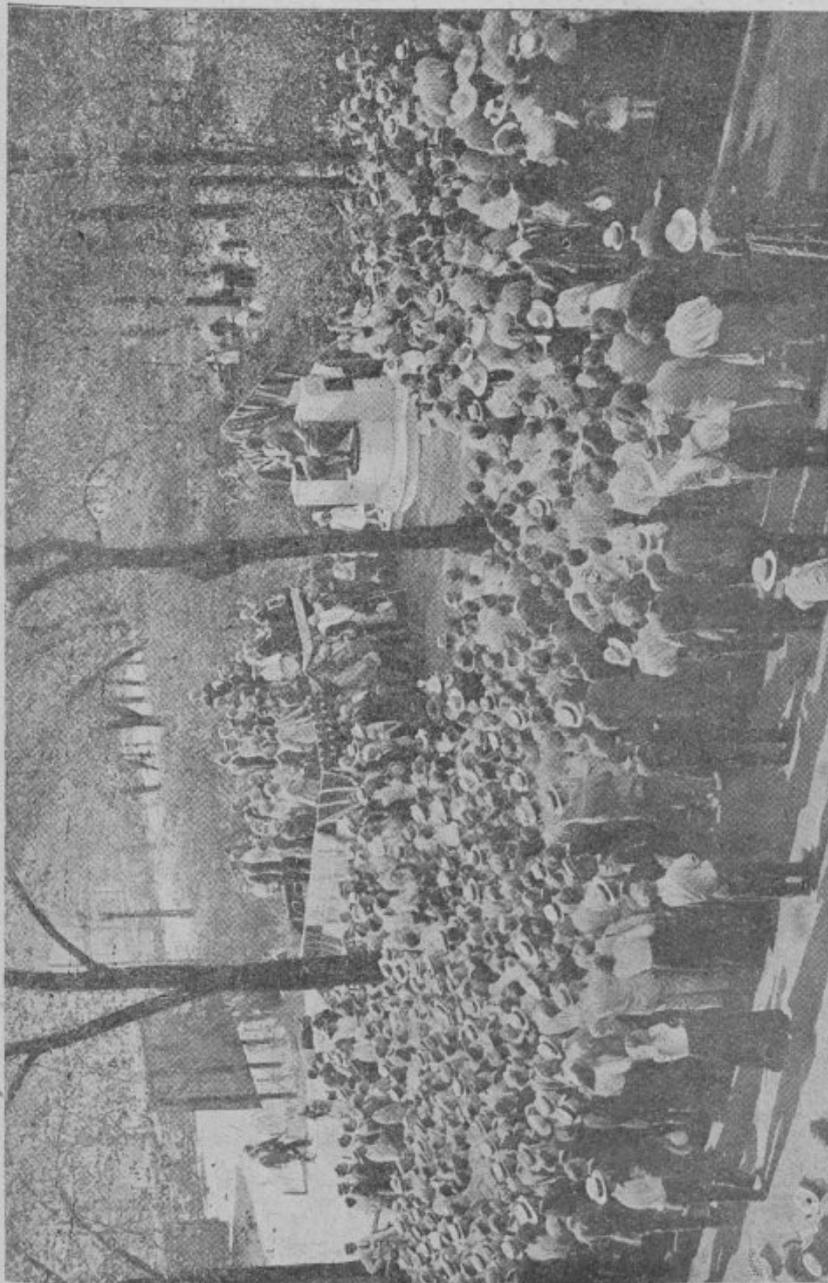
des congressistes. Ce sujet, étant à l'ordre du jour du Congrès, occupa la première assemblée générale (6 rapports) et plusieurs communications s'y rapportant furent lues au cours des séances de section.

L'hygiène buccale fut également l'objet de nombreuses communications. Cette question semble attirer plus que jamais l'attention de nos confrères des Etats-Unis ; leurs efforts pour sa propagation sont d'ailleurs fort judicieusement encouragés par les gouvernements et les municipalités, ainsi que par les autorités civiles et militaires.

Les recherches purement scientifiques furent l'objet d'une attention toute particulière. Les problèmes étudiés conformément aux vœux exprimés par le Congrès précédent ont été exposés par les représentants des divers laboratoires de recherches ; si leur solution n'est pas définitivement établie, on sent que, dans un avenir prochain, grâce à cette organisation professionnelle récente et remarquablement méthodique, on aboutira à de splendides résultats.

Le traitement des lésions balistiques de la face et des maxillaires ne pouvait occuper une place importante parmi les travaux du Congrès. Nos confrères d'outre-Atlantique n'ont pas encore eu l'opportunité de traiter ces lésions spéciales dues à la guerre ; le major Robert H. Ivy a résumé dans une communication bien documentée les méthodes employées dans les armées alliées, mais l'absence de cas pratiques et d'observations cliniques ne pouvait permettre d'ouvrir sur ce sujet une discussion profitable. L'exposition des pièces de démonstrations de l'Ecole militaire spéciale pour les chirurgiens dentistes mobilisés, basées, au dire même du major Sheward, commandant en second de cette Ecole, sur des « données théoriques sans applications pratiques », ne pouvait davantage retenir longuement l'attention du Congrès.

Mais, dans de telles conditions, l'opportunité de la mission qui me fut confiée prenait toute sa valeur et je fis de mon mieux pour la rendre utile et à l'enseignement américain et à la propagande scientifique française.



Inauguration du monument commémoratif de G. V. Black, Chicago, août 1918.

Présenté officiellement aux Congressistes américains et canadiens lors d'une réunion générale consacrée à une

manifestation patriotique rassemblant plus de 8.000 personnes dans le théâtre de l'Auditorium de Chicago, je réservai la première conférence à l'Assemblée générale organisée le lendemain dans cette même salle par l'Association dentaire canadienne, qui avait demandé l'envoi d'un représentant au gouvernement français.

Un assez grand nombre d'invités non professionnels assistant à cette réunion, après avoir indiqué quelle était l'organisation générale des services dentaires dans l'armée française, je me suis appliqué surtout à montrer le rôle de cette organisation, ainsi que les résultats obtenus : récupération de plus de 200.000 édentés par l'appareillage dentaire, maintien des effectifs en campagne pour les soins dentaires donnés sur place, résultats obtenus dans le traitement des blessures de la face.

A l'aide de clichés tirés des publications ou présentations des divers centres français de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale, je pus exposer objectivement l'évolution de cette prothèse chirurgicale spéciale, ainsi que les progrès réalisés dans le traitement des lésions de la face et des maxillaires tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

Précédemment, dans une séance spéciale de démonstrations, j'avais présenté les moulages des divers types de lésions et les appareils variés utilisés dans leur traitement.

Cette conférence fut en quelque sorte l'introduction aux communications et présentations que j'allais être appelé à faire. En effet, à sa suite, les organisateurs des deux congrès me demandèrent de faire une série de démonstrations pratiques, tandis que, sollicité par les autorités militaires et universitaires canadiennes et américaines, M. de Billy, délégué général du haut commissariat, m'invitait à poursuivre ma mission en dehors du Congrès.

Je fus ainsi appelé à visiter successivement Chicago (Congrès Cleveland) (Institute of research of the National Dental Association), Toronto (réunion des dentistes militaires du district canadien), Montréal (réunion des chirurgiens et

dentistes de l'Université Laval et des hôpitaux), Boston (Forsyth's Institute), New-Haven, New-York (réunion des professeurs des Facultés dentaires de New-York et des Etats voisins), Washington (Ecole navale de médecine); enfin, sur la demande de M. le major général Gorgas, chirurgien général, directeur du Service de santé militaire américain, je me rendis à Chattanooga (Géorgie) pour faire une série de conférences et de démonstrations devant les élèves d'une part, devant les instructeurs, d'autre part, des sections médicales et dentaires du camp d'*instruction* des officiers du Service de santé (Camp Greenleaf).

Pour les démonstrations et conférences faites dans ces centres je me suis inspiré des conditions particulières de l'auditoire auquel je les ai adaptées en les divisant de la façon suivante :

Pour les professionnels : Conférence générale, démonstration descriptive (véritable exposition des appareils et moulages).

Pour les auditoires mixtes (chirurgiens et dentistes) : Conférence pratique sur le fonctionnement et l'organisation des centres maxillo-faciaux et sur les résultats obtenus par la collaboration immédiate, intime et constante des chirurgiens et des prothésistes. Démonstration pratique.

Pour les professionnels spécialisés : Conférence technique avec description et démonstration détaillée des dispositifs.

Pour les élèves du camp d'instruction du Service de santé : Conférences pédagogiques. Démonstrations techniques.

Pour les instructeurs du camp d'instruction du Service de Santé : Démonstrations pédagogiques.

Ayant constaté la tendance des chirurgiens-dentistes américains à assurer à la fois l'acte chirurgical et prothétique et personnellement convaincu que la tâche du prothésiste est suffisamment lourde pour occuper toute son activité, que, d'autre part, chacun doit, dans l'intérêt du

blesse, conserver le rôle pour lequel il est particulièrement préparé, j'ai toujours insisté sur la nécessité d'un traitement précoce avec collaboration immédiate, intime et constante du chirurgien et du prothésiste, en démontrant qu'au centre maxillo-facial, s'il n'y a place que pour le chirurgien et le prothésiste, chacun doit y garder sa propre place. conformément à la conclusion du professeur Sebileau terminant sa conférence du Congrès dentaire inter-alliés par le sage conseil du peintre Appelle : « Cordonnier, reste à ta chaussure ».

Si j'ai pensé qu'il fallait d'abord apporter à nos collègues américains le fruit des recherches françaises afin de leur éviter les tâtonnements qui paralysèrent en partie nos efforts au début de la guerre, j'ai cru qu'il était aussi de mon devoir de jeter un coup d'œil, fût-il très rapide, sur les modifications apportées depuis 5 ans dans l'organisation et les méthodes professionnelles en Amérique afin d'en faire bénéficier, le cas échéant, nos malades et nos confrères.

L'organisation professionnelle est en Amérique plus puissante et plus impressionnante que jamais.

Pour une population un peu supérieure à 100.000.000 habitants ce pays compte 44.000 dentistes avec, comme conséquence inéluctable, un remarquable développement de l'hygiène buccale individuelle, dont l'influence se fait sentir sur l'hygiène générale et contribue largement au maintien de l'état sanitaire particulièrement satisfaisant de ce grand peuple.

Conscients de leur rôle dans la société, les dentistes américains sont groupés en une Association nationale (National Dental Association) comptant près de 30.000 membres qui, comme le président me le faisait remarquer, payent tous leurs cotisations. Cette puissante association, qui groupe en outre toutes les sociétés professionnelles scientifiques, éducatrices ou syndicales, est administrée par un conseil constitué par les délégués de chacun des États de la République fédérale (représentation proportionnelle), les délégués du corps dentaire de l'armée et ceux du corps

dentaire de la marine. Le comité directeur est composé de 9 membres, éligibles par 1/3 et élus par les associations professionnelles groupées en 9 districts représentant chacun un nombre sensiblement égal de membres de l'Association nationale.

Enfin le travail est réparti entre des commissions chargées, les unes des questions purement techniques, les autres des attributions suivantes :

- 1° Organisations, hygiène buccale et services publics ;
- 2° Recherches scientifiques ;
- 3° Enseignement ;
- 4° Législation.

HYGIÈNE.

Organisation générale. — Le comité d'hygiène buccale et des services publics, avec le concours des autorités du gouvernement fédéral, des puissants groupements des sociétés de Croix-Rouges et des ligues pour la lutte contre la tuberculose, est chargé de l'organisation de la propagande de l'hygiène buccale et des services publics. Les associations professionnelles locales sont chargées d'assurer la mise en œuvre et le fonctionnement de ces organisations dans leurs districts. Elles bénéficient du concours des autorités gouvernementales et des comités locaux des grandes associations d'hygiène dans leur Etat respectif.

