

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

## **L'Odontologie**

*tome 57. - Paris, 1919.*

*Cote : PF92*



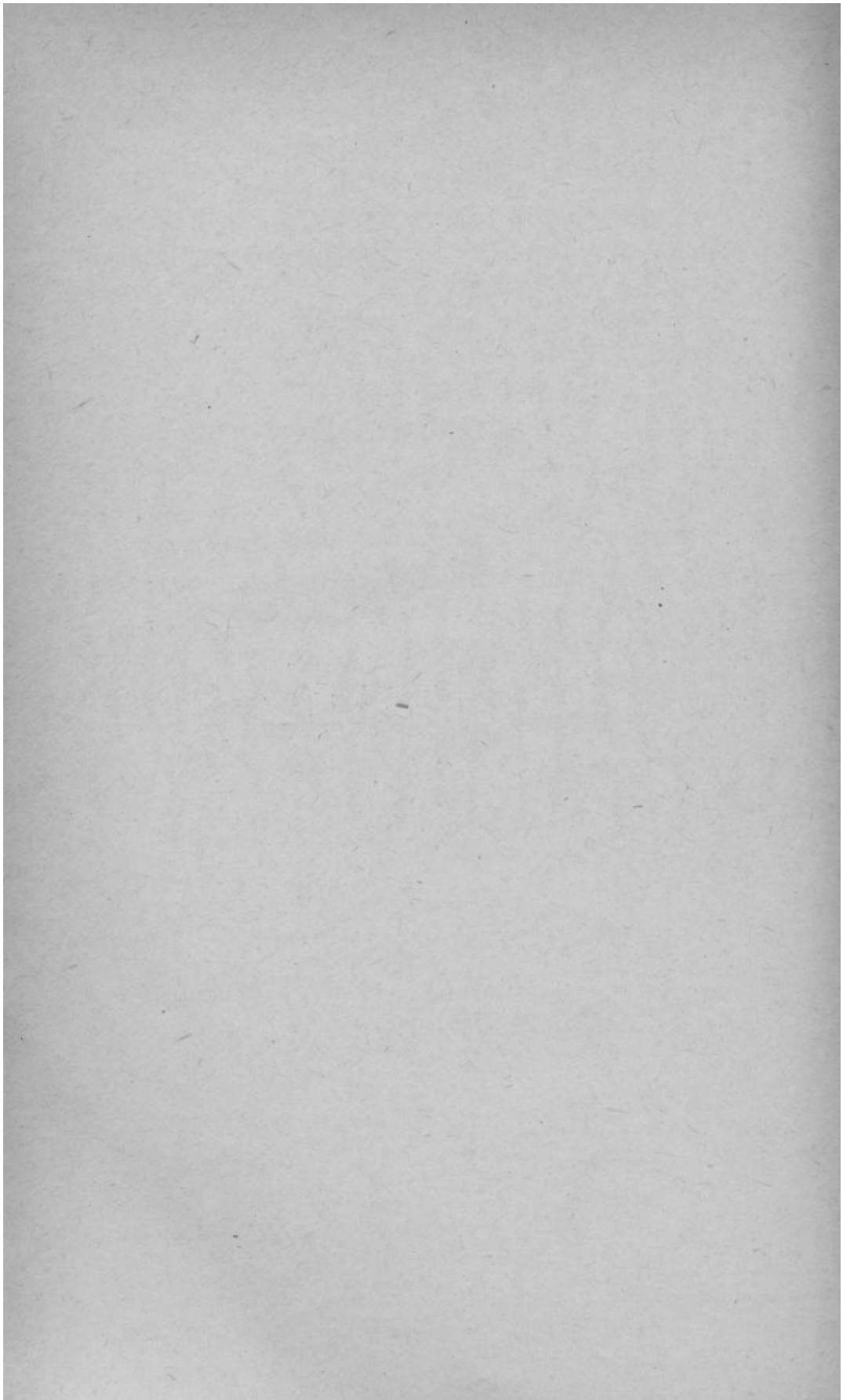
Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé  
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1919>

# L'ODONTOLOGIE







# L'ODONTOLOGIE

PARAISANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

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

*Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois*

DIRECTEUR : **CH. GODON,**

Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**

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

Secrétaire de la Rédaction :

**HENRI DREYFUS,**

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :

**V. E. MIÉGEVILLE,**

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

**Comité de Rédaction et d'Administration :**

**A. BLATTER**, professeur à l'École dentaire de Paris.

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

**G. JEAY**, professeur à l'École dentaire de Paris.

**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

39<sup>e</sup> année. — 1<sup>er</sup> SEMESTRE 1919 — Vol. LVII.

## Principaux Collaborateurs :

*Paris :*

Choquet, I.-D. Davenport, M. Ducuing,

Georges Lemerle, Mendel-Joseph, Pailliotin, Sauvez, Touvet-Fantou,

Vanel, G. Vian.

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

*Angleterre :* Cunningham (Cambridge), Guy (Edimbourg), Paterson (Londres).

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

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

*Canada :* Endore Dubeau (Montréal). — *Chili :* Valenzuela (Santiago).

*Danemark :* Christensen (Copenhague).

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

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

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

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

*République-Argentine :* Etchepareborda (Buenos-Ayres)

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

Thioly-Regard (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

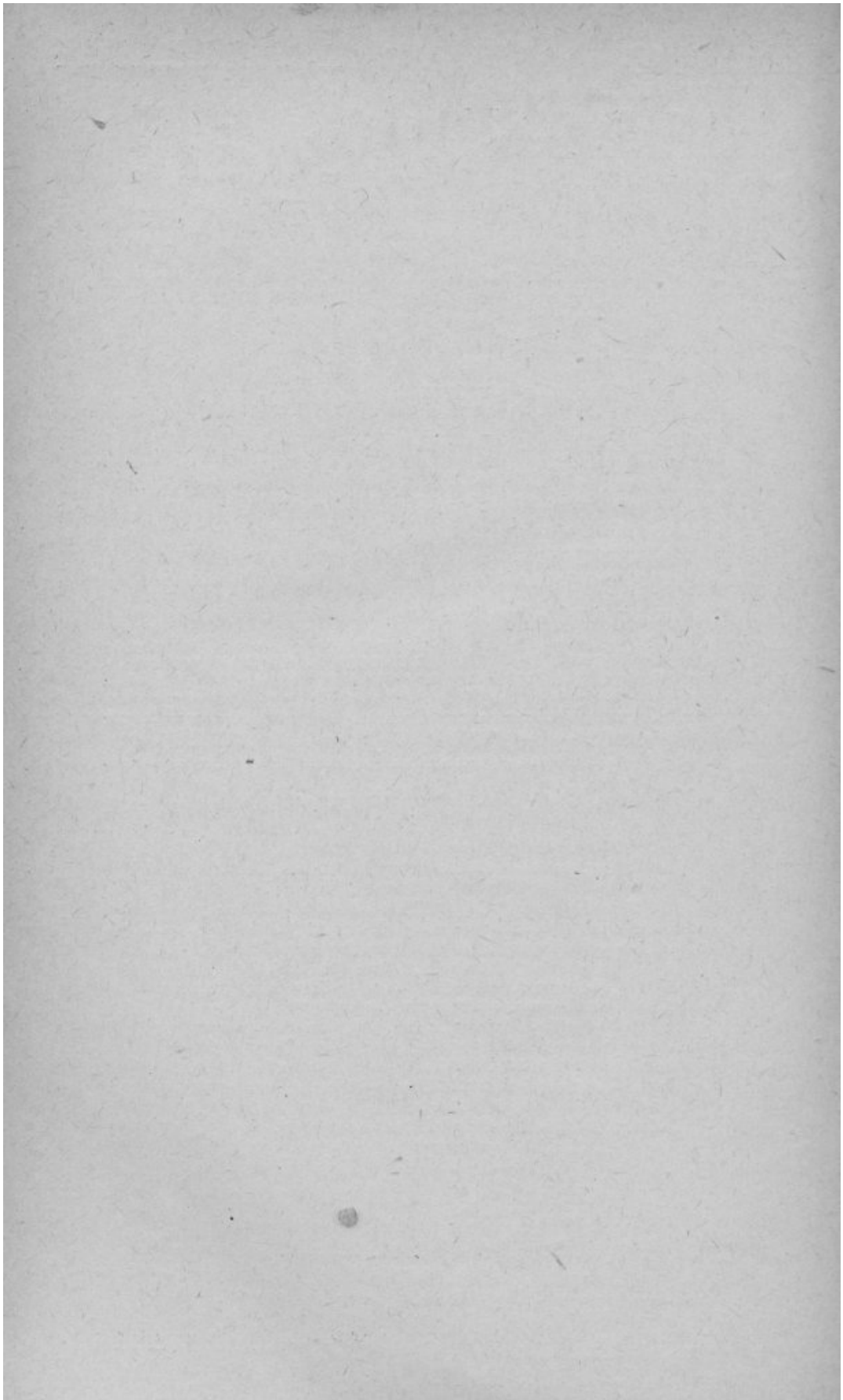
PARIS-IX<sup>e</sup>

Téléphone : Central 23.04

## ABONNEMENT :

FRANCE..... 42 fr. 50 | UNION POSTALE..... 45 fr.

Le Numéro : 1 fr. 50





# 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'Ecole 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.)*

*(Suite et fin <sup>1</sup>).*

SERVICES DENTAIRE DANS L'ARMÉE. — En 1915, l'armée américaine comptait 90 dentistes militaires, qui n'étaient pas des officiers réguliers, exerçaient leurs fonctions en vertu d'un contrat de durée limitée (3 ans), mais renouvelable, et ne jouissaient d'aucune des prérogatives du corps d'officiers : pas d'avancement, pas de retraite. Ils étaient assimilés au grade de lieutenant, dont ils portaient l'uniforme. Cette organisation, qui fonctionnait depuis une vingtaine d'années, fut modifiée au début de 1916 par une loi qui faisait du dentiste militaire un officier régulier et lui permettait d'accéder au grade de capitaine. Une loi promulguée au début de 1917 conférait au dentiste militaire les mêmes droits à l'avancement que tous les officiers du Corps de Santé, c'est-à-dire jusqu'au grade de colonel inclusivement, les nominations au delà de ce grade étant laissées au choix du Président de la République pour tout emploi dans l'armée. Les dentistes militaires peuvent donc arriver aux plus hauts grades.

1. V. *Odontologie* du 30 décembre 1918.

Au 5 août 1918, 5.981 dentistes étaient inscrits sur la liste des mobilisables, 3.500 d'entre eux étaient mobilisés et promus au grade d'officier ; actuellement 10.000 sont inscrits sur les listes et, si la guerre s'était poursuivie, 5.000 eussent été mobilisés et promus officiers.

Un service central, véritable division technique, fut créé à la Direction du Service de Santé (Surgeon general's office) à Washington. Ce service est dirigé par notre confrère le colonel Logan, assisté de plusieurs dentistes militaires ayant pour attributions la mobilisation des dentistes, leur instruction et leur préparation jusqu'à leur départ pour l'Europe, l'organisation et l'inspection des services dentaires de l'armée sur le territoire national.

Ce corps expéditionnaire possède également son organisation dentaire centrale, ayant à sa tête notre confrère le colonel Olliver, qui est chargé de la répartition des dentistes militaires dans les formations, de l'organisation et de l'inspection des services dentaires de l'armée.

Le service central de Washington est donc chargé de s'occuper des dentistes militaires, depuis leur inscription sur les listes de mobilisation jusqu'à leur embarquement pour l'Europe.