Les conférenciers ont à leur disposition les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission ; un soin tout particulier préside au choix des tableaux et films cinématographiques pour les bien adapter à l'auditoire ; celui-ci est intéressé grâce à un certain sens d'humour qui apparaît dans les illustrations. De petites brochures illustrées, très concises, contenant des conseils pratiques sur l'hygiène buccale, sont distribuées, ainsi que des brosses à dents, dans les écoles et dans toutes les agglomérations.

Les comités locaux, avec le concours moral et pécuniaire des municipalités, des sociétés de bienfaisance et grâce aux

libéralités des nombreux donateurs, organisent et font fonctionner sous leur direction et leur contrôle les cliniques dentaires installées dans les écoles, les usines, les hôpitaux. Des cliniques spacieuses très claires, toujours d'aspect attrayant par la netteté et la propreté des locaux, sont pourvues du matériel et de l'instrumentation les plus perfectionnés : fauteuils à pompe, crachoirs-fontaines, tableaux électriques, air comprimé, radiographie, etc. Le patient a l'impression que les organisateurs veillent avec un soin jaloux à ce que l'installation matérielle soit aussi parfaite que possible, il se rend compte que l'opérateur, mis en possession de tous les moyens matériels que la science a développés, peut ainsi lui donner les soins les plus éclairés et que, dans ce domaine, le mot égalité trouve sa vraie signification : la misère physique frappant indistinctement le riche comme le pauvre, la société, consciente de ses devoirs envers elle-même, a voulu que l'un et l'autre bénéficient également des moyens que la science met à sa disposition pour soulager, pour guérir et surtout pour prévenir.

Forsyth's Institute. — Parmi les organisations créées pour le développement de l'hygiène buccale, il convient de citer spécialement celle que possède la ville de Boston grâce à la généreuse donation des frères Forsyth : le Forsyth Dental infirmary for Children spécialement réservé aux enfants de la ville.

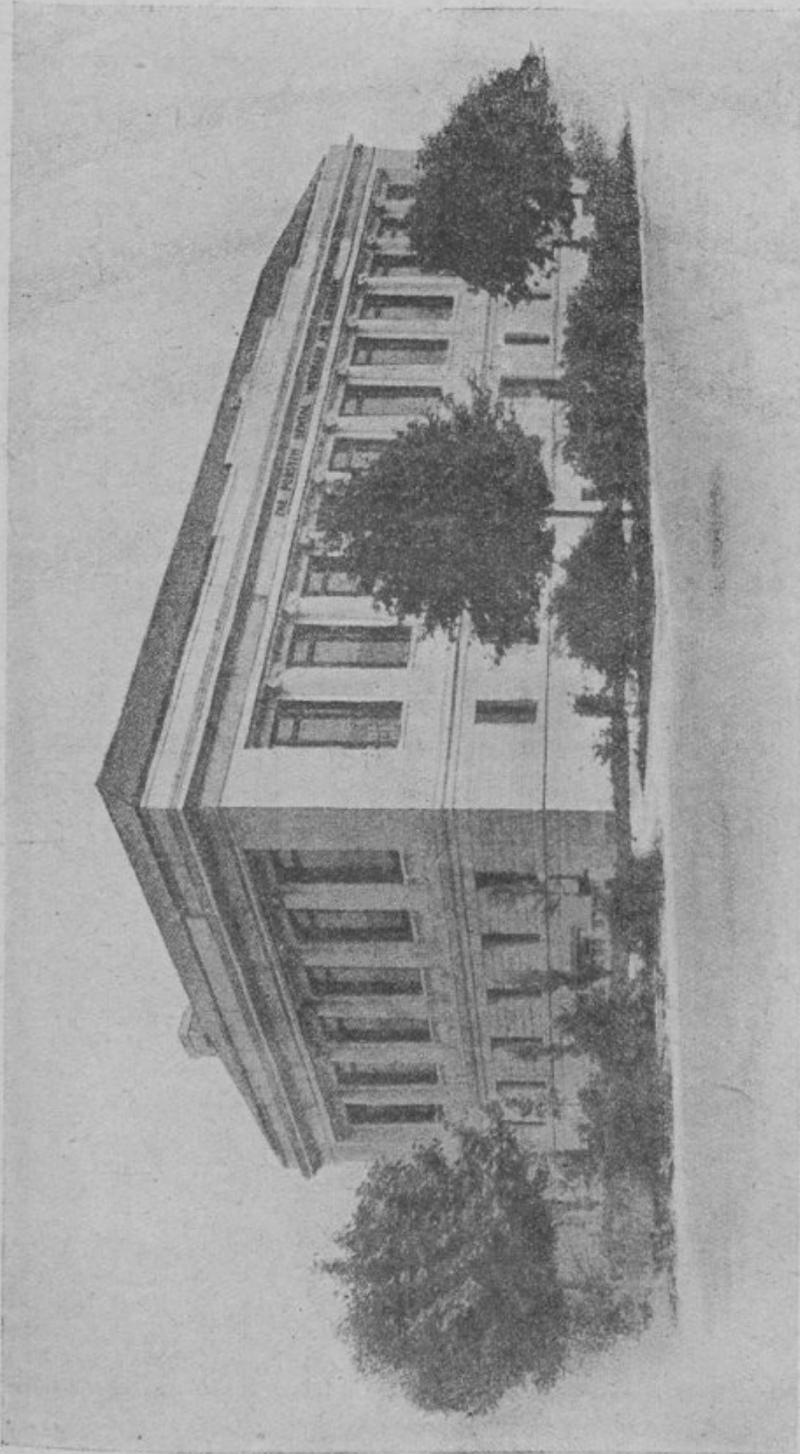
Les enfants sont admis jusqu'à l'âge de 16 ans. Ils sont reçus au nombre de 2.000 environ par semaine.

Cette œuvre a pour but de :

1° Eduquer les parents, instituteurs, nurses et enfants sur la valeur d'une bouche saine et de bonnes dents et de leur fournir toutes les indications utiles quant aux meilleurs moyens de les réaliser.

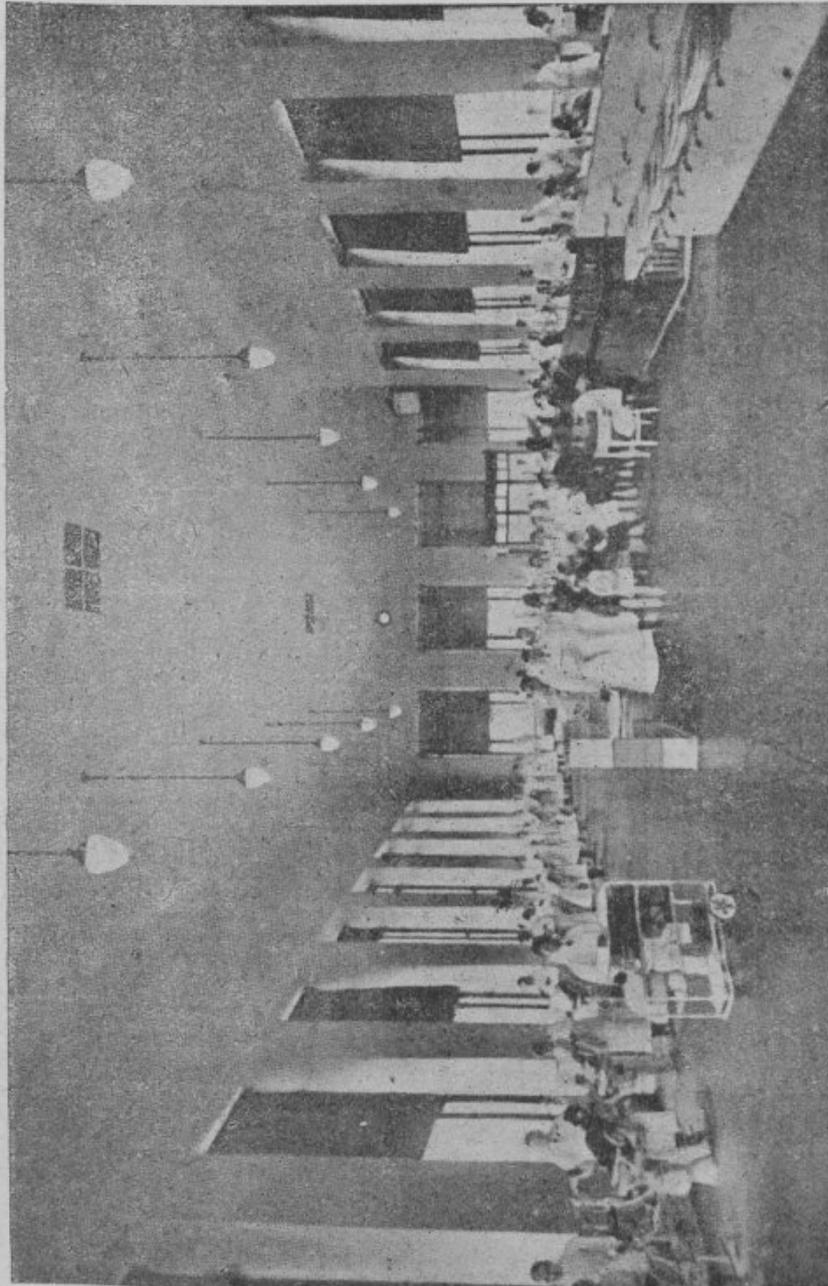
2° Prévenir la carie dentaire par les soins prophylactiques de la bouche, le traitement et la préservation des dents temporaires.

3° Rechercher les causes et étudier les moyens préventifs des lésions pathologiques de la bouche et des dents.



Dispensaire dentaire Forsyth pour enfants.

4° Remédier, autant que possible, aux conditions patho-



Salle de clinique dentaire du Forsyth's Institute.

logiques existantes tant au point de vue de la carie dentaire que des lésions buccales.

5° Etablir et propager les règles de l'asepsie dentaire et buccale afin d'amener le public à une conception et à une observation meilleure de cette hygiène.

6° Donner à la profession l'opportunité d'accomplir une œuvre d'assistance tout en lui fournissant le champ d'expérience éducatrice d'une large consultation.

Pour atteindre ce but les donateurs ont mis à la disposition de cette œuvre un capital de 20.000.000 de francs, destiné en partie à la construction des locaux, le revenu de la somme restante devant servir à leur entretien et au fonctionnement de l'institution.

Le bâtiment, très richement décoré de marbre blanc, est magnifique; il est construit au centre d'un parc, à proximité des bâtiments de l'Université Harward où, dans ce cadre intellectuel, il fait honneur à la profession.

Il comprend :

Des salles spéciales pour la réception des malades, une salle de récréation servant de salle d'attente aux enfants, des salles spéciales ne contenant qu'un fauteuil et réservées à l'examen buccal (les extractions se font sous anesthésie dans des salles analogues); une splendide salle de dentisterie opératoire, une salle d'orthodontie, un laboratoire, tout cela formant l'installation purement dentaire. Deux salles d'opérations, quelques lits, un service d'oto-rhino-laryngologie, une splendide installation radiologique et un laboratoire de recherches grand, clair et parfaitement outillé, un splendide amphithéâtre pour cours, une bibliothèque complètent l'installation générale.