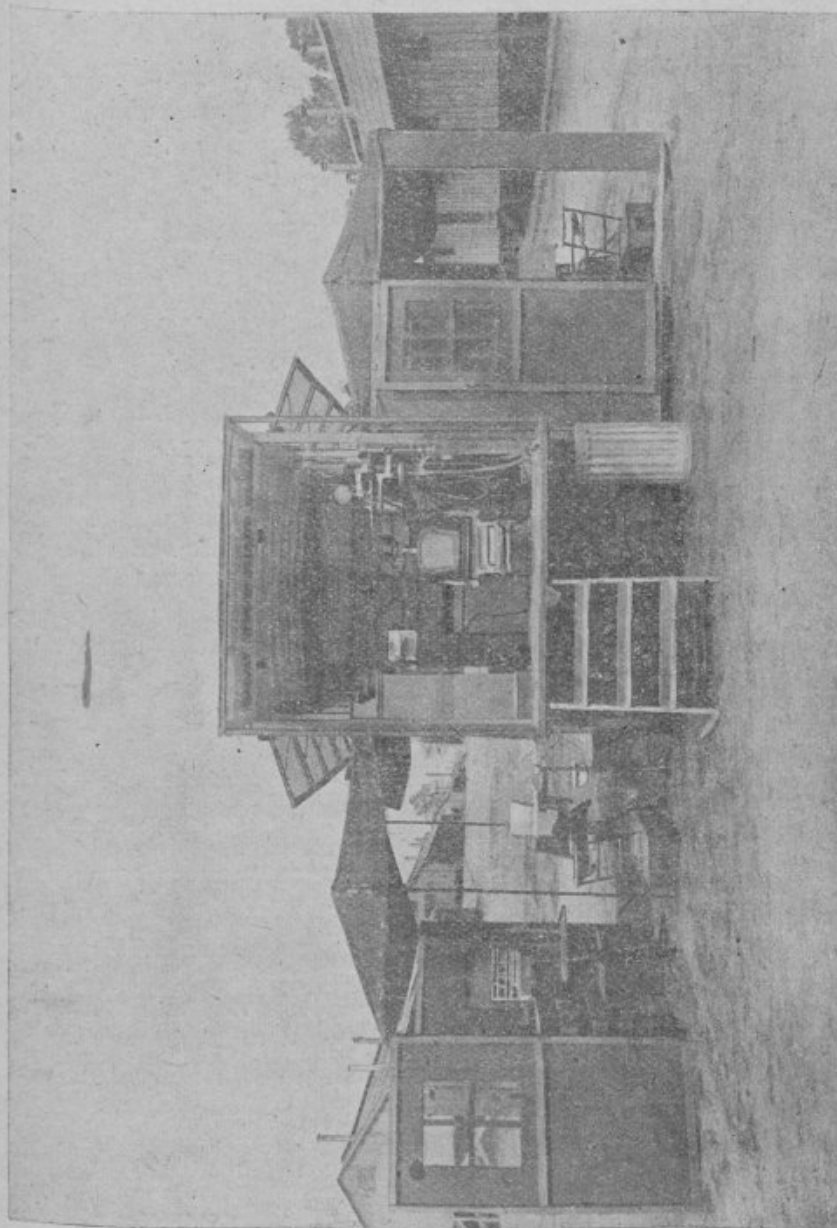
A cet effet il existe :

1° Une fiche avec indications morales, professionnelles et physiques pour chaque dentiste mobilisable suivant les conditions générales de la conscription ;

2° Une fiche pour chaque dentiste mobilisé avec indications des différents endroits où il a servi et ses notes jusqu'à son départ pour l'Europe ;

3° Une fiche pour chaque dentiste enregistré prêt à être appelé sous les drapeaux, c'est-à-dire présentant les conditions requises pour être mobilisé au prochain appel ; ces appels se font par catégories en tenant compte des données suivantes : âge, mariage, veuvage ou célibat, nombre d'enfants, charges de famille, situation pécuniaire personnelle, situation pécuniaire du conjoint, etc. Une marque spéciale indique sur cette fiche ceux qui désirent être appelés tout

de suite en avançant leurs catégories ; ils sont très nombreux.



La voiture dentaire de l'armée américaine.

Chaque dentiste militaire incorporé fait un stage à



l'Army medical training school (école d'instruction médicale de l'armée), qui comprend une section dentaire. Le stage a une durée de 8 semaines, le dentiste militaire reçoit une affectation en sortant de cette Ecole.

Les officiers dentistes sont répartis dans l'armée de la façon suivante :

1 D. M. Officier par fraction de 500 hommes servant dans l'armée.

3 D. M. Officiers par hôpital général de 1.000 lits aux Etats-Unis.

2 D. M. Officiers par hôpital base (500 lits) des services d'outre-mer.

1 D. M. Officier par hôpital d'évacuation des services d'outre-mer.

En outre, chaque dentiste militaire est assisté d'un étudiant ou d'un mécanicien, à défaut d'un infirmier ou d'une « dental hygienist » ; ces assistants peuvent, dans les mêmes conditions que les autres soldats du Service de santé, accéder à l'avancement jusqu'au grade de 1<sup>er</sup> sergent.

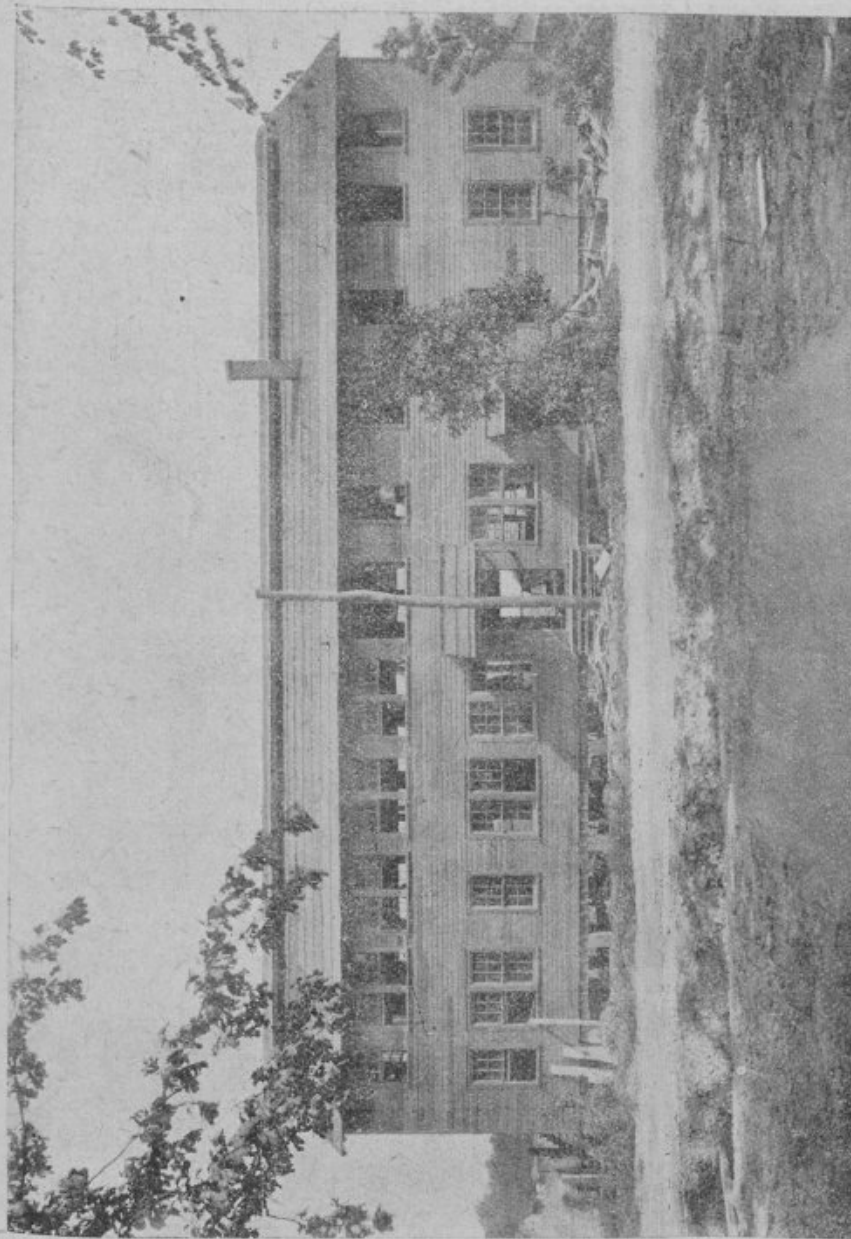
L'Ecole dentaire militaire est une section de l'Army medical training school ; deux de ces Ecoles fonctionnent : l'une au camp de Greenleaf, Chikacamauga Park (Géorgie), l'autre en France à Langres.

A l'Ecole du camp Greenleaf, 6.000 médecins, dentistes et vétérinaires suivent l'instruction à la fois militaire et professionnelle, plusieurs heures d'instruction militaire par jour, exercices physiques, instruction sur les règlements militaires généraux et les règlements spéciaux du Service de santé, instruction médicale spéciale. Au point de vue professionnel l'Ecole est divisée en un certain nombre de sections correspondant aux diverses branches du Service de santé, médecine, chirurgie, dentisterie, radiologie, art vétérinaire, etc.

Les diverses spécialités de chacune de ces branches forment des sous-sections.

La section dentaire compte 160 dentistes à l'instruction sans cesse renouvelés. Au point de vue matériel cette sec-

tion comprend un bâtiment spécial avec salle de clinique,

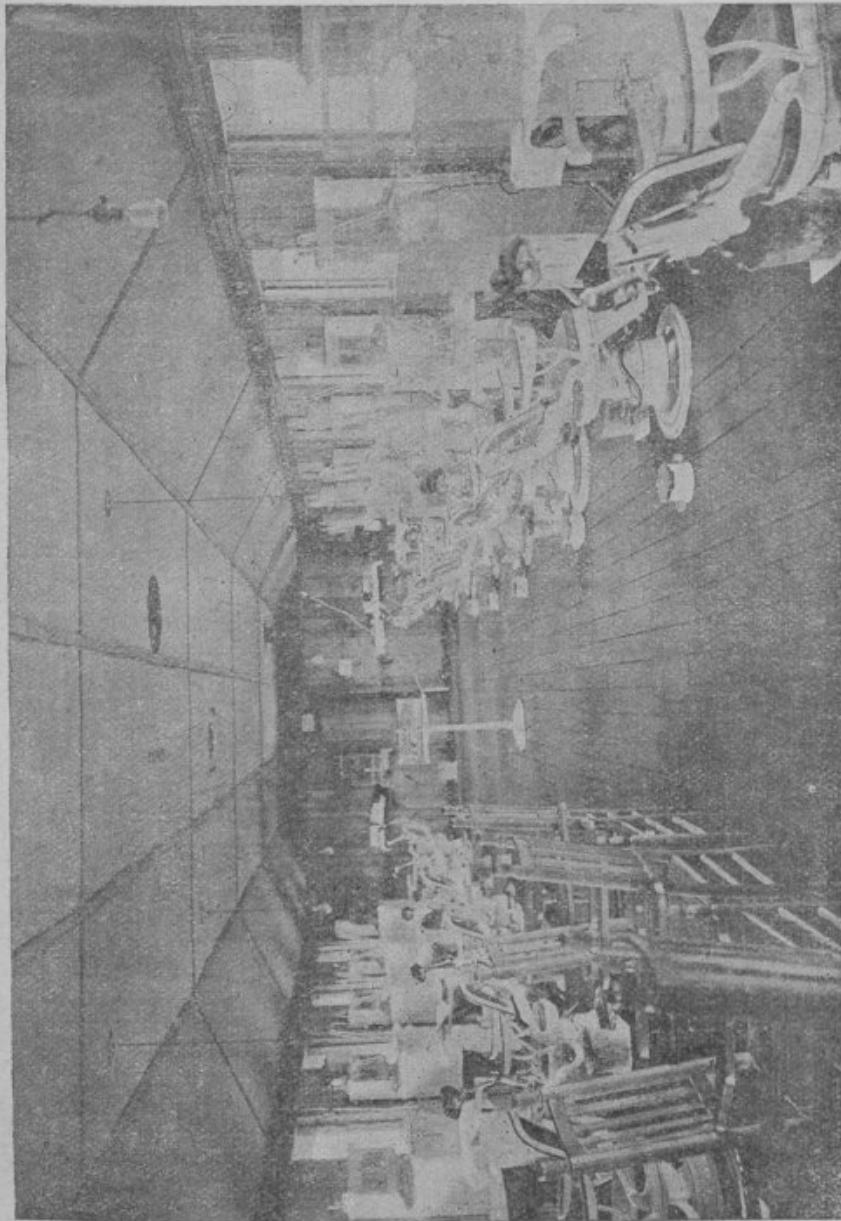


Section dentaire de l'Army medical training school (camp Greenleaf) construite en quelques jours.

salle de dentisterie opératoire, salle de radiographie, grand laboratoire, salle de cours, 20 fauteuils à pompe.



Chaque dentiste est assisté par un soldat qui le suit dans



Installation matérielle de la section dentaire de l'Army medical training school.

son affectation à la sortie de l'Ecole ; cet assistant est souvent un chirurgien-dentiste diplômé qui, ne s'étant pas

engagé, a été pris par la mobilisation et est en conséquence « enlisted » (incorporé), c'est-à-dire non commissionné, le nombre des chirurgiens-dentistes mobilisables dépassant les besoins en dentistes militaires.

L'enseignement est donné par 12 dentistes militaires ; dans le camp, les instructeurs seuls portent les insignes d'officiers ; les élèves, quoique déjà officiers, n'ont le droit de porter leur insigne qu'au dehors du camp.

La Medical training school du camp de Greenfeal sert également de base hospitalière, étant située au milieu d'un vaste camp d'instruction (camp Othelgorf) qui compte plus de 80.000 hommes à l'instruction.

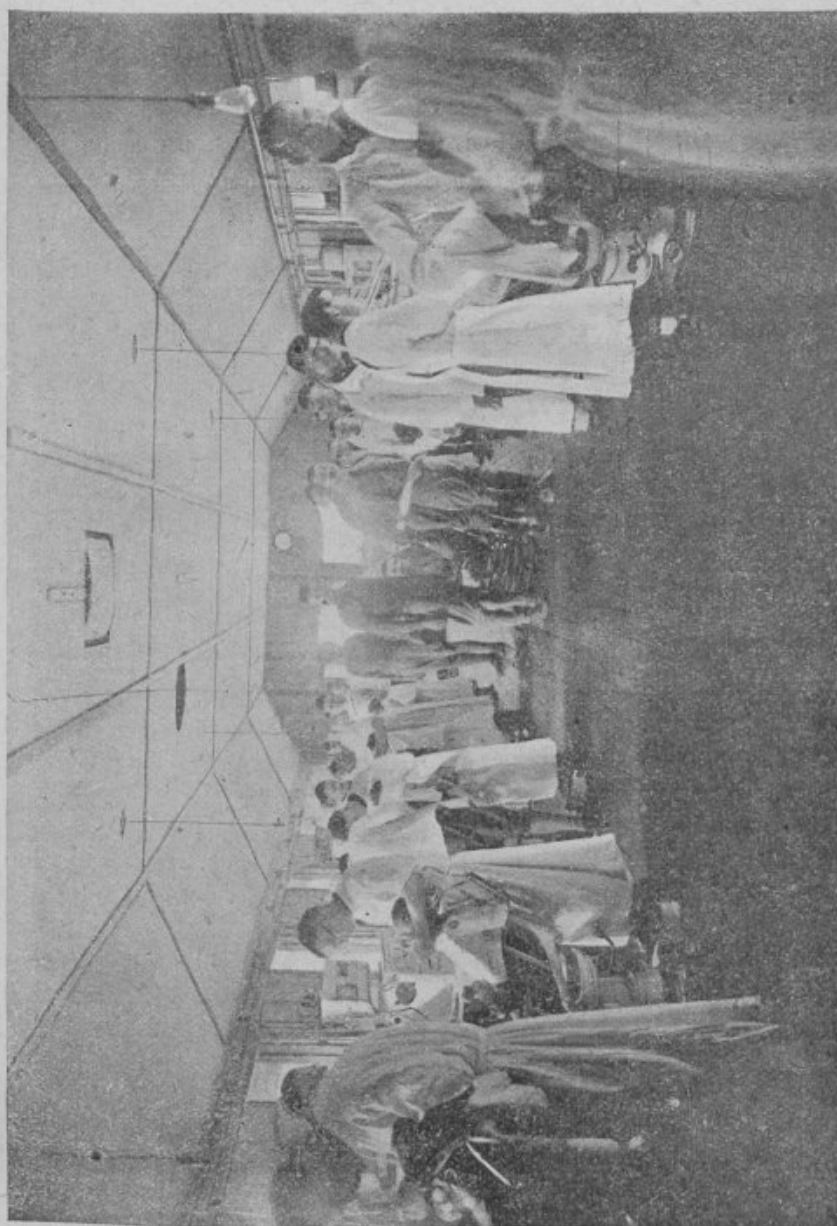
Avant la création de ces Ecoles spéciales le gouvernement avait chargé certaines Ecoles dentaires d'organiser l'enseignement pour les dentistes militaires. Les dentistes dès leur mobilisation faisaient un stage dans une ou deux de ces Ecoles à la disposition desquelles l'armée avait mis tout le personnel médical ou technique demandé.

D'autre part, les étudiants qui, par leurs études, sont appelés à rendre des services particuliers à l'armée sont maintenus dans les Universités. Les dentistes entrent dans cette catégorie. Cette méthode est intéressante à trois points de vue : 1° elle n'arrête pas l'étudiant dans ses études et empêche le vide que nous allons avoir à combler en France par des équivalences et des mesures réparatrices qui, quoique très légitimes, nuiront à la préparation des futurs professionnels et en conséquence au public ; 2° elle permet à l'armée de trouver sans cesse les éléments instruits dont elle a besoin pour assurer ses divers services ; 3° elle ne prive l'armée d'aucune unité. En effet, les Universités, sous le contrôle officiel et avec le concours des instructeurs militaires détachés par l'armée, ont groupé leurs étudiants pour constituer dans leur sein des corps d'instruction militaire.

Les étudiants bénéficiant de l'autorisation de poursuivre leurs études doivent en compensation s'astreindre à un surcroît de travail pour accomplir simultanément leurs obliga-



tions scolaires et militaires. Ils sont soumis aux règlements militaires et suivent à la fois leur instruction professionnelle



Dentistes militaires stagiaires à l'Ecole dentaire militaire.

et l'instruction militaire. L'armée peut disposer d'eux et les appeler sous les drapeaux au fur et à mesure des bé-

soins ; ils sont instruits et prêts à joindre le corps expéditionnaire sans période d'instruction dans les camps du territoire.

Les camps d'instruction aux Etats-Unis sont très vastes (30.000 à 80.000 hommes ; le camp de Mead par exemple compte 60.000 hommes) dans chaque camp il y a une ou plusieurs cliniques dentaires importantes ; mais pour réduire autant que possible les heures d'absence à l'instruction pour soins dentaires, l'Etat s'est appliqué à favoriser la mise en état des bouches des recrues avant leur incorporation. C'est ainsi que la « Dental preparedness league (Ligue de préparation dentaire) » ; est devenue un organisme quasi officiel. Cette ligue, puissamment secondée par les autorités militaires, groupe tous les chirurgiens-dentistes non mobilisés ou non mobilisables qui veulent bien se charger des soins à donner aux hommes inscrits sur les listes d'enrôlement avant l'appel au corps de ces hommes.

Chaque membre fait savoir le nombre d'heures qu'il s'engage à consacrer aux soins des hommes ou le nombre d'opérations qu'il s'engage à exécuter journellement à titre gracieux.

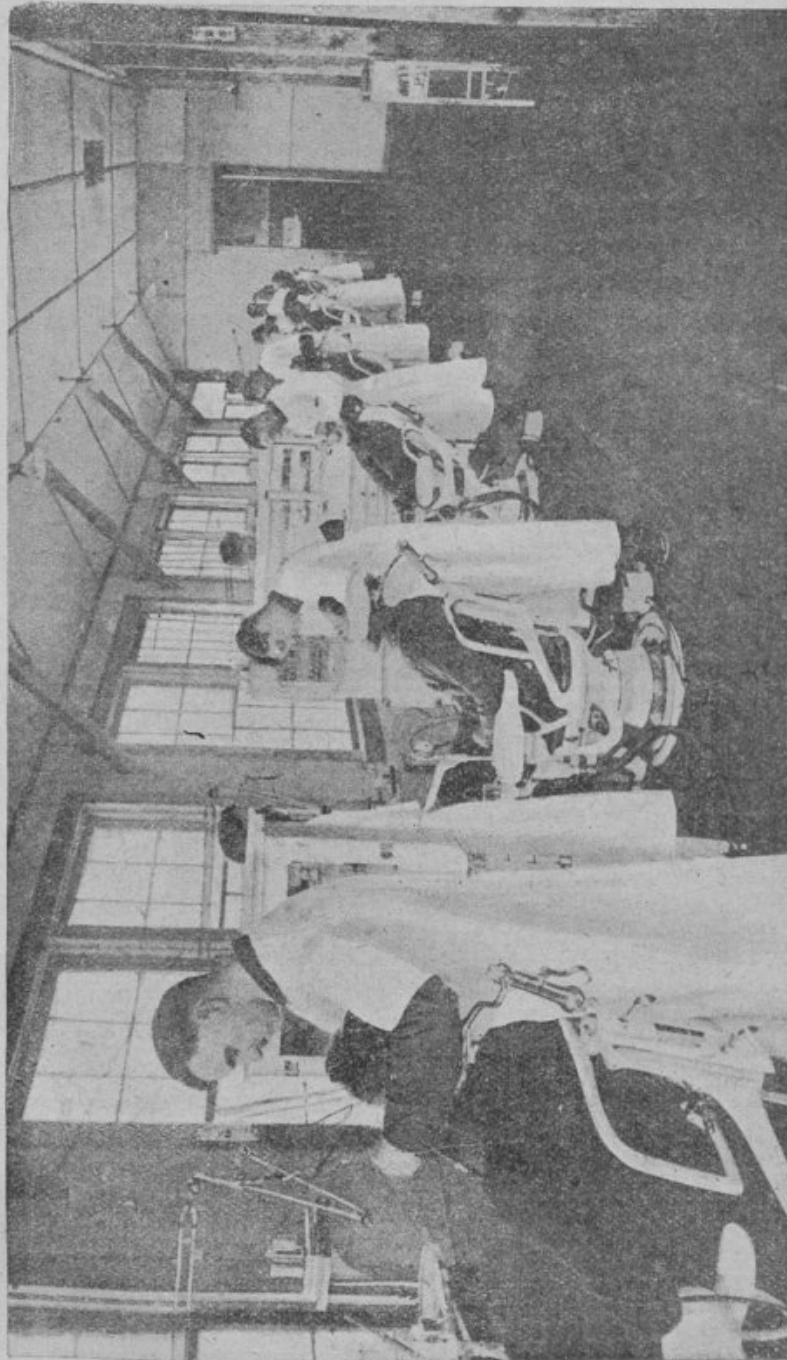
Les dirigeants de la ligue répartissent les hommes suivant les indications reçues. Au 15 janvier 1918, plus de 6.000 dentistes étaient inscrits à cette ligue et coopérèrent à son œuvre. Le nombre de ces praticiens a depuis doublé. Les dirigeants demandèrent à leurs membres l'exécution de 1.000.000 d'opérations pour les appelés d'une seule levée d'hommes.

#### ENSEIGNEMENT.

Les Américains, très jaloux des droits que leur confèrent leurs institutions empreintes du plus large esprit libéral, savent user de la liberté individuellement et collectivement.