Au point de vue matériel il n'y a rien à reprendre : fauteuils perfectionnés, tableaux électriques, air comprimé, rien ne fait défaut; mais ce qui frappe le visiteur est sans conteste l'organisation de la stérilisation. Une série complète d'instruments contenus dans un plateau spécial est renouvelée chaque fois que le malade quitte le fauteuil. Ces instruments, conduits par des chariots spéciaux dans le service de stérilisation, sont nettoyés et placés avec leur plateau dans des casiers pouvant contenir plusieurs dizaines de



Quelques enfants quittant le Forsyth's Institute, les soins dentaires terminés.

plateaux ; les casiers, glissant sur un pont roulant, sont introduits dans de vastes étuves à air chaud qui permettent la stérilisation simultanée de 500 plateaux contenant chacun une série complète d'instruments. Il n'y a qu'une stérilisation par jour.

La sortie des casiers stérilisés se fait de la même manière par l'autre côté de l'étuve dans une pièce spéciale tenue rigoureusement aseptique. Les plateaux d'instruments ne quittent cette salle que pour être remis à l'opérateur, qui les demande par sonnerie au moment où son patient prend place au fauteuil.

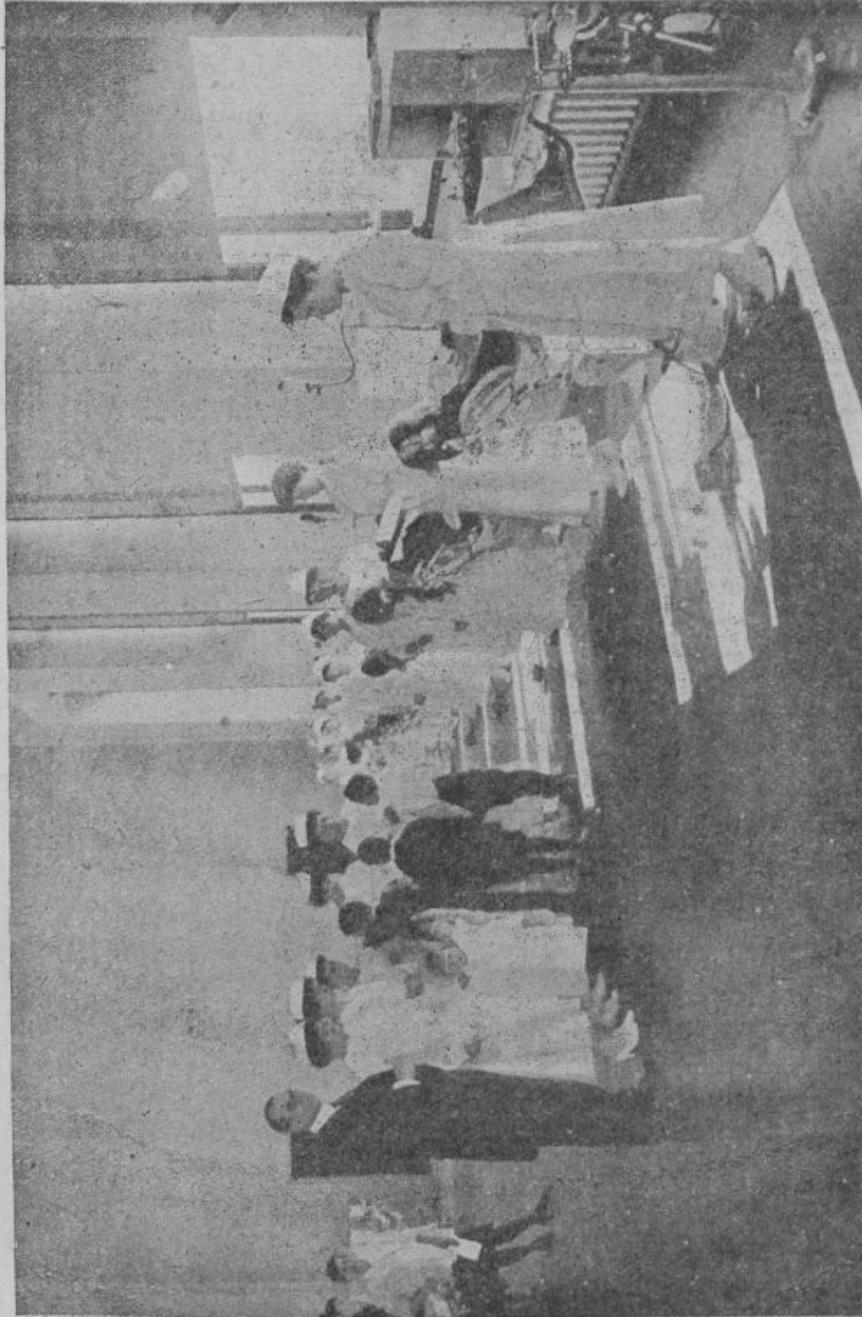
Le personnel de cette institution, largement rétribué, est composé de 40 dentistes appointés, de nombreuses nurses, *d'un personnel administratif très réduit*, enfin d'un personnel de service en rapport avec l'importance des services.

Des dentistes visiteurs sont admis et coopèrent au traitement des enfants. Au revenu provenant du don de création de l'institution viennent s'ajouter quelques ressources : dons, donations, droits d'inscriptions des étudiants désirant faire un stage, élèves de l'École pour hygiénistes dentaires, rétribution de 0 fr. 25 versée par enfant pour chaque admission à la clinique.

L'œuvre de propagande de cette jeune institution (elle entre actuellement dans sa 5^e année) est considérable. Les bouches de 60.000 enfants ont été mises en état pendant les trois premières années de fonctionnement. En outre de nombreuses conférences publiques ont été faites sur l'hygiène dentaire et buccale. Enfin récemment un service spécial a été créé pour l'enseignement et la délivrance d'un diplôme d'« hygiéniste dentaire ».

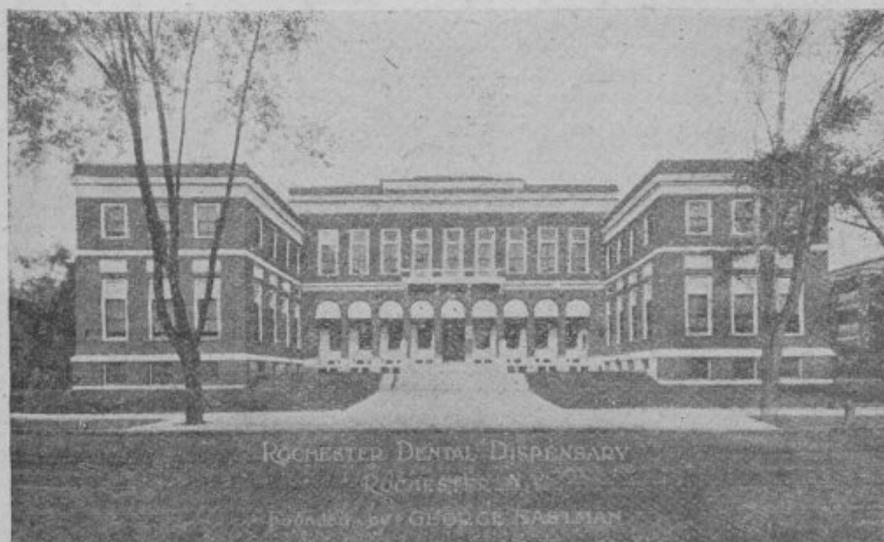
Dental hygienist (Hygiéniste dentaire). — Le développement de l'hygiène buccale a pris une telle extension et les autorités lui accordent un tel crédit que le nombre très élevé des chirurgiens-dentistes n'a pas paru suffisant pour satisfaire aux besoins.

Plusieurs Etats, imitant la décision prise par l'Etat de Massachusetts en 1915, ont reconnu le droit d'exercice,



Clinique d'enseignement prophylactique du Forsyth's Institute pour les étudiants « hygiénistes dentaires ».

limité aux nettoyages des dents et aux soins prophylacti-



Dispensaire dentaire de la ville de Rochester.

ques de la bouche, aux femmes qui justifieraient d'une année d'études spéciales et du diplôme de « Dental Hygienist ».



Quelques élèves « dental hygienists » du Dispensaire dentaire de Rochester.

La ville de Rochester possède une École spéciale chargée de cet enseignement ; d'autres établissements notamment le Forsyth's Institute et l'Université de Colombie ont ouvert des sections spéciales pour la formation des « Oral Hygienists », qui sont en outre éduquées pour assister le dentiste dans ses opérations, car elles ne peuvent exercer, d'après la législation spécialement établie, que chez un chirurgien-



Soins prophylactiques dans les cliniques scolaires.

dentiste et sous son contrôle. Les « Dental Hygienists » sont de véritables « dental nurses », c'est-à-dire des infirmières spécialisées assistant le dentiste au même titre que les infirmières spécialisées assistent le chirurgien.

L'enseignement comprend des notions sur l'anatomie, la physique, la bactériologie, l'histologie, la pathologie générale et spéciale, des cours complets sur l'hygiène générale et spéciale, la stérilisation et l'instrumentation, des travaux pratiques portant sur le choix et l'utilisation des instruments, leur stérilisation et leur entretien, le nettoyage des dents.

Les élèves apprennent le lavage buccal, le curetage du tartre, le polissage au bois, l'usage des strips et fils de soie, aucun autre instrument que les scalers ne leur est permis, pas d'emploi du tour. Le cours a une durée de 8 à 9 mois, réduit à 5 mois pour les élèves produisant un diplôme d'infirmière médicale ou un certificat de 3 années de pratique



Soins prophylactiques des militaires au Dispensaire dentaire de Rochester.

comme assistante chez un dentiste dont la valeur est reconnue. Les droits scolaires, frais de livres et instruments varient, suivant les institutions, de 400 à 1.000 fr.

L'enseignement pratique a lieu au Dispensaire de l'établissement et dans les cliniques scolaires, ce qui favorise singulièrement le développement de l'hygiène buccale.

L'armée a envisagé l'utilisation des « dental hygienists » comme auxiliaires adjointes aux dentistes militaires ; un certain nombre d'entre elles assurent les soins prophylactiques dans les cliniques militaires.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1918.

Démonstration anatomique de la triple origine des incisives humaines (Preuve préhistorique)

Par le D^r MARCEL BAUDOUIN.

En examinant deux maxillaires supérieurs humains, recueillis dans l'ossuaire *néolithique* vierge des Cousins, à Bazoges-en-Pareds (Vendée), que j'ai personnellement fouillé¹, j'ai eu l'occasion de faire une constatation matérielle des plus intéressantes. Elle prouve, d'une façon péremptoire, la valeur et la réalité de l'hypothèse que j'avais théoriquement soupçonnée jadis² : à savoir que les INCISIVES humaines devaient être primitivement constituées par *trois germes* ou bourgeons *dentaires*, exactement comme la *canine*, dont j'ai antérieurement fait connaître la triple origine, en découvrant un exemplaire de cette dent pourvu de *trois racines*³ très distinctes.

Voici une brève description de ces deux faits, jusqu'à présent uniques :

1^o Un maxillaire droit [n^o 37] présente, comme dents non tombées dans l'ossuaire, les deux premières prémolaires de *première dentition* et la première grosse molaire, encore incluse, mais bien visible. L'*usure* notable des prémolaires indique un âge supérieur à deux ans et demi, tandis que la dent de cinq ans, non sortie, montre que le sujet ne devait pas avoir encore quatre ans. A la dissection, par volet osseux de l'os incisif, au niveau de son bord articulaire avec celui du côté opposé, on voit, à sa place accoutumée, en haut et en dedans, la *couronne*, déjà très bien formée, de l'incisive médiane ou centrale, de deuxième dentition, très large, comme d'ordinaire, qui ne sortira qu'à huit ans.

Cette couronne, en forme de tranchet, est divisée en *trois* par-

1. Marcel Baudouin et L. Rousseau. *L'Ossuaire de la Ciste des Cousins, à Bazoges-en-Pareds (V.), etc.* — S. P. F., 1915, in-8^o.