L'enseignement supérieur, libre en Amérique comme en France, a vu se fonder là-bas 44 Ecoles dentaires. Toute





Une des cliniques dentaires du camp de Mead (près Washington).

médaille a son revers : ces Ecoles n'avaient pas toutes la même valeur ; l'étudiant s'égarait parfois dans un centre d'enseignement qui n'en portait que le titre. L'Etat sut profiter de la guerre pour aider les dentistes à mettre bon ordre et rappeler au devoir ceux qui confondent licence avec liberté.

Une Commission spéciale fut chargée d'étudier et d'apprécier les conditions de fonctionnement, la valeur pédagogique et morale de ces 44 écoles, qui furent classées en 3 catégories : A B C. L'Etat accorde aux étudiants mobilisables des écoles dentaires A et B le droit d'être maintenus dans leurs Ecoles et de poursuivre leurs études, tandis qu'il incorpore dans l'armée les étudiants des Ecoles C. Plus tard, l'Etat pourra restreindre ou supprimer à sa volonté ce même droit aux étudiants des établissements qui n'auront pas apporté les perfectionnements nécessaires à leur enseignement et à leur organisation, pour passer de la classe B dans la classe A.

Certaines facultés dentaires d'Universités réputées ont été classées B ; ainsi ces Universités vont se trouver dans l'obligation d'améliorer leur enseignement. N'est-ce pas là une conception saine, profitable et bonne à retenir ?

#### LÉGISLATION.

Les Ecoles américaines délivrent les inscriptions aux étudiants et le diplôme de docteur en chirurgie dentaire (D. D. S.) après des études d'une durée minimum de 3 ans, qui doit être portée prochainement à 4 années.

L'enseignement est libre, mais l'Etat s'est réservé le droit de le contrôler, et c'est lui qui accorde le droit d'exercice en faisant passer un examen spécial dit « State Board (Examen d'Etat) ». Les candidats au « State Board » doivent posséder le D. D. S. [délivré par les Ecoles dentaires.

*Nul ne peut pratiquer la spécialité en Amérique s'il*



n'est D. D. S. et s'il n'a satisfait aux exigences de l'examen d'Etat ; des équivalences de durée d'études peuvent être accordées aux docteurs en médecine désirant obtenir le D. D. S. et réciproquement aux docteurs en chirurgie dentaire désirant obtenir le diplôme médical (M. D.).

Les lois, décrets et règlements qui régissent l'exercice de la profession en Amérique ne diffèrent donc des nôtres que sur un point, mais celui-ci est essentiel : il a permis le développement technique et scientifique qui a fait le renom mondial de nos confrères américains.

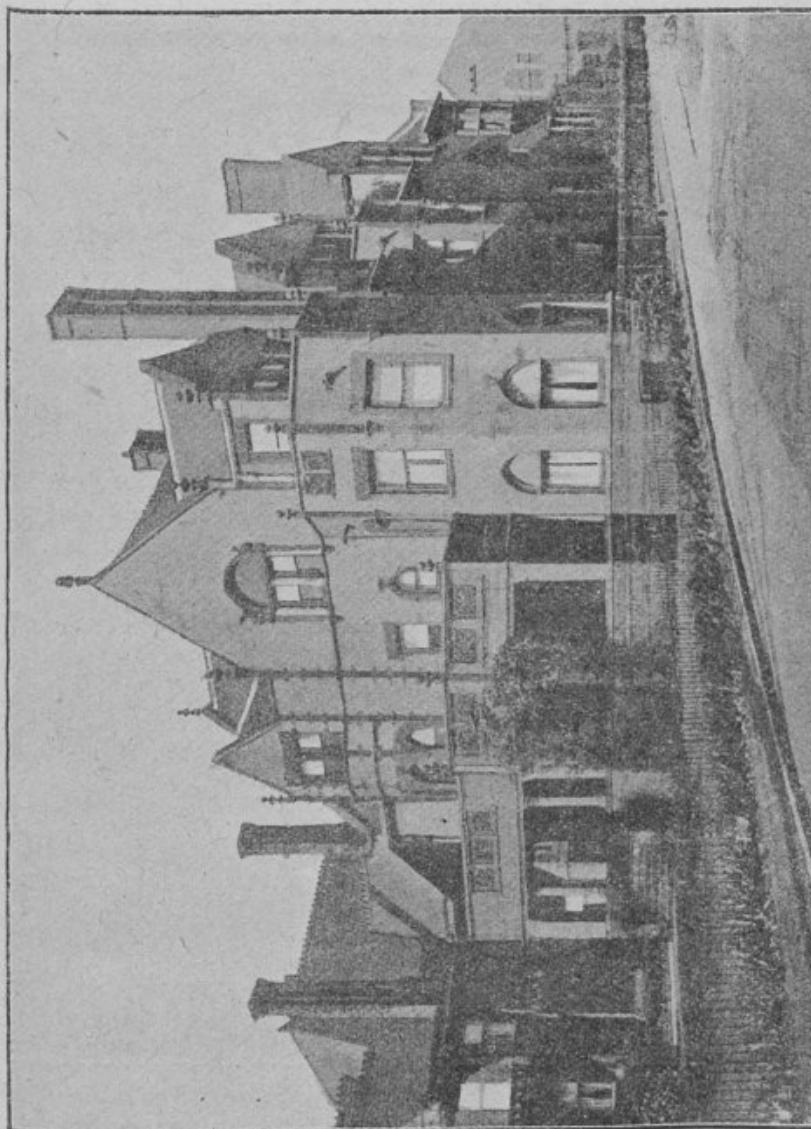
L'art dentaire français ne pourra atteindre ce degré de perfectionnement, avec ses conséquences heureuses par sa répercussion bienfaisante sur l'état sanitaire de la nation, que le jour où nos pouvoirs publics voudront bien se résoudre à adopter le même principe.

RECHERCHES. — L'Association dentaire nationale possède son institut de recherches. Dû à l'initiative de notre confrère Weston A. Price, cet institut, situé à Cleveland, fonctionne à l'aide de la subvention que lui alloue l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, des subventions de l'Etat et de la ville, enfin des dons des professionnels, ainsi que des civils s'intéressant au développement et aux progrès scientifiques.

L'institut de recherches de Cleveland comprend de splendides laboratoires et une bibliothèque. Il est largement ouvert à tous ceux qui désirent poursuivre des études ou des expériences sur un sujet d'ordre professionnel ou se rattachant directement à l'odontologie. La bibliothèque ne contient que peu de volumes français et j'engage nos journaux, nos confrères et nos organisations professionnelles à lui adresser toute littérature disponible ; elle sera la bienvenue et contribuera à la diffusion de la science française. D'autres laboratoires de recherches odontologiques ont été créés aux Etats-Unis. L'institut Forsyth, de Boston, a confié la direction du sien à notre confrère Percy Howe, qui fait actuellement des recherches intéressantes sur la désinfection et l'obturation des canaux radiculaires.

## CANADA.

L'organisation professionnelle au Canada se rapproche très sensiblement de l'organisation américaine. Au point

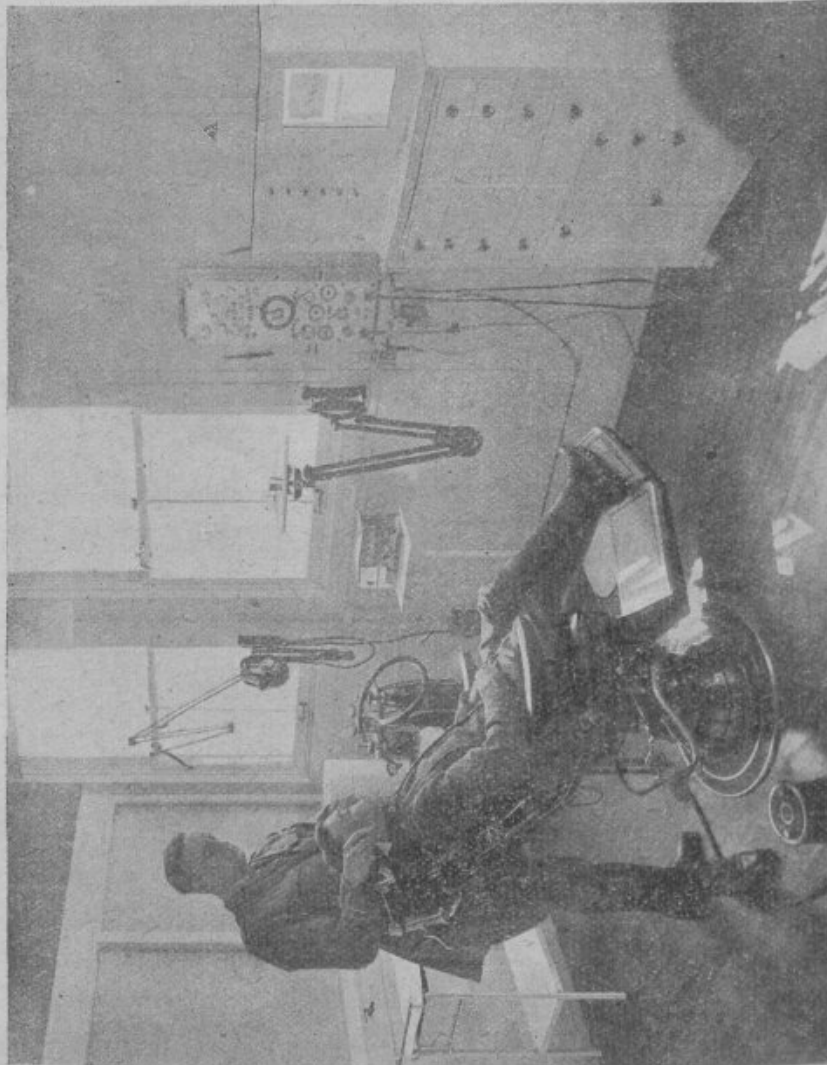


Institut de Recherches de la National dental Association (Cleveland).

de vue militaire le Canada est divisé en 10 districts. Celui de Toronto, le plus grand, compte 22 cliniques dentaires.



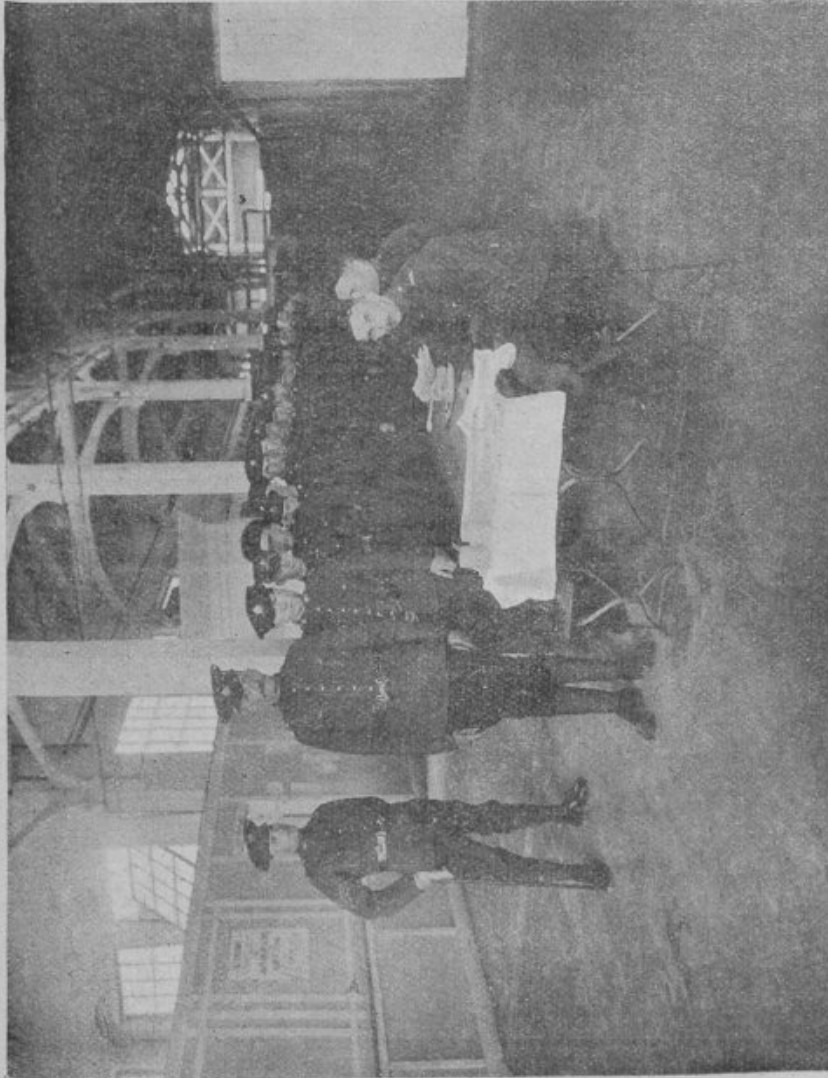
Dans ce district 12.000 hommes avaient été réformés par la Commission médicale d'incorporation pour mauvaise denture. A cette époque le corps dentaire n'était pas consti-



Un cabinet dentaire de garnison au Canada.

tué ; depuis sa création, le corps dentaire du district a récupéré ces 12.000 hommes, indépendamment de la mise en état de la bouche des recrues incorporées postérieurement.

Le corps dentaire est autonome. Un dentiste militaire lieutenant-colonel est placé à la tête du Corps dentaire de chaque district. La visite dentaire de tous les hommes est

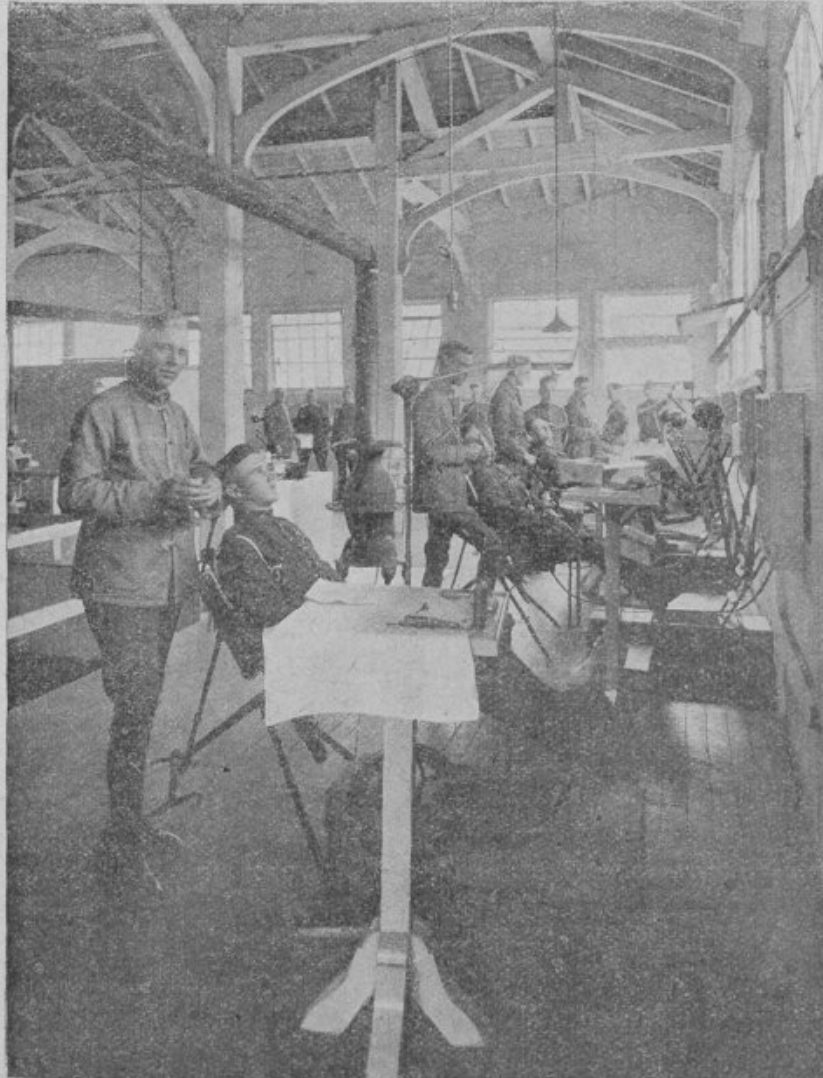


La visite dentaire dans un corps de troupe canadien.

faite lors de l'incorporation, le traitement est commencé et achevé si possible pendant la période d'instruction sur le territoire. Le départ pour rejoindre le corps expéditionnaire n'est jamais retardé par le traitement dentaire ; si celui-ci



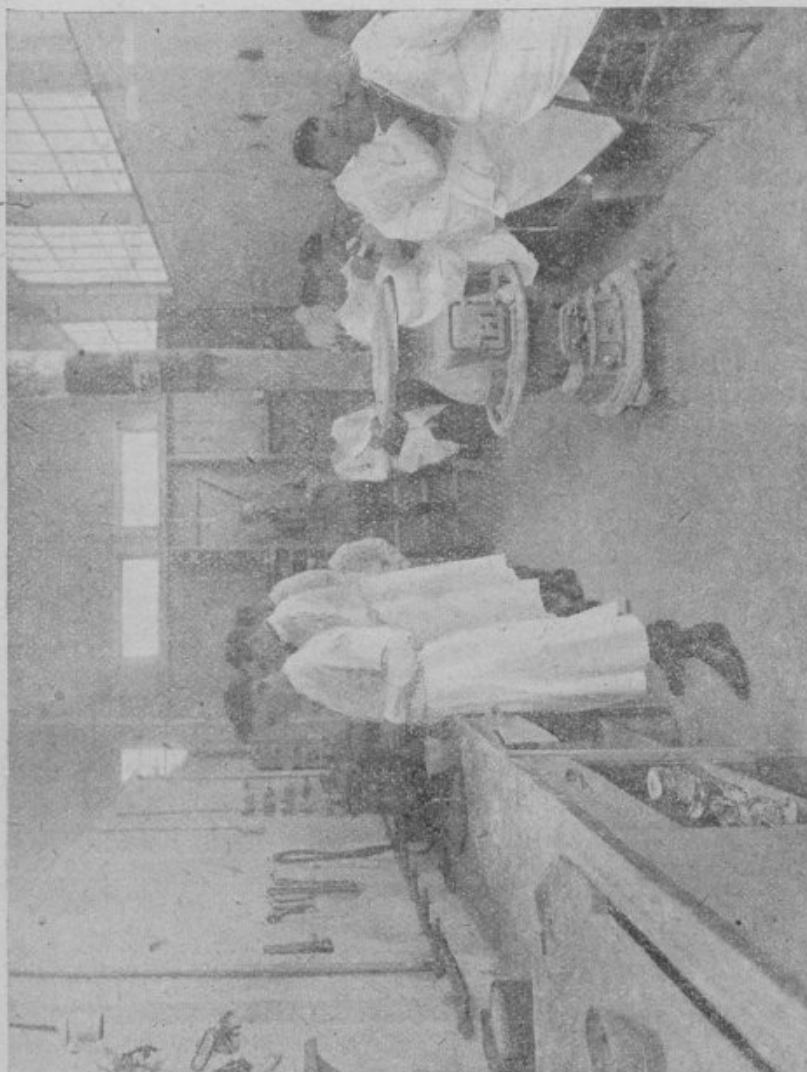
n'est pas terminé pour la date d'embarquement, il est poursuivi en Angleterre. La fiche dentaire est constituée pour



Clinique dentaire dans un camp canadien.

chaque homme, elle est jointe à son dossier et est toujours tenue à jour ; elle sert d'ailleurs de pièce d'identification officielle dans l'armée canadienne.

Je tiens à signaler particulièrement les méthodes objec-



Un coin de prothèse dentaire d'un camp canadien. \*

tives utilisées par Cummer, de Toronto, dans l'enseignement de la prothèse.

#### CONCLUSIONS.

En résumé, au point de vue professionnel, en Amérique, après 3 années d'études le chirurgien-dentiste occupe une

situation sociale égale à celle qu'occupent les membres de toutes les autres professions libérales.



Service radiologique d'une clinique dentaire canadienne.

Au point de vue militaire, il peut accéder à tous les grades de la hiérarchie.

Groupés en une formidable association de 30.000 membres,



les chirurgiens-dentistes sont écoutés dans les conseils gouvernementaux.



Le dentiste militaire canadien et son matériel de campagne (le matériel est contenu dans les deux boîtes visibles sur la photographie).

Ils ont créé 44 écoles dentaires et assurent dans leur pays un développement intensif de l'hygiène buccale.

Ils jouissent d'une renommée technique mondiale.

Ici, malgré 5 années d'études et 4 examens passés devant la Faculté de Médecine, qu'est le chirurgien dentiste au point de vue social ? *Un adjudant !*

Sur l'initiative de M. Justin Godart et grâce à l'appui et à l'esprit d'équité de notre Parlement, sa situation a été légèrement améliorée dans l'armée. Mais *la loi, votée mi-octobre, n'est pas encore appliquée !*

L'hygiène buccale n'avait pas pénétré les masses avant la guerre ; les chirurgiens dentistes français n'étaient pas assez nombreux, c'est vrai ; mais, d'autre part, ils ne rencontraient pas l'appui officiel ou pécuniaire indispensable à l'œuvre de propagande.

Avant la guerre, la profession avait attiré l'attention des pouvoirs publics sur les besoins dentaires de l'armée. Il lui fut répondu qu'*en cas de guerre le dentiste ne serait que gêne et embarras !*

Dès la mobilisation le corps professionnel s'employa SEUL à prévoir et à assurer les soins spéciaux aux blessés de la face et des maxillaires, les soins dentaires aux hommes de troupe, l'appareillage des édentés, etc.

Attentif aux desiderata que formulèrent, au nom de la profession, le dévoué Président de la Fédération dentaire nationale et M. le médecin-major Frey, qui fut un avocat persuasif dans la défense de nos institutions et la réalisation de nos initiatives, M. Justin Godart a montré combien il comprenait l'importance des soins buccaux en accordant son appui actif et incessant à nos organisations de guerre, qu'il rendit officielles et qu'il généralisa pendant l'année 1915. Il permit ainsi la récupération de 225.000 hommes édentés. Poursuivant son œuvre de propagande d'hygiène, il appuya l'Ecole dentaire de Paris lors de la création du premier service dentaire d'usines en 1916, il organisa ensuite ces services dans tous les secteurs d'usines de guerre.

Qu'est devenue cette organisation qui nous a donné tant d'espoir pour le futur développement de l'hygiène ? *Le Service de santé s'est désintéressé de la question !*

Il faut que les autorités civiles ou à leur défaut l'initia-



tive privée reprennent et élargissent ces institutions. Le pays aura besoin demain de tous les concours. Nous avons le devoir de contribuer de toutes nos forces à son bon état physique.

La durée et le niveau des études exigées de nos étudiants, ainsi que les ressources inépuisables de nos laboratoires scientifiques, nous assurent des concours techniques éclairés ; il faut que la profession se réorganise, qu'elle crée des Ecoles dignes de ce pays et de notre science ; il faut établir des cliniques dentaires dans toutes les agglomérations ; il faut enfin organiser la propagande par l'image, le livre, les conférences à la portée de tous.

Pour cette œuvre, trois choses sont nécessaires :

La volonté du corps professionnel.

L'appui moral et matériel des autorités officielles.

L'appui pécuniaire des philanthropes.

Nos amis d'Amérique sont tout disposés à nous aider ; il suffit d'avoir éprouvé la cordialité, l'affection de leur réception pour en être convaincu.