2. Marcel Baudouin. La différence des racines dans les dents monoradiculaires, néolithiques et modernes : Fréquence de la bifidité des dents antérieures néolithiques. *Presse dentaire*, 1917. — Tiré à part, Paris, 1917, in-8^o (Cf. p. 17).

3. *Loc. cit.*, 1917 (Cf. p. 14).

ties bien distinctes : une interne et une externe, élargies en forme de palette ; une centrale, en forme de cône allongé, presque filiforme. C'est là, certes, une disposition connue (dent à 3 saillies), comparable à celle des dents dites en fleur de lys chez les jeunes chiens ; mais très rarement aussi nette, en réalité.

Or, si l'on examine la face inférieure, en gouttière transversale très allongée, de cette couronne, on constate qu'elle présente, correspondant à ces *trois* cuspides, bien isolées, TROIS petites CUPULETTES, dont les deux latérales sont très marquées et très caractéristiques, mais dont la centrale est si petite qu'elle est difficile à voir¹.

2° Je n'ai retrouvé ces TROIS CUPULETTES que sur un autre maxillaire [le n° 35], du côté gauche, d'un sujet de deux ans, où il ne persiste que la première prémolaire de première dentition non usée.

L'incisive centrale, moins âgée d'un an, est cependant aussi large que dans le cas précédent, quoique moins haute. Mais la CUPULETTE CENTRALE, déjà atrophiée à trois ans, est ici très nette et absolument indiscutable, quoique toujours petite !

Il résulte de ces deux faits que cette incisive centrale, au moins, possède TROIS SAILLIES à la couronne et TROIS CUPULETTES *sous-coronales*, c'est-à-dire correspond bien à TROIS GERMES DENTAIREs, accolés les uns à la suite des autres, latéralement, et intimement fusionnés.

Je n'ai pas retrouvé ces trois cupulettes sur d'autres pièces, même chez des enfants âgés de un an et demi, deux ans et demi et trois ans.

Mais, sur presque tous ces os, les deux cupulettes latérales étaient parfaitement reconnaissables encore, en raison de la largeur particulière de cette incisive, dès que sa couronne commence à se former.

D'ailleurs, à partir de quatre ans, la dentine se déposant en abondance à sa base, cette couronne se modifie promptement. Sa face inférieure devient tellement cylindrique, au lieu d'être étalée et aplatie, qu'on n'y distingue plus qu'une sorte de *cône à cupulette unique*. — Les trois saillies d'origine se sont transformées, d'abord en deux latérales, puis en une seule, bien centrale, par tassement et rapprochement du tissu dentaire.

C'est ce qui explique pourquoi, n'observant pas des sujets assez

1. Il est possible que, si ce sujet eût vécu, l'incisive eût été à deux racines [fait dont j'ai (*loc. cit.*, p. 13) prouvé déjà la réalité pour l'incisive latérale], car on voit que le bord postérieur de la collerette de cette couronne présente un *sillon* marqué, par suite d'une sorte de hernie en dedans de la cavité dentaire de la dentine à ce niveau.

jeunes, on n'avait pas, jusqu'à présent, pu faire de telles constatations, ni pour l'ère moderne, ni pour l'époque préhistorique (Pierre Polie), malgré le très grand intérêt qu'elles présentent, au point de vue de l'anatomie générale et philosophique¹.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 août 1918.)

Séance du 22 octobre 1918.

La chéiloraphie, ses indications et ses résultats dans les chéiloplasties atypiques et difficiles et dans les autoplasties péri-buccales.

Par M. H. MORESTIN.

M. Morestin, qui s'est fait une spécialité de la chirurgie, montre les avantages de la chéiloraphie ou suture temporaire partielle ou totale des deux lèvres l'une à l'autre. Cette opération trouve ses indications dans certaines interventions chéiloplastiques particulièrement délicates et difficiles et dans quelques autoplasties péri-buccales.

La chéiloraphie, fait remarquer M. Morestin, est en somme une opération comparable à la blépharoraphie et, de même que celle-ci modifie heureusement la chirurgie réparatrice des paupières, elle favorise nettement la réparation des lèvres, si bien que ses avantages surpassent nettement les inconvénients momentanés qu'elle entraîne pour le sujet.

Le principe de l'intervention est d'utiliser la lèvre saine pour équilibrer et maintenir en bonne attitude celle qu'il s'agit de reconstituer ou de réparer.

La chéiloraphie, en particulier, paraît appelée à rendre de grands services dans nombre de chéiloplasties atypiques comme celles qu'on est souvent obligé de pratiquer sur les blessés de guerre, aussi pour améliorer secondairement des résultats imparfaits de chéiloplasties, pour le traitement des éversions labiales, des ectropions dus aux brûlures, dans le cas de néoplasmes étendus de la face et siégeant dans le voisinage des lèvres, etc.

Dans le plus grand nombre des cas, la chéiloraphie doit être partielle et c'est tout à fait exceptionnellement que la fermeture totale de l'orifice labial se justifie.

1. Dans une note ultérieure, je montrerai : 1° que toutes les dents humaines monoradiculaires sont à trois germes, comme les incisives et les canines ; 2° que chaque grosse molaire résulte de la fusion de deux dents à trois bourgeons, et par conséquent a eu six germes à son origine.

Cette chéiloraphie incomplète sera, suivant les cas, latérale, centrale ou subtotale, allant presque d'une commissure à l'autre.

L'opération en elle-même consiste dans : 1^o l'avivement, 2^o la suture des parties des lèvres qu'il convient d'unir.

Pour pratiquer l'avivement, le mieux est de dédoubler chacun des bords libres par une incision transversale passant dans la bordure rouge à une faible distance de sa limite antérieure.

La suture doit être pratiquée sur deux plans, l'un profond au catgut fin rapprochant les demi-tranches postérieures résultant du dédoublement labial, l'autre au crin réunissant les couches superficielles.

La chéiloraphie, qui est le prélude d'une autoplastie ou d'opérations plastiques, doit avoir été précédée de l'extraction des dents cariées, de l'application des appareils de prothèse, etc.

L'opération s'effectue aisément sous l'anesthésie cocaïnique.

Les inconvénients de la chéiloraphie sont bien minimes et presque inaperçus quand la suture est latérale ; quand la suture est centrale ou subtotale, l'alimentation est faite à la sonde ou au biberon.

La chéiloraphie, fait enfin remarquer M. Morestin, permet d'apporter une précision plus grande dans certaines opérations réparatrices labiales et elle met en mesure d'utiliser plus complètement les appareils de prothèse destinés à servir de moules dans les réfections labiales et labio-mentonnières.

En somme, de façon générale, la chéiloraphie constitue la plus sûre des ressources contre les déformations qui trop souvent compromettent des résultats opératoires de prime abord satisfaisants. Cette opération, en définitive, introduit donc dans l'autoplastie des lèvres et les régions périlabiales un élément de précision, de stabilité, de sécurité qui lui permet réellement de soutenir la comparaison avec la blépharoraphie.

(*Presse médicale*, 24 octobre 1918).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1918.

Fistules salivaires.

Par MM. PETIT DE LA VILLÉON et JEAN.

MM. Petit de la Villéon et Jean (rapport de M. Morestin), médecins de la marine, ont adressé à la Société deux observations de fistule salivaire, l'une (Petit de la Villéon) consécutive à une

blesseure de guerre, l'autre (Jean) survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde à la suite d'un abcès parotidien.

Dans son cas, M. Petit de la Villéon a suivi la technique de M. Morestin : excision totale de la fistule avec les tissus cicatriciels qui l'entourent ; suture profonde appliquée sur le tissu parotidien et l'enveloppe aponévrotique de la glande ; suture de la peau sans drainage. La réunion primitive a été obtenue, et en peu de jours le blessé était définitivement guéri.

Dans le cas de M. Jean, la fistule siégeait sur le canal de Sténon. Ici encore, le chirurgien eut recours à l'opération de Morestin : sous anesthésie locale, extirpation complète du bloc cicatriciel ; on dissèque ensuite le canal de Sténon, on le lie et le moignon est enfoui. Réunion sans drainage. Au bout de peu de jours, la réunion est parfaite et la guérison acquise.

Depuis sa dernière communication de mars 1917 sur ce sujet, M. Morestin a eu à traiter 24 fistules salivaires, provenant de blessures de guerre, auxquelles il convient d'ajouter 1 cas de la pratique civile où la fistule était due à une ulcération de la parotide provoquée par une application de radium. Il est bien entendu qu'il n'est ici question que de cas exigeant une opération, car dans le même laps de temps M. Morestin a pu voir un assez grand nombre de fistules s'oblitérer spontanément.

Ces 25 fistules étaient : glandulaires, 18 ; sténoniennes, 7. Tous ces cas sans exception ont guéri, traités comme il a été dit précédemment, et ils ont guéri très rapidement.

Le succès n'a pourtant pas été d'emblée parfait pour tous les opérés. Chez un certain nombre d'entre eux, on a vu se constituer une collection salivaire promptement enkystée. Mais il a suffi de l'évacuation périodique du kyste par des ponctions successives, pour triompher de cette petite complication : le liquide se reproduit avec une abondance décroissante et disparaît entièrement au bout de peu de temps. De fait, tous les opérés ont guéri en quelques jours, sans autre incident et d'une façon définitive.

M. Morestin se croit donc de plus en plus autorisé à considérer l'extirpation des fistules salivaires avec réunion intégrale comme une méthode très recommandable, et même comme la méthode de choix.

(*Presse médicale*, 5 décembre 1918).

XXVII^e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7-10 octobre 1918.

Recherches expérimentales faites au Collège de France et résultats cliniques de réparation de pertes de substance osseuse par la greffe.

Par M. S. VORONOFF (de Paris).

Les recherches expérimentales faites par l'auteur à la station physiologique du Collège de France ont confirmé le rôle actif du greffon.

Avant que les capillaires aient pu se former en nombre suffisant, tous les éléments constitutifs de l'os subissent une dégénérescence à peu près totale, sauf un seul: la cellule conjonctive. Ce sont les cellules conjonctives préexistantes dans le greffon et celles provenant des lymphocytes diapédésés qui réédifient l'os.

Les résultats cliniques des greffes osseuses permettent de tirer les conclusions suivantes:

1^o La greffe est indiquée dans les cas de pertes de substance osseuse toutes les fois qu'on a constaté l'arrêt définitif de processus ostéogénétique de réparation;

2^o Elle ne doit être pratiquée, dans les cas des pertes osseuses consécutives aux lésions donnant lieu à de longues suppurations, que plusieurs mois après la cicatrisation complète de la plaie, pour éviter les accidents dus au réveil du microbisme latent;

3^o L'autogreffe est la méthode de choix;

4^o Les greffons seront pris de préférence à la crête et à la face interne du tibia;

5^o Les lamelles ostéopériostiques prises au tibia fournissent également un excellent matériel de greffe;

6^o Le greffon sera fixé par enchevillement dans le canal médullaire des fragments de l'os lésé, ou appliqué à la manière d'une attelle entre ces fragments et leur périoste;

7^o L'emploi des fils métalliques, des plaques et des vis est à proscrire.

(*Presse médicale*).

Réparation des pertes de substance osseuse et des pseudarthroses par la greffe ostéopériostique prise au tibia.

Par M. DELAGENIÈRE (du Mans).

L'auteur constate que, depuis sa dernière communication en décembre 1917 à la Société de chirurgie, la méthode des greffes ostéo-

périostiques a rallié un grand nombre de chirurgiens. Ces greffes semblent avoir supplanté les greffes osseuses d'Albee, même celles pratiquées par la méthode américaine, qui ont cependant donné des succès pour les petites pseudarthroses du maxillaire et des os longs. Elles semblent également supérieures aux greffes cartilagineuses, aux greffes faites avec l'écaïlle de l'omoplate, et surtout à celles prises sur le crâne lui-même ou pratiquées avec des plaques métalliques. M. Delagenière apporte aujourd'hui 38 nouveaux cas, ce qui porte à 197 le total de ses cas personnels depuis la guerre. Il insiste seulement, dans la présente communication, sur l'emploi de ces greffes pour le maxillaire inférieur et les os longs.