Par une propagande insidieuse, les Allemands avaient, avant la guerre, cherché à imposer leurs vues partout ; il en fut ainsi pour notre profession et ils réussirent en partie en Amérique ; depuis 15 ans nous avons le regret de voir disparaître de la littérature professionnelle américaine les citations d'ouvrages français, tandis que les citations allemandes augmentaient sans cesse.

Aujourd'hui le revirement s'est produit, j'ai rapporté de là-bas de nombreuses traductions des articles professionnels parus dans nos journaux. Le Service de santé américain à Washington a réuni tous les articles français qu'il a trouvés dans notre spécialité, mais ces articles furent uniquement puisés dans les journaux médicaux ; nos journaux dentaires ne parvenaient donc pas au Service de santé américain ! Nous avons depuis remédié à cet état de choses.

Au cours de ma mission j'ai eu la bonne fortune de pouvoir obtenir quelques résultats tangibles, qui montrent l'état d'esprit de nos alliés. A l'Ecole militaire de Chattanooga, en



une nuit, les instructeurs reproduisirent les moulages, appareils, clichés, que je leur avais présentés et qui leur semblèrent intéressants, pour les substituer aux modèles qu'ils utilisaient dans leur enseignement.

J'ai apporté une liste considérable de demandes de littérature professionnelle française et des promesses de traduction.

D'éminents confrères m'ont promis de s'intéresser à nos œuvres et à nos institutions professionnelles.

Ces promesses sont en partie réalisées, d'autres sont en voie de réalisation.

Partout dans la profession l'influence française prend la place qu'occupait l'influence allemande.

Ces résultats, nous les devons à l'affection reconnaissante des Américains pour la France et pour son peuple. Cette affection que nos soldats nous ont conquise par leur bravoure, que notre peuple a méritée par son stoïcisme il faut s'en montrer digne demain comme hier.

La bataille est terminée, mais la guerre n'est pas finie.

L'Amérique est plus puissante, plus active qu'elle ne le fut jamais. Son développement économique et industriel est formidable, elle est disposée à le mettre largement au service de notre pays pour poursuivre son œuvre de reconnaissance fraternelle. *Je crois que c'est dans la création d'institutions durables qu'il faut intéresser ce désir reconnaissant des Américains.*

Ma pensée est que la reconnaissance et la réparation des sacrifices individuels ne doivent pas être le fait d'étrangers, fussent-ils des alliés. Cette dette est nationale et le pays doit s'en acquitter vis-à-vis de ses enfants. Mais dans le même ordre d'idées, tous les peuples ont contracté une dette envers la France et c'est à la Nation tout entière que doit s'adresser leur reconnaissance.

L'argent que donnent si généreusement les Américains trouvera un emploi rationnel dans le développement ou la création d'œuvres et d'institutions d'utilité publique. Les donateurs pourraient alors sans cesse, et de façon tangible,

apprécier ce que leur générosité aura contribué à réaliser et ce qu'elle peut encore. Ils seront ainsi tentés d'assurer indéfiniment la poursuite des œuvres ou le perfectionnement des institutions bénéficiaires, soit par l'apport de nouveaux capitaux, soit par une collaboration plus directe avec les Français qui en auront la charge.

En échange de l'appui matériel et enthousiaste qu'apporteraient les Américains, si pleins de hardiesse juvénile, ils recevront de nous, avec ce que l'expérience de la guerre nous a appris, tout ce que notre vieille civilisation recèle d'heureux et de bienfaisant.

Fondons nos âmes et nos cœurs après comme pendant la guerre, afin qu'entre les deux Républiques sœurs règne plus qu'une amitié, une affection née de l'aide mutuelle qu'elles s'apporteront par une collaboration toujours plus étroite, mise, dans tous les domaines de l'activité, au profit de l'humanité.

La collaboration franco-américaine serait particulièrement bienfaisante dans notre profession. Appliquons-nous de notre mieux à la réaliser.

Faisons en sorte que nos compatriotes, après avoir enfanté la liberté dans la douleur, voient surgir de ces souffrances une ère nouvelle pour les générations futures.

Qu'au milieu des ruines à relever, des misères à soulager, ceux qui ont souffert et qui devront peiner aient le temps non seulement d'entrevoir, mais d'éprouver personnellement la réalisation de ce grand espoir, pour qu'un rayon de bonheur éclaire leur tâche suprême.

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DÉCRET RELATIF AUX GRADES DE DENTISTE MILITAIRE

*Nous publions le texte du décret du 11 janvier 1919 et de l'instruction qui l'accompagne destinés à compléter la loi du 18 octobre 1918, créant le grade d'officier pour les dentistes, qui peuvent devenir dentistes de 2<sup>e</sup> et de 1<sup>re</sup> classe, grades correspondant à ceux de sous-lieutenant et de lieutenant. Tout en nous félicitant du grand résultat obtenu par le vote de la loi, ainsi que nous l'avons fait en son temps, nous regrettons que le décret qui règle l'application de cette loi ait limité à un nombre un peu restreint le nombre des officiers dentistes ; on peut aussi regretter qu'il soit apporté des réserves à la nomination de tous les chirurgiens-dentistes diplômés comme dentistes auxiliaires et que les dentistes appartenant au service auxiliaire soient exclus du grade d'officier dentiste. Il y a là une disposition différente de celle qui a été prise à l'égard des médecins de l'armée, qui ont tous été nommés médecins auxiliaires (même les étudiants à quatre inscriptions) et qui sont promus au grade d'officier, qu'ils appartiennent ou non au service armé.*

#### MINISTÈRE DE LA GUERRE

##### RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, 11 janvier 1919.

Monsieur le Président,

Le décret du 26 février 1916 a créé un cadre de dentistes militaires pour assurer les soins dentaires dans les corps de troupe et dans les formations sanitaires. Il prévoit la désignation, pendant la durée de la guerre seulement, des militaires pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste, appartenant soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale ou à sa réserve, pour remplir les fonctions de dentistes militaires correspondant au grade d'adjudant, tant dans les corps de troupe que dans les formations sanitaires.

D'une part, la portée de ce décret est trop restreinte, car elle ne vise que les nominations prononcées pendant le temps de guerre. Aussi a-t-il paru nécessaire de prévoir la possibilité de nommer dès le temps de paix les chirurgiens-dentistes aux fonctions qu'ils auront à exercer pendant la guerre.



D'autre part, la loi du 18 octobre 1918 a institué un cadre de dentistes officiers constituant une nouvelle branche dans le cadre complémentaire du corps de santé, afin de reconnaître les services considérables rendus pendant la guerre par les chirurgiens-dentistes.

Les soins dentaires en temps de guerre seront ainsi assurés par du personnel de complément, les uns ayant rang d'officier, les autres rang d'adjudant. Ces derniers seront désormais dénommés dentistes auxiliaires, par analogie avec l'appellation donnée aux sous-officiers des branches médicale et pharmaceutique.

Il convient de déterminer la situation militaire et l'effectif de ces diverses catégories de dentistes militaires.

Tel est le but du projet de décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Nous vous prions, monsieur le Président, d'agréer l'hommage de notre respectueux dévouement.

*Le président du Conseil, ministre de la Guerre,*  
GEORGES CLEMENCEAU.

*Le ministre des Finances,*  
L.-L. KLOTZ.

#### DÉCRET

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Guerre et du ministre des Finances ;

Vu la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée ;

Vu la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée ;

Vu la loi du 7 août 1913 sur l'effectif des unités, le recrutement de l'armée active et la durée du service dans l'armée active et sa réserve ;

Vu la loi du 18 octobre 1918 tendant à la création de dentistes dans le cadre de complément du Service de santé militaire,

Décète :

*Article premier.* — Les militaires pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste, appartenant soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, peuvent en tout temps être nommés dentistes auxiliaires.

Ils secondent dans l'exécution du service technique les médecins de l'armée sous les ordres desquels ils sont placés.

*Art. 2.* — La position des dentistes auxiliaires dans la hiérarchie de l'armée est celle d'adjudant,

*Art. 3.* — Peuvent être promus dentistes de 2<sup>e</sup> classe dans le cadre complémentaire du Corps de santé militaire, les dentistes auxiliaires dont la nomination remonte à quatre années au moins, qui ont accompli, comme tels, deux périodes d'instruction.

Toutefois, pendant la durée de la guerre, le temps d'ancienneté nécessaire est ramené à une année et il ne sera pas tenu compte des périodes d'instruction.

*Art. 4.* — Peuvent être promus dentistes de 1<sup>re</sup> classe, les dentistes de 2<sup>e</sup> classe qui comptent au moins six années de service dans ce grade et ont accompli en cette qualité deux périodes d'instruction.

Toutefois, pendant la durée de la guerre, le temps d'ancienneté est ramené à un an et il ne sera pas tenu compte des périodes d'instruction.

*Art. 5.* — La nomination des dentistes de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> classe, ainsi que leur avancement ont lieu exclusivement au choix.

*Art. 6.* — Les dentistes militaires nommés en exécution du décret du 26 février 1916 prennent le titre de dentiste auxiliaire.

Le nombre total des dentistes auxiliaires ne peut dépasser en principe 1.000. Il y sera progressivement ramené s'il y a lieu, au fur et à mesure des promotions et extinctions.

*Art. 7.* — Le nombre total des dentistes de 2<sup>e</sup> classe ne peut dépasser 100, celui des dentistes de 1<sup>re</sup> classe ne peut dépasser 25.

*Art. 8.* — Le décret du 26 février 1916 est abrogé.

*Art. 9.* — Une instruction ministérielle déterminera les dispositions de détail nécessaires pour l'exécution du présent décret.

*Art. 10.* — Les ministres de la Guerre et des Finances sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 janvier 1919.

*Par le Président de la République,*  
*Le ministre des Finances,*

KLOTZ.

*Le président du Conseil,*  
*ministre de la Guerre,*

CLEMENCEAU.

#### INSTRUCTION DU 11 JANVIER 1919 RELATIVE AUX DENTISTES MILITAIRES

*Article premier.* — Conformément au décret en date de ce jour les dentistes de l'armée se recrutent parmi les militaires pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste délivré par les Facultés françaises.

*Art. 2.* — Les dentistes auxiliaires sont nommés :

A l'intérieur par les directeurs régionaux du Service de santé.

Aux armées par les chefs supérieurs du Service de santé.

*Art. 3.* — Les dentistes officiers sont nommés par le ministre.



Pour cette nomination, il sera tenu compte :

1<sup>o</sup> Des titres acquis au concours, concours sur titres exceptés, dans le corps enseignant des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique comme professeurs, professeurs suppléants et chefs de clinique ;

2<sup>o</sup> Des travaux scientifiques ou des diplômes d'Université indiquant une culture générale ou technique particulière ;

3<sup>o</sup> Du temps de présence aux armées, ainsi que des citations et blessures.

*Art. 4.* — Les dentistes auxiliaires ont l'uniforme des médecins auxiliaires, les dentistes de 1<sup>re</sup> classe et de 2<sup>e</sup> classe, l'uniforme des médecins aide-majors de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> classe, avec les modifications suivantes : le bandeau du képi et les écussons du collet sont en velours de couleur violette (dite prune).

*Art. 5.* — Les pièces exigibles pour la proposition au grade de dentiste de 2<sup>e</sup> classe sont :

1<sup>o</sup> Demande de l'intéressé transmise par la voie hiérarchique, avec avis du chef de service technique ;

2<sup>o</sup> Copie légalisée du diplôme de chirurgien-dentiste ;

3<sup>o</sup> Extrait n<sup>o</sup> 2 du casier judiciaire (pièce à réclamer par le général commandant la région ou le général commandant en chef) ;

4<sup>o</sup> Copie légalisée du ou des diplômes d'Université indiquant une culture générale ou technique particulière et un exemplaire de chaque travail scientifique, s'il y a lieu ;

5<sup>o</sup> Pour chacun des professeurs, professeurs suppléants et chefs de clinique des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique, les directeurs de l'établissement devront fournir un certificat légalisé indiquant la date du concours subi par le candidat et attestant qu'il ne s'agissait pas de concours sur titres ;

6<sup>o</sup> Etat signalétique et des services indiquant d'une façon précise que le candidat appartient au service armé.

*Art. 6.* — Leur répartition générale sera ainsi fixée :

*A Aux armées :*

1<sup>o</sup> *Dans les formations de l'Avant :*

a) Un dentiste par régiment ;

b) Un dentiste par groupe de brancardiers divisionnaires ;

c) Un dentiste par groupe de brancardiers de corps ;

d) Deux dentistes par automobile dentaire ;

e) Des dentistes en nombre variable dans les centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale et dans les centres d'édentés.

2<sup>o</sup> *Dans la zone des étapes :*

Un dentiste dans chaque centre hospitalier ;

Un dentiste dans chaque dépôt d'éclopés.



**B. A l'intérieur:**

Un dentiste à l'infirmerie des dépôts des corps de troupe ou camps d'instruction, aux hôpitaux militaires, ou, à défaut, dans la plus importante des formations sanitaires de la place.

Un dentiste dans les formations hospitalières ayant au moins 300 lits, si toutefois le nombre le permet.

Des dentistes en nombre plus ou moins grand dans les centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale et dans les centres d'édentés.

Le ministre pourra répartir les dentistes officiers dans les centres d'édentés et les centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale, à raison d'un par centre, ainsi que dans les groupes de brancardiers de corps et les voitures de Stomatologie.

*Art. 7. — Le matériel des dentistes comprend :*

A l'Avant : un matériel défini par des instructions spéciales pour les services maxillo-faciaux et les centres d'édentés des armées et un matériel portatif pour les services dentaires des régiments, des groupes de brancardiers et de la zone des étapes.

A l'Intérieur : les installations déjà existantes et, en cas d'insuffisance, les appareils, instruments et produits jugés nécessaires suivant les prescriptions du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.

*Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.*

Louis MOURIER.

---

**DÉCRET RELATIF AUX ÉTUDES DES ÉTUDIANTS MOBILISÉS**

*Nous publions également ci-dessous le décret accordant aux étudiants en chirurgie dentaire des facilités analogues à celles qui avaient été données aux étudiants en médecine. Ce décret a été rendu à la suite des démarches faites à ce sujet par notre groupement et par la F. D. N. au sous-secrétariat du Service de santé militaire et au ministère de l'Instruction publique.*

*Nous y joignons le rapport précédant ce décret. Ces documents ont paru dans le Journal officiel du 16 janvier 1919.*

**MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS****RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.**

Paris, le 10 janvier 1919.

Monsieur le Président,

La fin des hostilités et l'approche de la paix imposent le devoir immédiat de régler la situation des étudiants et élèves des écoles

pour le jour prochain où ils pourront reprendre leur scolarité.

Le tort fait par la guerre aux études scientifiques, littéraires ou professionnelles est profond. La victoire doit permettre de le réparer dans toute la mesure possible. C'est une dette d'honneur à l'égard de cette jeunesse héroïque, parmi laquelle on trouve des étudiants qui ont dû interrompre, depuis six et même près de sept années, les études destinées à assurer leurs moyens d'existence.

D'accord avec M. le président du Conseil, ministre de la Guerre, une commission interministérielle a été réunie sous ma présidence pour examiner la situation de tous les étudiants et élèves des écoles de l'Etat sous les drapeaux pendant la guerre, comparer les dispositions déjà prises par les diverses administrations et proposer les mesures réparatrices qui doivent les compléter. Après une minutieuse enquête, la commission s'est mise à l'œuvre et a proposé des règles générales communes, qui ont été soumises à M. le président du conseil, et des solutions particulières qu'il appartient à chaque ministre compétent de présenter, sous forme de décrets, à votre signature ou de préciser sous forme d'arrêtés.

Les décrets qu'annonce le présent rapport ne concernent en conséquence que les étudiants et les candidats au baccalauréat. Ils ont été précédés dans le temps par des décisions plus ou moins limitées en faveur de catégories spéciales, réformés temporaires, blessés ou malades en congé de convalescence, soldats versés dans l'auxiliaire ou officiers ramenés à l'intérieur à la suite de blessure ou de maladie contractée au front. Plus largement, l'instruction du 25 mars 1918 a permis aux étudiants des classes passées dans la réserve de l'armée active, mais maintenus sous les drapeaux, de reprendre leur scolarité et de poursuivre leurs études dans la limite de leurs obligations militaires.

Ces mesures sont aujourd'hui insuffisantes; elles ont été prévues pour le temps de guerre. Tout un ensemble de dispositions nouvelles ou d'additions aux dispositions déjà prises est devenu nécessaire. C'est ainsi qu'il convient d'envisager les décrets ci-joints avec tout leur complément indispensable d'arrêtés et d'instructions. Voici la série de ces documents qui répondent tous à la même pensée :

- 1<sup>o</sup> Décret réglant la situation des candidats au baccalauréat;
- 2<sup>o</sup> Décret réglant la situation des étudiants en général;
- 3<sup>o</sup> Instruction pour les facultés de droit;
- 4<sup>o</sup> Arrêté sur les études médicales, déjà paru au *Journal officiel* du 24 décembre 1918;
- 5<sup>o</sup> Instruction pour les facultés de médecine;



- 6° Instruction pour les facultés des sciences et des lettres ;
- 7° Décret sur les études pharmaceutiques, déjà paru au *Journal officiel* du 24 décembre 1918 ;
- 8° Instruction pour les écoles de pharmacie ;
- 9° Décret sur les études de chirurgie dentaire.

Ces actes, comme ceux qui les ont précédés, comme les travaux de la commission interministérielle, ont été inspirés par cette double intention : faciliter et hâter les études de plusieurs dizaines de milliers de jeunes gens qui ont tout abandonné pour défendre la patrie, et dont le pays va avoir un pressant besoin dans la paix, et, d'autre part, maintenir, dans toute la mesure possible, les enseignements, travaux pratiques, stages et examens qui sont les garanties nécessaires des aptitudes professionnelles. Car si la France a besoin pour demain de magistrats, de professeurs, de médecins, d'ingénieurs, d'officiers ministériels, de pharmaciens, etc., on ne saurait admettre que tous ces collaborateurs de la vie nationale, dont quelques-uns même tiendront en leurs mains l'existence de leurs concitoyens, n'apportent pas dans leurs fonctions et professions toute la compétence indispensable. Aussi bien, nos étudiants, que plusieurs années de guerre ont mûris et préparés à leur devoirs dans la paix comme dans la guerre, ne demandent-ils pas qu'on les dispense d'une formation théorique et pratique dont ils sentent, plus que personne, la nécessité ; mais ils ont droit à ce que toutes mesures soient prises pour rendre plus intensives leurs études : réductions de scolarité, suppression de formalités et de délais, adaptation des programmes, concentration des travaux pratiques et des stages, organisation plus souple des examens, sessions plus fréquentes, etc. Ce ne sont plus les étudiants qui devront se conformer à un régime scolaire idéal, aux développements savamment combinés, parfois même un peu touffus ; mais c'est ce régime lui-même qui, sans rien sacrifier d'essentiel, doit s'adapter à toute une catégorie d'étudiants.

Les étudiants qui bénéficieront des mesures proposées, seront exclusivement ceux qui ont déjà fait au moins trois années de service militaire actif et qui sont passés, ou vont passer très prochainement dans la réserve ; ils appartiennent par conséquent à toutes les classes antérieures à la classe 1918. Les classes 1918 et 1919 font actuellement leur service normal de trois ans ; elles ont pu bénéficier entièrement de l'année scolaire pendant laquelle s'est faite leur incorporation, ce qui fut refusé aux classes 1915, 1916 et 1917. Ce n'est que plus tard, soit lorsque l'état de guerre aura légalement cessé, soit aux passages de ces deux classes dans la réserve de l'armée active, que les questions soulevées par la reprise de leurs études pourront être examinées.



Les mesures prises pendant les hostilités ne visaient que les étudiants proprement dits, c'est-à-dire les jeunes gens qui avaient déjà fait acte de scolarité avant leur incorporation. Il avait paru nécessaire d'exiger cette condition pour rendre impossibles certains abus. Les circonstances ont changé. Il est de l'intérêt du pays de favoriser l'entrée et la poursuite des études supérieures à tous ceux qui, sans avoir marqué une intention précise avant la guerre, veulent maintenant se tourner vers ces études et leur demander soit une culture complémentaire, soit, le plus souvent, le seul moyen d'assurer leur existence qui leur soit désormais permis. Les mesures proposées s'appliqueront donc également, dans la limite des classes qui viennent d'être définies, aux candidats au baccalauréat et aux jeunes gens qui commenceront dès maintenant leurs études de faculté.

Des dispositions spéciales seront prises très prochainement pour les candidats aux agrégations de l'enseignement supérieur et de l'enseignement secondaire et pour les écoles spéciales qui dépendent de mon département.

Toutes les mesures proposées vont augmenter singulièrement la tâche des maîtres de l'enseignement supérieur et de leurs collaborateurs dans le temps même où les cadres se trouvent réduits par le maintien fortement réclamé d'un certain nombre de professeurs dans des services de guerre, plus encore par les vides que la guerre a faits ou par les offres de l'industrie. Tous ceux qui restent s'efforceront de suffire à ces nouveaux devoirs aux dépens même des travaux originaux que la science française attend d'eux. Il était nécessaire de marquer que, pour l'enseignement supérieur, ce n'est pas la paix qui revient avec ses besoins régulières, mais que c'est, en quelque sorte, la guerre qui se prolongera et pèsera plus lourdement encore sur chacun pendant plusieurs années. Les pouvoirs publics ne devront pas l'oublier.

Veillez agréer, monsieur le Président, l'assurance de mon respectueux dévouement.

*Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,*  
L. LAFFERRE.

#### DÉCRET.

Le Président de la République française,  
Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le décret du 11 janvier 1909, modifié par le décret du 20 juillet 1912, réglementant les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu l'avis de la commission interministérielle chargée d'examiner la situation des étudiants mobilisés ;

Considérant qu'il est équitable de faciliter l'achèvement de leurs études aux jeunes gens qui sont demeurés sous les drapeaux au-delà de la durée légale du service actif,

Décète :

Art. 1<sup>er</sup>. — Par dérogation au décret du 11 janvier 1909, les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste de la classe 1917 et des classes antérieures qui ont servi sous les drapeaux pendant la guerre et sont pourvus au moins d'une inscription de stage ne sont astreints qu'à un stage d'une année. Ceux qui remplissent ces conditions pourront se présenter à l'examen de validation dans la plus prochaine session.

Les stages accomplis dans les services dentaires de l'armée et dûment certifiés par l'autorité militaire seront tenus pour équivalents au stage requis par le décret du 11 janvier 1909.

Art. 2. — Pour les étudiants visés à l'article 1<sup>er</sup>, la scolarité de chacune des deux premières années d'études pourra être réduite à un semestre de travaux pratiques, à l'expiration duquel ils seront admis à subir l'examen de fin d'année.

Les candidats refusés à l'examen de première année seront admis à poursuivre leur scolarité sous réserve de réparer leur échec à la plus prochaine session.

Il ne sera point dérogé au décret du 11 janvier 1909 en ce qui concerne les études et l'examen de troisième année.