Pour le maxillaire, il faut que les greffes soient placées dans de bonnes conditions physiologiques. Il faut préparer la place qu'elles doivent occuper dans les tissus par des opérations préparatoires autoplastiques si ces tissus sont insuffisamment vivants. Il faut aussi que les fragments du maxillaire à greffer aient été mis en bonne position par des appareils intra-buccaux faits par des spécialistes dentistes. Quand le maxillaire sera ainsi mis en articulé, on procédera à la greffe. On distinguera la greffe de la symphyse, celle de la branche horizontale et celle de l'angle.

Celle de la symphyse est plus difficile à réaliser. Après la libération des deux extrémités osseuses, on placera une greffe en arrière si le périoste a pu être décollé avec la muqueuse ou une greffe entre les deux extrémités si ce décollement n'a pu avoir lieu ; enfin on placera une greffe large en avant, bien accolée par sa face secrétante sur les extrémités osseuses dénudées. Les greffes une fois en place seront fixées aussi exactement que possible dans les parties molles par des points de catgut. Cette fixation est indispensable pour éviter les déplacements secondaires de cette greffe.

La branche horizontale se greffera d'une façon analogue, une greffe postérieure ou intermédiaire face secrétante regardant en avant et une greffe externe face secrétante contre l'os dénudé.

Pour l'angle, on emploiera 2 greffes verticales enchâssant une greffe horizontale externe, les 3 greffes étant maintenues vers l'angle par un point de suture.

Dans tous les cas, les greffes provoquent la formation d'un cal analogue aux cals de fracture, et qui finit par les englober elles-mêmes, ainsi que les extrémités osseuses. La formation de ce cal est facile à suivre sur les radiographies.

(*Presse médicale.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

En raison du retard involontaire apporté depuis quelques mois à la publication de l'Odontologie le désir de renseigner le plus tôt possible nos lecteurs nous amène à signaler dans ce numéro de décembre 1918 des événements qui ne se sont produits qu'en janvier 1919. Disons donc que le décret et l'Instruction ministérielle relatifs aux grades d'officiers dentistes créés par la loi du 18 octobre 1918 ont été enfin signés le 11 janvier 1919 et ont paru au Journal Officiel du 19 du même mois.

Annonçons également que le décret du ministre de l'Instruction publique sur la situation scolaire des étudiants en chirurgie dentaire mobilisés a paru au Journal officiel du 10 janvier 1919.

Nous publierons ces décrets in-extenso dans notre prochain numéro et en ferons une étude critique.

Nous rappelons que des démarches nombreuses et répétées près des deux ministères avaient été faites au sujet de ces deux décrets par les délégués de la Commission spéciale du Groupement des Ecoles dentaires et de la F. D. N., MM. Godon, Blatter, Barden, Fontanel, Frey, Pont et G. Villain, comme ils l'avaient fait du reste pour la loi, afin d'en hâter la publication et de donner satisfaction aux vœux de la profession.

La même Commission s'est réunie les 10 et 17 janvier pour examiner la situation et l'organisation des services dentaires d'après-guerre. Des vœux ont été adoptés à ce sujet et sont transmis aux pouvoirs publics, ainsi qu'aux membres du Parlement qui ont appuyé les revendications de nos groupements professionnels. Ces vœux seront publiés dans le prochain numéro.

Il en est de même des vœux relatifs au projet d'organisation de la profession en Alsace-Lorraine qui nous a été demandé.

Dans ce projet il est recommandé, en ce qui concerne l'exercice légal, dont la réglementation française est si différente d'avec la législation allemande, de prendre comme base la loi sur la médecine du 30 novembre 1892 avec ses dispositions transitoires et, pour l'enseignement, le décret du 11 janvier 1909, qui repose sur le principe de l'autonomie des études dans les écoles dentaires spéciales.

..

M. G. Villain s'est embarqué le 8 janvier sur le « Chicago » chargé d'une nouvelle mission officielle aux Etats-Unis par le Service de santé, sur la demande des professeurs des Universités américaines.

Le commissariat général de la propagande et de la Presse vient d'accorder à ce sujet un crédit de 2.500 francs pour l'achat de cent exemplaires du compte-rendu du Congrès Dentaire Inter-allié tenu à Paris en 1916. Ces volumes sont destinés à être distribués aux Universités américaines par M. Georges Villain dans le cours de sa mission.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bon succès à l'infatigable voyageur professionnel.

..

Nous avons le plaisir de recevoir en ce moment à Paris la visite du professeur E. C. Kirk, l'ancien doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

Nous lui souhaitons la bienvenue.

..

Plusieurs des membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris ou affectés à des services militaires de la région parisienne en vertu de nouvelles circulaires ont repris leur enseignement. Le bureau de l'Ecole les a reçus avec reconnaissance et leur a

souhaité une fraternelle bienvenue. Grâce à eux, l'Ecole dentaire revient graduellement à son fonctionnement normal d'avant la guerre.

..*

M. le D^r Herpin, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale de Bordeaux, vient de recevoir la croix de chevalier de la Légion d'honneur, ainsi que M. le D^r Besson, chef du service de Montpellier, et M. Rebel, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous leur adressons nos bien vives félicitations.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

CONSEIL D'ÉTAT

Un expert chimiste, M. R..., se plaignait de certaines dispositions d'un arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917, qui a eu pour but d'assurer, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, l'application des règlements sur la vente des substances médicamenteuses.

Suivant le requérant, cet arrêté aurait interdit la vente directe aux chirurgiens-dentistes des ciments et amalgames nécessaires à la fabrication et à la pose des dents artificielles.

Le Conseil d'Etat, dans l'arrêt qu'il vient de rendre, a fait observer que cet arrêté a prescrit à bon droit que la vente des substances à l'usage de la médecine humaine dont les dentistes font usage ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire des pharmaciens. Mais, ainsi que cela résulte de l'arrêt, le requérant a fait erreur en croyant que l'arrêté ministériel incriminé s'oppose à ce que les chimistes experts préparent et vendent directement aux dentistes les ciments, amalgames ou autres compositions chimiques sans caractère médicamenteux, qui sont nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. Il n'existe sur ce point aucune interdiction.

L'auteur du pourvoi a donc, en réalité, satisfaction sur cette question.

(Le Temps, 31 décembre 1918.)

BIBLIOGRAPHIE

Congreso Dental Pan-Americano de Chile.

Les compte rendus du *Congrès dentaire pan-américain du Chili* tenu en octobre 1917 à Santiago du Chili, que nous avons annoncé en son temps et qui avait réuni 330 membres, viennent de nous parvenir. Ils occupent un gros volume de 639 pages publié par la Commission d'organisation.

L'ouvrage est divisé en 4 parties. La première comprend une introduction, les Commissions, délégués, adhérents, le règlement, le programme, les conclusions et le code de déontologie adoptés par le Congrès. La seconde partie contient la séance d'ouverture, les sections scientifiques, les communications avec les discussions qu'elles ont provoquées, les démonstrations pratiques et la séance de clôture. La troisième est consacrée aux réunions professionnelles, fêtes, banquets et excursions. La quatrième, très courte, expose la fondation de la Fédération odontologique latino-américaine, dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 30 juin 1918, page 274, les comptes de trésorerie et la table des matières.

Le volume est illustré d'un certain nombre de figures et de planches, qui accompagnent les communications présentées.

Il suffit de parcourir cet ouvrage pour se rendre compte du travail accompli par le Congrès, dont le président d'honneur était le Dr Germain Valenzuela, directeur de l'Ecole dentaire de Santiago du Chili, et le secrétaire général M. Labarca Hubertsón, secrétaire de cette Ecole.

Il y a lieu d'adresser des félicitations aux auteurs de cette intéressante publication, et particulièrement à M. Valenzuela, D. E. D. P.

Les courbes dentaires et le triangle équilatéral mandibulaire de Bonwill. Nouveaux diagrammes.

Dans un travail, consacré à cette question et que nous avons annoncé dans notre dernier numéro, l'auteur, M. Juan Ubaldo Carrea, de Madrid, aboutit aux conclusions suivantes :

On prend la mesure des diamètres mésiodistaux des incisives centrale et latérale et de la canine de la mâchoire inférieure (17,78,

par exemple), on la multiplie par 6 et l'on obtient la mesure de la petite conférence (106,71) que représente la formule $2 \pi R$.

Avec cette mesure 106,71 on cherche celle qui correspond au rayon : $2 \pi R = 106,71$, d'où $R = 106,71 ; 2 \pi = 17$.

Le nombre 17 mesure le rayon de la petite conférence, origine de la courbe mandibulaire, c'est la corde de l'arc que représente la sixième partie du côté du triangle de Bonwill (102 mm) et la troisième partie du grand côté de l'arcade dentaire.

Le rayon qui engendre la courbe maxillaire égale le 1/4 du côté du triangle de Bonwill (25,50).

Les sécantes (arcs de 60°) sont égales aux diamètres des conférences respectives.

Les tangentes sont égales aux côtés des triangles inscrits dans leurs cercles correspondants.

NÉCROLOGIE

Emile Chautemps.

Nous avons le très vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 69 ans, de M. Emile Chautemps, sénateur de la Haute-Savoie, vice-président du Sénat, médecin en chef de l'hôpital militaire du Panthéon, ancien ministre des Colonies. Il a succombé le 11 décembre aux suites d'une opération chirurgicale qu'il avait subie il y a quelque temps.

Né en Haute-Savoie, M. Chautemps, après avoir fait ses études médicales à Paris, resta dans la capitale et y exerça sa profession. En 1884, il fut élu conseiller municipal dans le 3^e arrondissement de Paris, et en 1889 président du Conseil municipal de Paris. Aux élections générales de 1889, il fut nommé député du même arrondissement. Le 21 mai, 1905, il fut nommé sénateur.

M. Ribot, dans le cabinet qu'il constitua en 1895, s'assura le concours de M. Chautemps, qui reçut le portefeuille des colonies.

M. Chautemps avait pris du service au début de la guerre comme médecin principal. Il avait créé, rue Lhomond, sous le nom d'hôpital du Panthéon, un hôpital modèle qui fut inauguré par le Président de la République.

M. Emile Chautemps a eu deux de ses fils morts au champ d'honneur, dont l'un avait été député.

Il était membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, à laquelle il a prêté son appui dans de très nombreuses circonstances. A maintes reprises, il a présidé les séances de réouverture des cours et de distribution des récompenses (1894, 1897, 1898, 1899). Il ne fut jamais fait appel en vain à son intervention quand les circonstances l'exigeaient et à ce titre il doit être considéré comme un des bienfaiteurs de l'Ecole.

Le corps dentaire perd en lui un précieux patron et son souvenir mérite d'être conservé dans les annales professionnelles.

Les obsèques ont eu lieu le jeudi 12 décembre à 14 heures. La réunion s'est faite à l'hôpital du Panthéon, rue Lhomond, d'où le corps a été transporté à la gare de Lyon. L'inhumation a été faite à Valleiry (Haute-Savoie).

L'Ecole dentaire y était représentée par M. le D^r Godon, président de la Société, et par plusieurs membres du corps enseignant.

Nous adressons à la famille de M. Chautemps nos plus sincères condoléances.

Henri Lanos.

L'Ecole dentaire de Paris vient de faire une perte sensible dans a personne de M. Henri Lanos, D. E. D. P., D. D. S., chef de clinique, décédé le 11 décembre à l'âge de 34 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le 13 et l'inhumation a été faite au Père-Lachaise. L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par plusieurs membres du Conseil d'Administration et par une délégation d'élèves. Au cimetière, M. Eudlitz a prononcé, au nom de M. Blatter, directeur adjoint, empêché, l'allocution suivante :

Au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, je me fais un devoir de dire un dernier adieu à notre excellent confrère et ami, Henri Lanos, si prématurément enlevé à l'affection des siens.

C'est avec une bien grande émotion que je m'acquitte de cette douloureuse mission, émotion partagée par tous nos confrères lorsqu'ils apprirent la mort si soudaine de notre ami.

Henri Lanos naquit à Blois, il fut inscrit comme élève à l'Ecole dentaire de Paris en 1901, fut diplômé de l'Ecole et de la Faculté de médecine en 1906.

Désireux de se perfectionner, il alla compléter ses connaissances en Amérique, à l'Université de Chicago où il obtint le titre de docteur en chirurgie dentaire.

De retour en France, Lanos prouva son attachement tout particulier pour la grande famille de l'Ecole dentaire de Paris en offrant son concours bénévole à notre œuvre d'enseignement et d'assistance; il devint démonstrateur en mai 1908 et chef de clinique en avril 1911.

Lorsque survint la guerre, il fut mobilisé au Dispensaire de l'Ecole, où il donna avec un scrupuleux dévouement ses soins aux blessés. Sa santé, délicate, fut ébranlée par le surmenage qu'il s'imposa, et la fatigue fit de lui une proie trop facile pour la terrible épidémie de grippe.

D'un esprit curieux, chercheur, il s'intéressa à l'évolution et aux progrès de la chirurgie dentaire, il publia dans l'*Odontologie* d'intéressantes publications.

Homme de devoir, d'un caractère égal et droit, d'une extrême modestie, Lanos emporte l'estime et la sympathie de tous ceux qui l'ont connu.

Puissent les regrets unanimes qu'il laisse parmi nous être à ceux qui le pleurent un adoucissement à leur profonde affliction !

Nous adressons à la famille de M. Lanos nos très sincères condoléances, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

Mikaël Schweitzer.

Notre confrère M. Schweitzer-Szwaycarsky vient d'avoir la douleur de perdre son fils, M. Mikaël Schweitzer, dentiste mili-

taire, décédé à Troyes, à l'hôpital Audiffred, le 12 décembre 1918, dans sa 35^e année.

Nous adressons à notre confrère l'expression de nos vifs regrets.

On annonce la mort de M. Gaston Charoy, directeur commercial de la maison Wisner et père de notre confrère M. Roger Charoy, dentiste militaire, décédé le 12 décembre 1918, à Paris, à l'âge de 50 ans.

Nous exprimons à la famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariage.

Le mariage de M. Jean Ducuing, médecin aide-major de 1^{re} classe, décoré de la Croix de guerre, fils de M^e Ducuing, avocat à la Cour d'appel et professeur de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris, avec M^{lle} Jeanne Prangey a eu lieu à la mairie du XIII^e arrondissement, dans l'intimité, le samedi 28 décembre 1918.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1918.

A

- Abcès** sous-maxillaire gauche d'origine dentaire (Thrombo-phlébite des sinus caverneux consécutive à un), p. 319.
- Académie** de médecine, p. 96, 454, 504.
- Adéno-phlegmons** sous-maxillaires (Les faux), p. 296.
- Adoption** d'un projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes, p. 357.
- Adresse** du groupement de l'école dentaire de Paris et de la F. D. N. au gouvernement et aux armées, p. 451.
- A. F. A. S.**, p. 318, 447.
- Aide** confraternelle et les Etats-Unis d'Amérique (L'), p. 184.
- — (L'exemple suédois et l'), p. 227.
- — (L'), p. 235, 308, 448.
- — aux dentistes français et belges victimes de la guerre (L'), p. 268.
- — (N'oubliez pas l'), p. 396.
- Aiguille** hypodermique (Introduction sans douleur d'une), p. 425.
- Allocution** de M. Blatter, p. 91.
- — Roy, p. 92.
- — Roussel, p. 94.
- — G. Viau, p. 308.
- Alvéole** après l'extraction (Calmant de la douleur dans l'), p. 254.
- Amalgame** antiseptique, p. 255.
- (Emploi de l'), p. 426.
- (Intays en), p. 467.
- Amalgames** (Méthode Fletcher pour malaxer les), p. 422.
- Anesthésie** locale pour l'extraction de la dent de sagesse inférieure (Procédé d'), p. 408.
- Appareils** (Présentation d'), p. 210.
- et instruments de stomatologie (Commission d'étude des), p. 238.
- Appel** professionnel, p. 232.
- Arme** (D'une 8^e), p. 394.
- Art** dentaire et les dentistes dans la littérature (L'), p. 480.
- Articulation** normale (Prise d'empreintes avec un composé à modeler, la bouche étant ouverte, sous la pression de l'), p. 381.

- — en Amérique en 1918 (L'), p. 485.
- Assurances** (La question des), p. 272.
- Autoplasties** péri-buccales (La chéiloraphie dans les), p. 506.
- Avis**, p. 96.

B

- Blessé** (Présentation d'un), p. 118.
- Blessés** et d'appareils (Présentation de), p. 130.
- (Vœu relatif au traitement des), p. 139.
- Bonnafoux** (Joseph), p. 444.
- Borax** dans la soudure (Le), p. 203.
- Borcier** (Emile), p. 184, 236.
- Bouche** (Pathologie des dents et de la), p. 185.
- de tranchée (La), p. 425.
- Bouchet**, p. 444.
- Boulogne** (Georges), p. 444.
- Bridges** (Adjuvant pour souder les couronnes et les), p. 425.
- (Coulage de facettes pour), p. 427.

C

- Cabinet** dentaire (Un), p. 441.
- Canaux** radiculaires sains et infectés (Thérapeutique des), p. 472.
- Caoutchouc** dentaire (Remplaçant du), p. 203.
- (Moyen de rendre souples les tubes de), p. 256, 428.
- Capdepont** (D'), p. 40.
- Certificat** d'assistante dentaire, p. 475.
- Chautemps** (Emile), p. 516.
- Chéiloraphie** dans les autoplasties péri-buccales (La), p. 506.
- Chirurgien-dentiste** (Diplôme de), p. 237.
- — dans la question des impôts (Obligations et droits du), p. 285.
- Chirurgiens-Dentistes** de la marine, p. 238.
- Ciment** pour réparer les moulages en plâtre, p. 204.
- synthétique, p. 416.
- Ciments** (Prise des), p. 427.
- Cire** d'un inlay mésio-occluso-distal (Mise en), p. 204.

Citations à l'ordre du jour, p. 45, 184, 236, 312, 346, 390, 443, 479.

Claser (Auguste), p. 392.

Cocaïne (Remplaçant de la), p. 254.

Comité d'entente des œuvres venant en aide aux veuves et orphelins de la guerre, p. 182.

Comité de secours aux blessés des mavillaires et de la face, p. 453.

Commission nationale de l'armée (A la), p. 348.

Congrès dentaire inter-alliés (A propos des comptes-rendus du), p. 187.

Congreso Dental Pan-Americano de Chile, p. 514.

Congreso dentario inter-aliados, p. 188.

Conseil d'Etat, p. 513.

Constriction cicatricielle des mâchoires datant de l'enfance et consécutive à un nonce traitée par une série d'opérations plastiques, p. 494.

Corps dentaire dans l'armée portugaise (Le), p. 180.

Courbes dentaires et le triangle équilatéral mandibulaire de Bonwill (Les), p. 514.

Couronne Richmond pour bicuspidé (Confection d'une), p. 254.

— d'or s'adaptant bien (Confection d'une) p. 255.

Couronnes et les bridges (Adjuvant pour souder les), p. 425.

Cruet (D^r), p. 46.

D

d'Argent (Jules) p. 314, 347.

Dent de sagesse inférieure (Cas de curetage alvéolo-radicalaire (maxillotomie) (sur la), p. 249.

— — — (Procédé d'anesthésie locale pour l'extraction de la), p. 408.

Dentier complet (Procédé de tenue de), p. 324.

Dentine (Innervation de la), p. 473.

Dentiste (Le grade d'officier), p. 302.

— (chez le), p. 345.

Dentisterie régimentaire (La), p. 191.

Dentistes (Projet de loi portant création d'officiers), p. 140.

— militaires canadiens (Les), p. 180.

— — (Les insignes des), p. 212.

— (Adoption d'un projet de loi tendant à la création d'officiers), p. 303.

— dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire (Rapport fait au nom de la Commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi tendant à la création d'officiers), p. 304.

— (Un local pour les), p. 440.

— dans la littérature (L'art dentaire et les), p. 480.

Denture maternelle peut retarder l'accroissement pondéral de l'enfant (Une mauvaise), p. 460.

Dents et de la bouche (Pathologie des), p. 185.

— naturelles pour travaux à pont et dents à pivot (Utilisation des), p. 325.

— (Forme et fonction des), p. 413.

Dernière heure (V. Table méthodique).

Digue après sa pose (Réparation d'une déchirure de la), p. 426.

Discours de M. Godon, p. 315, 395.

— — M. Roy, p. 316.

Disques de carborundum, p. 428.

Douleur post-opératoire (Soulagement de la), p. 425.

Dynamomètre buccal pour apprécier les impotences fonctionnelles et dépister les simulateurs, p. 474.

E

Ecole dentaire de Paris (V. Table méthodique).

Electro-radiologie (Précis d'), p. 312.

Empreintes avec le composé à modeler, la bouche étant ouverte et sous la pression de l'articulation normale (Procédé pour la prise d'), p. 381.

Etudes dentaires en Colombie (Les), p. 275.

Etudiants sous les drapeaux (Les), p. 38.

— — — des classes antérieures à 1918 (Scolarité des), p. 176.

— en chirurgie dentaire et aux mécaniciens-dentistes (Circulaire ministérielle relative aux), p. 142.

— — — de la classe 1919 (Les), p. 212.

— mobilisés (Les), p. 179.

Extraction (Calmant de la douleur dans l'alvéole après l'), p. 254.

— de la dent de sagesse inférieure (Procédé d'anesthésie locale pour l')

F

Faculté de médecine (A la), p. 96.

Fédération odontologique latino-américaine, p. 274.

Fête des élèves de l'Ecole dentaire de Paris pour l'armistice, p. 453.

Fistules salivaires, p. 507.

Forêts, p. 427.

Fournitures dentaires et les prohibitions d'importations (Les), p. 39.

- Fracture** symphysaire, p. 97.
 — rétro-dentaire, p. 107.
 — du maxillaire inférieur intra-abaisseurs gauche, p. 109.
 — mandibulaire post-élévateurs droite, p. 118.
Fractures du maxillaire inférieur (Procédé de ficelage en occlusion dans les), p. 279).

G

- Gencives** sectionnelles (Les jointures dans les), p. 203.
Gens à surveiller, p. 341.
Grefte osseuse dans les cas de perte de substance du maxillaire inférieur (Note sur la), p. 147, 205.
 — (Réparation de pertes de substance osseuse par la), p. 511.
Grefte ostéopériostique, p. 509.
Greffes ostéopériostiques (Méthode générale et technique des), p. 327.
 — osseuses (A propos de la discussion sur les), p. 429.
Griffon (Paul), p. 346.

H

- Hémorragie** (Traitement de l'), p. 427.

I

- Impôt** sur le revenu, p. 87.
Incisives humaines (Démonstration anatomique de la triple origine des), p. 504.
Inlay méso-occluso-distal (Mise en cire d'un), p. 204.
Inlays (Réparation des défauts au bord des), p. 236.
 — en amalgame, p. 467.
Innervation de la dentine, p. 473.
Intérêts professionnels, p. 511. (V. aussi Table méthodique.)

J

- Jointures** dans les gencives sectionnelles (Les), p. 203.
Jolivet (M^{me}), p. 347.

K

- Kystes** paradentaires (Contribution à l'étude clinique des), p. 311.

L

- Lanos** (Henri), p. 518.
Légion d'honneur, p. 48, 277, 318.
Lettre de M. Justin Godart (Une), p. 140, 364.
 — — M. M., p. 446.

- Levett** (Maurice), p. 47, 89.
Livre d'or des dentistes (V. Table méthodique).
 — reçu, p. 347, 448, 484.
Loi créant le grade d'officier dentiste, p. 349.
 — tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire (Texte de la), p. 351.

M

- Mâchoire** inférieure consécutive à des traumatismes de guerre (Manuel pratique du traitement chirurgical des pseudarthroses de la), p. 432.
Mâchoires datant de l'enfance et consécutive à un noma, traitée par une série d'opérations plastiques (Constriction cicatricielle des), p. 474.
Mariages, p. 48, 95, 145, 190, 238, 278, 390, 518.
Maxillaire inférieur (Conservation et utilisation des brides cicatricielles dans les pertes de substance étendues du), p. 49, 133.
 — — (Destruction des 2/3 de la branche horizontale du), p. 101.
 — — intra abaisseurs gauche (Fracture du), p. 366.
 — — nécrosé (Régénération complète de la moitié du), p. 139.
 — (Note sur la greffe osseuse dans les cas de perte de substance du), p. 147.
 — — (Note sur la greffe osseuse dans les cas de perte de substance du), p. 147.
 — — (Procédé de ficelage en occlusion dans les fractures du), p. 279.
 — — nécrosé (Régénération complète de la moitié du), p. 366.
 — — avec lésions étendues du plancher buccal (Fractures du), p. 401.
 — supérieur (Occlusion de la brèche palatine après la résection du), p. 386.
Maxillaires (Quelques observations de blessés des), p. 97.
 — (Traitement immédiat des fractures des), p. 186.
Maxillaires (Las fracturas de los), p. 185.
Maxillotomie sur la dent de sagesse inférieure (Cas de curettage alvéolo-radulaire), p. 249.
Mécaniciens-dentistes (Circulaire ministérielle relative aux étudiants en chirurgie dentaire et aux), p. 142.
 — — (Syndicat de), p. 448.
Médecins et la loi sur les bénéfices de guerre (Les), p. 476.

Métal d'imprimerie (Un procédé pour la coulée du), p. 121, 139.
Méthode de réduction-contention, p. 197.
Militaires traités à l'Ecole dentaire de Paris (Statistique des), p. 43.
Mission, p. 318.
Montréal (A.), p. 190.
Morts au champ d'honneur, p. 184, 236, 276, 346.
Moufle (mise en), p. 426.
Moulinet (René), p. 484.
Mutilés de la face (Concert au profit des), p. 146.

N

Nau (Lucienne), p. 444.
Nerf lingual (La présence de fibres du goût dans le), p. 376.
Nomination, p. 318.

O

Officier-dentiste (Le grade d'), p. 214.
 — — La création du grade d' pour les dentistes militaires, p. 217.
Officiers dentistes (Projet de création d'un corps d'), p. 172.
 — — (Adoption d'un projet de loi tendant à la création d'), p. 367.
 — — dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire (Texte de la loi tendant à la création d'), p. 351.
 — — (Loi créant le grade d'), p. 349.
 — — (Rapport fait au nom de la Commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi adopté par la chambre des députés tendant à la création d'), p. 352.
Ordre du jour du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, p. 363.
 — — — — —, p. 364.

P

Pathologie des dents et de la bouche, p. 185.
Péri-mandibulites suppurées (Les), p. 296.
Physique à l'Ecole dentaire de Paris (Enseignement de la), p. 463.
Plaie auriculo-commissurale de la joue, p. 113.
Platine (La question du), p. 223.
Plâtre (Ciment pour réparer les moulages en), p. 204.
Pozzi (Le prof.), p. 277.
Praticien occupé (Un), p. 345.

Procédé du bord mou pour succion, p. 407.
Prophylaxie aux différents âges (La), p. 472.
Prothèse (Création d'un centre de), p. 278.
 — maxillo-faciale aux armées (Considérations sur la), p. 457.
Publications reçues, p. 189.

R

Racines perforées (Traitement des), p. 204.
Rapport fait au nom de la Commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi adopté par la Chambre des députés tendant à la création d'officiers-dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire, p. 352.
Ratelier du père Blaise (Le), p.
Réception du prof. Truman Brophy et de M. G. Villain retour de sa mission officielle aux Etats-Unis, p. 388.
Récompenses (Distribution des), p. 41.
 — — — — —, p. 277, 348.
Réduction-contention (Méthode de), p. 197.
Réouverture des cours, p. 447.
Réponse du Ministre de la Guerre à des questions écrites, p. 38, 88, 142.
 — — — — — Marine — — — — —, p. 440.
Riant, p. 444.
Rouille des instruments d'acier (Protection et enlèvement de la), p. 425.

S

Schweitzer (Mikael), p. 517.
Sécrétions salivaires dans les lésions cérébrales (Variations dans la quantité des), p. 252.
Service militaire et les étudiants en chirurgie dentaire mobilisés (Le), p. 175.
Sinus caverneux consécutive à un abcès sous-maxillaire gauche d'origine dentaire (Thrombo-phlébite des), p. 319.
Smith-Housken, p. 95.
Société d'Odontologie de Paris (v. Table méthodique).
Solidarité dentaire pendant la guerre (La), p. 267.
Soudure (Le borax dans la), p. 203.
 — — — — —, p. 426.
Souscription en faveur de l'œuvre de protection des réformés n° 2 ouverte par la société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, p. 271.

- Stigmata** dentaire de l'héredo-syphilis (A propos de la découverte d'un prétendu) p. 21, 76, 122, 162.
- Stigmata** dentaires dans l'héredo syphilis (Etude critique sur les), p. 5.
- — — — — (Les), p. 34.
- Stocker** (Auguste), p. 444.
- Substances** vénéneuses et leur prescription par le chirurgien-dentiste (Causerie sur l'arrêté ministériel du 22 mai 1917 réglementant l'emploi des), p. 257.
- Succion** (Procédé du bord mou pour), p.
- Syndrome**-anatomo-clinique et traitement de la contracture du ptérygoïdien externe, p. 239.
- Taches** de sang (Enlèvement des), p. 254.
- Tissus** dentaires chez nos blessés (La sénilité des), p. 100.
- Tubercule** de Carabelli (Note sur l'existence de), p. 168.

V

- Victoire** (La), p. 449,
- Vulcanisation** (Double), p. 203.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

BIBLIOGRAPHIE

- A PROPOS des comptes rendus du
Congrès dentaire inter-alliés, p. 187.
CONGRESO dental Pan-Americano de
Chile, p. 514.
CONGRESO dentario inter-aliados, p.
188.
CONTRIBUTION à l'étude clinique des
kystes paradentaires, p. 311.
COURBES dentaires et le triangle équi-
latéral mandibulaires de Bonwill
(Les), p. 514.
FRACTURAS de los maxillares (Las),
p. 188.
LIVRE reçu, p. 347.
PATHOLOGIE des dents et de la bouche,
p. 185.
PRÉCIS d'électro-radiologie, p. 312.
PUBLICATIONS reçues, p. 189.
TRAITEMENT immédiat des fractures
des maxillaires, p. 186.

BULLETIN

- ACADÉMIE de médecine (A l'), p. 454.
ADOPTION d'un projet de loi tendant à la
création d'officiers dentistes, p. 357.
ADRESSE du Groupement de l'E. D. P.
et de la F. D. N. au Gouvernement
et aux armées, p. 451.
COMITÉ de secours aux blessés des
maxillaires et de la face (Au), p. 453.
FÊTE des élèves de l'École dentaire
de Paris pour l'armistice, p. 453.
LETRE de M. Justin Godard (Une),
p. 364.
LOI créant le grade d'officier dentiste,
p. 349.
— tendant à la création d'officiers
dentistes dans le cadre complémen-
taire du Service de santé militaire
(Texte de la), p. 351.
ORDRE du jour du Groupement de
l'École dentaire de Paris, p. 363.
— — — p. 364.
RAPPORT fait au nom de la Commis-
sion de l'armée chargée d'examiner
le projet de loi adopté par la Cham-
bre des députés tendant à la création
d'officiers dentistes dans le cadre
complémentaire du Service de santé
militaire, p. 352.
VICTOIRE (La), p. 449.

CHRONIQUE PROFES- SIONNELLE

- AIDE confraternelle et les Etats-Unis
d'Amérique (L'), p. 182.
— — (L'), p. 235.
APPEL professionnel, p. 233.
CABINET dentaire (Un), p. 441.
COMITÉ d'entente des œuvres venant
en aide aux veuves et orphelins de
la guerre, p. 182.
EXEMPLE suédois et l'Aide confrater-
nelle (L'), p. 227.
LOCAL pour les dentistes (Un), p. 441.
RÉCEPTION du Prof. Truman Brophy
et de M. G. Villain retour de sa
mission officielle aux Etats-Unis, p.
388.

CORRESPONDANCE.

- LETRE de M. M., p. 446.

DERNIÈRE HEURE

- OFFICIERS-dentistes (Les), p. 478.
VOTE du projet de loi portant création
d'officiers dentistes, p. 278.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

- DISTRIBUTION des récompenses, p. 41.
PALMARÈS, p. 41.
RÉOUVERTURE des cours, p. 447.
STATISTIQUE des militaires traités à
l'École dentaire de Paris, p. 43.

INTÉRÊTS PROFESSION- NELS

- ADOPTION d'un projet de loi tendant à
la création d'officiers dentistes, p.
303.
AIDE confraternelle aux dentistes fran-
çais et belges victimes de la guerre,
p. 268.
— — (L'), p. 308.
CERTIFICAT d'assistante dentaire p.
475.
CIRCULAIRE ministérielle relative aux
étudiants en chirurgie dentaire et
aux mécaniciens-dentistes, p. 142.
CORPS dentaire dans l'armée portu-
gaise (Le), p. 180.

CRÉATION du grade d'officier pour les chirurgiens-dentistes militaires (La), p. 217.

DENTISTES militaires canadiens (Les), p. 180.

DIVERS p. 312.

ÉTUDES dentaires en Colombie (Les), p. 275.

ÉTUDIANTS sous les drapeaux (Les), p. 38.

— mobilisés (Les), p. 179.

— en chirurgie dentaire de la classe 1919 (Les), p. 222.

FÉDÉRATION odontologique latino-américaine, p. 274.

FOURNITURES dentaires et les prohibitions d'importations (Les), p. 39.

GRADE d'officier-dentiste (Le), 214, 302.

IMPÔT sur le revenu, p. 87.

LETTRE de M. Justin Godart (Une), p. 140.

MÉDECINS et la loi sur les bénéfices de guerre (Les), p. 476.

PROJET de loi portant création d'officiers dentistes, p. 140, 172.

QUESTION du platine (La), p. 223.

— des assurances (La), p. 272.

RAPPORT fait au nom de la Commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi tendant à la création d'officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire, p. 304.

RÉPONSES du Ministre de la Guerre à des questions écrites, p. 38, 88, 142.

— — — Marine — — — — —
p. 440.

SCOLARITÉ des étudiants sous les drapeaux des classes antérieures à 1918, p. 176.

SERVICE militaire et les étudiants en chirurgie dentaire mobilisés (Le), p. 175.

SOLIDARITÉ dentaire pendant la guerre (La), p. 267.

SOUSCRIPTION en faveur de l'œuvre de protection des réformés n° 2 ouverte par la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, p. 271.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

INLAIS en amalgame, p. 467.

PROCÉDÉ de tenue de dentier complet, p. 324.

— du bord mou pour succion, p. 467.

UTILISATION des dents naturelles pour travaux à pont et dents à pivot, p. 325.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

CONSEIL d'Etat, p. 513.

LIVRE D'OR DES DENTISTES*Citations à l'ordre du jour.*

AILLERIE, p. 312.

ALEXANDRE (Paul), p. 45.

BASTIEN (Paul), p. 236.

BILLET (Pierre), p. 443.

BOUCHERIE (Georges), 390

COTTAREL, p. 479

FAURE (Henri), p. 479.

FOUQUES, p. 184.

GAULT, p. 45.

CODEFROY (Pierre), p. 390.

GAIGNON (Maximilien), p. 443.

HIRIART, p. 236.

ISNARD (Maurice), p. 443.

LUBETZKI, p. 390.

MOREAU-Larivière, p. 346.

— (Henri), p. 390.

MAURION (Henri), p. 390.

PERLÈS, p. 184.

ROGEON, p. 45.

ROBIN de Merlery, p. 346.

REDELINGER (Gabriel), p. 479.

RENHARD, p. 184.

REY, p. 184.

Morts au champs d'honneur.

BORCIER, p. 184, 236.

GODY, p. 276.

GRIFFON (Paul), p. 346.

LE DUC, p. 276.

NÉCROLOGIE

BONNAFOUX (Joseph), p. 444.

BOUCHET, p. 444.

BOULOGNE (Georges), p. 444.

CAPDEPONT (Du), p. 46.

CHAUTEMPS (Emile), p. 516.

CLASER (Auguste), p. 392.

CRUET (Dr) p. 46.

D'ARGENT (Jules), p. 314, 347.

DIVERS, p. 145, 236, 444.

JOLIVET (M^{me}), p. 348.

LANOS (Henri), p. 517.

LEVETT (Maurice), p. 47, 89

MOULINET (René), p. 484.

NAU (Lucienne), p. 484.

POZZI (Le prof.) p. 277.

RIANT, p. 444.

SMITH-HOUSKEN, p. 95.

NOTES PRATIQUES

ADJUVANT pour souder les couronnes et les bridges, p. 425.

AMALGAME aseptique, p. 254.

BORAX dans la soudure (Le), p. 203.

BOUCHE de tranchée (La), p. 425.

CALMANT de la douleur dans l'alvéole après l'extraction, p. 254.

CIMENT pour réparer les moulages en plâtre, p. 202.
 — synthétique, p. 426.
 CONFECTION d'une couronne Richmond pour bicuspidé, p. 254.
 CONSTRUCTION d'une couronne d'or s'adaptant bien, p. 255.
 COULAGE de facettes pour bridges, p. 427.
 DISQUES de carborundum, p. 428.
 DOUBLE vulcanisation, p. 203.
 EMPLOI des vieilles fraises à fissures, p. 256.
 — de l'amalgame, p. 426.
 ENLÈVEMENT des taches de sang, p. 251.
 FORETS, p. 427.
 INTRODUCTION sans douleur d'une aiguille hypodermique, p. 425.
 JOINTURES dans les gencives sectionnelles (Les), p. 203.
 MISE en cire d'un inlay mésio-occluso-distal, p. 204.
 — — moufle, p. 426.
 MOYEN de rendre souples les tubes de caoutchouc, p. 256, 428.
 PRIX des ciments, p. 427.
 PROTECTION et enlèvement de la rouille des instruments d'acier, p. 425.
 REMPLAÇANT du caoutchouc dentaire, p. 203.
 — de la cocaïne, p. 254.
 RÉPARATION des défauts au bord des inlays, p. 256.
 — d'une déchirure de la digue après la pose, p. 426.
 SOUDURE, p. 426.
 SOULAGEMENT de la douleur post-opératoire, p. 425.
 TRAITEMENT des racines perforées, p. 204.
 — de l'hémorragie, p. 427.

NOUVELLES

ACADÉMIE de médecine, p. 96.
 A. F. A. S., p. 318, 447.
 COMMISSION sénatoriale de l'armée (A la), p. 348.
 AIDE confraternelle (L'), p. 448.
 AVIS, p. 96.
 CONCERT au profit des mutilés de la face, p. 146.
 CRÉATION d'un centre de prothèse, p. 278.
 FACULTÉ de médecine, p. 96.
 LÉGION d'honneur, p. 48, 277, 318.
 LIVRE reçu, p. 448, 484.
 MARIAGES, p. 48, 96, 145, 190, 278, 396, 518.
 MISSION, p. 318.
 MONTRÉAL (A), p. 190.
 N'oubliez pas l'Aide confraternelle, p. 96.

RÉCOMPENSES, p. 277, 348.
 SYNDICAT de mécaniciens-dentistes, p. 448.
 Tissus dentaires chez nos blessés (La sénilité des), p. 160.

REVUE ANALYTIQUE

CONSTRUCTION cicatricielle des mâchoires datant de l'enfance et consécutive à un noma, traitée par une série d'opérations plastiques, p. 474.
 DYNAMOMÈTRE buccal pour apprécier les impotences fonctionnelles et dépasser les simulateurs, p. 474.
 INNERVATION de la dentine (L'), p. 471.
 PROPHYLAXIE aux différents âges (La), p. 472.
 THÉRAPEUTIQUE des canaux radiculaires sains et infectés, p. 472.

REVUE DES REVUES

FORME et fonction des dents, p. 413.
 MAUVAISE denture maternelle peut retarder l'accroissement pondéral de l'enfant (Une), p. 469.
 MÉTHODE Fletcher pour malaxer les amalgames, p. 422.
 — générale et technique des greffes ostéopériostiques, p. 327.
 PRÉSENCE de fibres du goût dans le nerf lingual (La), p. 376.
 PRISE d'empreintes avec le composé à modeler, la bouche étant fermée, sous la pression de l'articulation normale, p. 381.
 VARIATIONS dans la quantité de sécrétions salivaires liées à des lésions cérébrales, p. 252.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ d'Odontologie de Paris, p. 48, 145.
 Séance du 16 décembre 1917, p. 130.
 I. Présentation de blessés et d'appareils, p. 130.
 II. Conservation et utilisation des brides cicatricielles dans les pertes de substance étendues du maxillaire inférieur, p. 133.
 III. Régénération complète de la moitié du maxillaire inférieur nécrosé, p. 139.
 VI. Procédé pour la coulée du métal d'imprimerie, p. 139.
 V. Vœu relatif au traitement des blessés, p. 139.
 Séance du 13 janvier 1918, p. 205.
 I. Note sur la greffe osseuse dans les cas de perte de substance du maxillaire inférieur, p. 205.

II. Présentation d'appareils, p. 210.
Séance du 3 mars 1918.

I. Les obligations et les droits du chirurgien-dentiste dans la question des impôts, p. 285.

II. Les péri-mandibulites suppurées ; les faux adénophlegmons sous-maxillaires, p. 296.

Séance du 14 avril 1918, p. 190.

— — 15 décembre 1918, p. 484.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A PROPOS de la discussion sur les greffes osseuses, p. 429.

CHÉILOGRAPHIE dans les autoplasties péri-buccales (La), p. 506.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

FISTULES salivaires, p. 507.

MA PRATIQUE du traitement chirurgical des pseudarthroses de la mâchoire inférieure consécutives à des traumatismes de guerre, p. 412.

OCCLUSION de la brèche palatine après la résection du maxillaire supérieur, p. 380.

RÉPARATION de pertes de substance osseuse par la greffe, p. 509.

— — — — et des pseudarthroses par la greffe ostéo-périostique prise au tibia, p. 509.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

TRIPLE origine des incisives humaines, p. 504.

TRAVAUX ORIGINAUX

★ PROPOS de la découverte d'un prétendu stigmatisme dentaire de l'hérédo-syphilis, p. 21, 76, 122, 162.

ART dentaire en Amérique en 1918 (L'), 485.

CAS de curettage alvéolo-radicaire (maxillotomie) sur la dent de sagesse inférieure (Un), p. 249.

CONSERVATION et utilisation des brides cicatricielles dans les pertes de substance étendues du maxillaire inférieur, p. 49.

CONSIDÉRATIONS sur la prothèse maxillo faciale aux armées, p. 457.

DENTISTERIE régimentaire (La), p. 101.

ENSEIGNEMENT de la physique à l'E. D., P., p. 463.

ETUDE critique sur les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis, p. 5, 34.

FRACTURES du maxillaire inférieur avec lésions étendues du plancher buccal, p. 401.

MÉTHODE de réduction-contention, p. 197.

NOTE sur la greffe osseuse dans les cas de perte de substance du maxillaire inférieur, p. 147.

— — l'existence du tubercule de Carabelli, p. 168.

OBSERVATIONS de blessés des maxillaires (Quelques), p. 97.

PRÉSENTATION d'un blessé, p. 118.

PROCÉDÉ pour la coulée du métal d'imprimerie (Un), p. 121.

— de ficelage en occlusion dans les fractures du (Un), p. 279.

— d'anesthésie locale pour l'extraction de la dent de sagesse inférieure, p. 408.

RÉGÉNÉRATION complète de la moitié du maxillaire inférieur nécrosé, p. 360.

SÉNILITÉ des tissus dentaires chez nos blessés (La), p. 160.

STIGMATES dentaires dans l'hérédo-syphilis (Les), p. 34, 122.

SYNDROME anatomo-clinique et traitement de la contracture du ptérygoïdien externe, p. 239.

THROMBO-phlébite des sinus cavernaux consécutive à un abcès sous-maxillaire gauche d'origine dentaire, p. 319.

VARIA

CHEZ le dentiste, p. 345.

GENS à surveiller, p. 344.

HUITIÈME arme (D'une), p. 304.

L'ART dentaire et les dentistes dans la littérature, p. 480.

UN PRATICIEN occupé, p. 345.

NOMS D'AUTEURS ¹

- ACHARD (D^r), p. 239.
AMOEDO (D^r), p. 264.
Amoedo (D^r), p. 298.
Anema, p. 300.
Barrieu, p. 132, 133.
BERTHOUMIEU, p. 197.
BLATTER, p. 91.
BOLL, p. 463.
BONNET-ROY (Flavien) (D^r), p. 401.
BOULIC, p. 279.
CASELLIUS, p. 480.
CHARBONNEAU (D^r), p. 319, 324.
CHASTEL, p. 121.
DEBRAY (Albert), p. 118.
DEMARQUETTE, p. 160.
DUCUING, p. 272.
FREY (D^r), p. 297.
GERNEZ (D^r), p. 49.
Gernez (D^r), p. 130, 132, 133, 137.
GODART (Justin), p. 140, 174, 364.
GODON (D^r), p. 315, 393.
HULIN, p. 325.
Jeay, p. 138, 139, 265, 295.
JEAY, p. 257.
LEMIÈRE (D^r R.), p. 49.
MAMAN, p. 467.
MARIE, p. 457.
Martinier, p. 294.
OLAGNIER, p. 205.
PONT (D^r), p. 147.
POULIO (D^r), p. 249.
ROUSSEL, p. 94.
ROY (D^r), p. 5, 92, 97, 316, 366.
Roy (D^r), p. 134, 206, 207, 210.
RUPPE, p. 191.
Sebileau (Prof.), p. 297, 298.
SOLAS (D^r), p. 457.
THÉSÉE (D^r), p. 408.
VIAU (G.), p. 308.
VILLAIN (G.), p. 97, 285, 485.
Villain (G.), p. 131, 135, 210, 263, 265, 266.
WALLIS-DAVY, p. 97.

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.