Fait à Paris, le 10 janvier 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

*Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,*

L. LAFFERRE.

## LES MÉDECINS ET LES BÉNÉFICES DE GUERRE

*On lira avec intérêt le mémoire suivant que M<sup>e</sup> Morillot, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, vient de soumettre au Conseil d'Etat et que nous empruntons à l'Avenir médical; on y verra, exposée avec une clarté et une précision remarquables, la thèse qui nous semble absolument logique au sujet de la question des bénéfices de guerre et nous ne doutons pas que la haute assemblée juridique ne veuille l'adopter.*



## Conseil d'État — Section du contentieux.

*Recours pour violation de la loi et excès de pouvoirs et Mémoire ampliatif.*

Pour : M. le docteur Georges Pomme, demeurant à Givors (Rhône), demandeur,

Contre : une décision rendue à son préjudice, le 19 avril 1918, par la Commission supérieure pour la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels réalisés pendant la guerre.

Le demandeur défère cette décision à la censure du Conseil d'Etat. Il l'attaque sur tous les chefs qui lui font grief, tant pour excès de pouvoirs, que pour violation de la loi, et notamment pour les faits et par les moyens ci-après relevés.

## FAITS.

I. — M. le docteur Pomme exerce la médecine à Givors, et déjà le 1<sup>er</sup> juin 1913, époque où le docteur Petitpierre a quitté cette ville, il avait remplacé ce médecin dans le service de l'usine Prénat.

Sa clientèle n'a pas sensiblement augmenté pendant la guerre.

Au contraire, ses charges et son travail se sont considérablement aggravés.

Il a dû donner ses soins, sans aucune rémunération, aux territoriaux du service des gardes-voies, vacciner gratuitement et à ses frais plus de 3 000 personnes, visiter des trains de blessés traversant la gare de Givors, faire le service à l'Hôpital Montgelas, où furent transportés de nombreux soldats blessés ou malades, et cela à titre gracieux.

Persuadé que la loi n'avait pu taxer comme bénéfices de guerre les salaires d'ailleurs modestes que lui rapporte l'exercice de sa profession dans un chef-lieu de canton, le docteur Pomme n'a point fait la déclaration prescrite par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916.

II. — Par une lettre, à lui adressée le 16 mars 1917, la Commission du 1<sup>er</sup> degré prétendit le soumettre à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre et évalua à 6000 fr. ses bénéfices supplémentaires pour les dix-sept mois de la première période, du 1<sup>er</sup> août 1914 au 31 décembre 1915.

M. le docteur Pomme n'ayant pas répondu à cet avis, la Commission du 1<sup>er</sup> degré pour le département du Rhône l'a imposé d'office par une décision du 11 avril 1917, et a fixé son bénéfice net réalisé à la somme de..... 14.000 fr.

Son bénéfice normal à celle de..... 8.500 fr.

et la différence formant le prétendu bénéfice supplémentaire à celle de..... 5.500 fr.



Elle lui a, en outre, infligé une majoration de 10 o/o.

M. le docteur Pomme a fait appel de cette décision devant la Commission supérieure, qui a rejeté son recours par une décision rendue le 19 avril 1918 et mise à la poste le 28 août 1918.

C'est la décision attaquée.

#### DISCUSSION.

III. — La décision attaquée doit être annulée pour plusieurs motifs.

§ 1. En premier lieu, elle a violé et fausement appliqué la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916 et étendu son application au-delà des limites prévues, à la fois par les travaux préparatoires et par le texte même de la loi tel que l'interprète et l'applique l'Administration de l'Enregistrement elle-même, d'après laquelle toute somme perçue à titre de rémunération d'un service rendu échappe à l'imposition sur le revenu.

Cette violation se double d'un défaut de motifs flagrant.

§ 2. En second lieu, elle a violé la loi en méconnaissant ses conditions d'application : la profession médicale ne comporte pas, en effet, de comptabilité spéciale, et en comporterait-elle, ce qui n'est pas, le secret professionnel interdirait aux médecins la livraison des documents qui seraient de nature à établir le chiffre de leurs honoraires.

§ 3. Enfin, et si l'on admettait, par hypothèse, l'applicabilité de la loi à la profession médicale, la taxation admise par la Commission supérieure n'en serait pas moins arbitraire en ce qui concerne le docteur Pomme.

Il nous sera facile d'établir l'illégalité de la décision attaquée à ces divers points de vue.

IV. — § 1. *Violation et fausse application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916.* — I. Tout d'abord la décision attaquée, en appliquant la taxe litigieuse à la profession médicale sous le prétexte que cette profession figure au tableau D annexé à la loi du 15 juillet 1880, sur les patentes, a méconnu à la fois :

A) L'esprit de la loi, tel qu'il ressort *des travaux préparatoires*.

B) *Le texte de la loi*, qui ne fonde pas le critérium de l'impôt sur la seule qualité de patentable.

C) Le caractère des honoraires de médecins qui ne constituent pas des *benefices*, seuls imposés par la loi nouvelle.

D) La jurisprudence de l'Administration de l'Enregistrement elle-même.

V. — A) *Travaux préparatoires.* — La taxation des médecins a incontestablement contre elle les travaux préparatoires et les discussions parlementaires qui ont précédé le vote de la loi.

Le principe admis par la Chambre des députés était l'assujettissement des personnes ou Sociétés ayant accompli des actes de commerce. Le texte initial voté par la Chambre visait (art. 1<sup>er</sup>, paragraphe 1<sup>er</sup>) « toutes les personnes et Sociétés qui accomplissent ou ont accompli, à titre habituel ou accidentel, des opérations réputées par la loi actes de commerce ».

M. Raoul Péret, rapporteur de la loi à la Chambre des députés, commentait cette disposition dans son rapport dans les termes suivants :

« Celle-ci (la Commission) a donc pris comme critérium l'exercice des actes de commerce pour employer les termes mêmes des art. 632 et 633 du Code de Commerce. Les personnes ou les Sociétés qui accomplissent des opérations réputées actes de commerce seront soumises à la taxe, même si ces opérations ne sont pas habituelles de leur part. Les patentables ne sont donc assujettis que s'ils font acte de commerce ; on laisse ainsi de côté quelques-unes des professions figurant exclusivement au tableau D de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, parce que ces personnes qui exercent ces professions n'ont certainement pas, sauf de très rares exceptions, trouvé dans les événements une source d'enrichissement. » (*J. O.*, Doc. Parlem. Chambre, p. 105, col. 1 et 2).

M. Aimond, rapporteur de la loi au Sénat, n'a pas été moins explicite, tant dans son rapport que dans ses déclarations verbales à la séance du 26 mai 1916, où il a dit notamment (*J. O.*, p. 465, col. 2) :

« Vous voyez que nous demandons à ceux qui étaient commerçants avant la guerre, qui le sont encore, des déclarations qu'on ne peut exiger de ceux qui n'étaient pas patentés avant la guerre. »

Il établissait donc entre le terme de « commerçant » et celui de « patenté » une équivalence caractéristique.

M. Ribot, ministre des Finances, était bien d'accord avec les rapporteurs du Parlement lorsqu'il faisait devant le Sénat la déclaration suivante :

« Le Gouvernement n'a pas hésité à saisir la Chambre des députés d'un projet de loi. Il n'a pas visé tous les bénéfices — on a pu le lui reprocher — il n'a visé que les bénéfices industriels et commerciaux, laissant en dehors les bénéfices de l'agriculture.

« On aurait pu concevoir un système s'appliquant à tous les bénéfices sans exception, même à tous les bénéfices des possesseurs de valeurs mobilières, ou de quelques médecins qui ont pu voir leur clientèle augmenter pendant la guerre, ils sont rares ! On a voulu avant tout que la loi fût applicable. La perfection



» théorique est difficile dans les circonstances que nous traversons et, à l'exemple de toutes les législations, nous avons voulu nous arrêter aux bénéfices industriels et commerciaux. »

Ainsi les rapporteurs devant les deux Chambres et le ministre, auteur du projet de loi, ont manifesté nettement leurs intentions communes de laisser en dehors de la sphère d'application de la loi les professions libérales, et spécialement les médecins.

VI. — Si dans la rédaction définitive de l'art. 1<sup>er</sup> de la loi on a substitué le mot de « patenté » à la périphrase « qui accomplissent ou ont accompli à titre habituel ou accidentel des opérations réputées par la loi actes de commerce », le principe n'en a pas été pour cela modifié : d'un commun accord entre les Commissions et le Gouvernement, entre le Sénat et la Chambre des députés, la profession médicale et les autres professions figurant au tableau D de la loi du 15 juillet 1880 ont été exclues de l'application de la loi.

Les travaux préparatoires et les discussions parlementaires ont d'autant plus d'autorité que les difficultés du travail législatif augmentent avec l'intensité toujours croissante de la vie sociale. Si donc elles tiennent à faire œuvre de justice et d'équité, les juridictions chargées d'appliquer et d'interpréter les lois nouvelles ont le droit et le devoir d'interroger les travaux préparatoires pour y puiser les éléments de leur conviction et déterminer le sens et la portée d'un texte, toutes les fois que, dans son apparente généralité, il est obscur ou ambigu. Or, l'indication des travaux préparatoires est très nette et montre que le législateur non seulement n'a pas voulu assujettir les médecins à la contribution, mais encore a entendu les en exonérer.

VII. — B) *Texte de la loi.* — Il est d'ailleurs inexact de dire que l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, qui énumère les catégories de contribuables assujettis à la contribution extraordinaire, vise, *sans aucune exception*, « les personnes passibles de la contribution des patentes, dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal. »

Cette formule figure bien dans le 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup>, mais cet alinéa n'est pas le seul texte de cette loi et il est naturel et logique que, dans une loi aussi complexe que celle du 1<sup>er</sup> juillet 1916, les différentes dispositions s'éclaircissent les unes par les autres.

Reprenons donc toute l'énumération de l'article 1<sup>er</sup>. Elle vise :

1<sup>o</sup> Toutes les personnes, patentées ou non, ayant passé des marchés avec l'Etat ou des Administrations publiques, à l'exception des agriculteurs, ou ayant fait acte de commerce à l'occasion de pareils marchés.

2<sup>o</sup> Les personnes patentées ou non, ayant participé, moyen-



nant une rémunération, à des marchés passés avec l'Etat ou des Administrations publiques ;

3° Les Sociétés et les personnes passibles de la contribution des patentes, dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal ;

4° Enfin, les exploitants d'entreprises minières.

VIII. — A prendre dans son ensemble cette énumération, il paraît manifeste que, pour le législateur, la patente a bien été un critérium, mais simplement un accessoire, et qu'il avait la volonté d'atteindre uniquement toutes les personnes et toutes les Sociétés qui, patentées ou non, se livrent ou se livreront pendant la guerre à des *opérations commerciales*, à des *spéculations*, à des *marchés*, qu'elles en fassent ou non leur profession habituelle.

Les articles suivants confirment cette interprétation. En effet, on y relève un grand nombre d'expressions parfaitement caractéristiques, telles que : « marchés ; opérations de contribuable ; » capitaux engagés et rémunérés dans une entreprise, tels qu'ils » résultent d'actes, de livres de commerce régulièrement tenus ; » entreprises exploitées en France ; pertes résultant d'un déficit » d'exploitation ; le bilan de l'entreprise ; la réserve légale ; les » amortissements ; les dépréciations exceptionnelles du matériel ; » la prolongation du travail normal, l'installation ou dépenses » spéciales effectuées en vue de fournitures de guerre, les four- » nisseurs ou intermédiaires, etc..., etc... »

Aucune de ces expressions, relevées dans les articles 2, 3, 4 et 5, n'est applicable aux professions dites libérales, fussent-elles passibles de la patente, et à la profession médicale spécialement. Elles sont toutes empruntées au langage commercial ou industriel.

IX. — Il faut donc reconnaître que l'apparente généralité du texte invoqué par la décision attaquée (art. 1, alinéa 4) est fortement combattue par l'esprit de la loi.

Si, effectivement, le législateur avait voulu atteindre tous les patentés, *sans aucune restriction*, comment n'aurait-il pas eu la prévoyance de rédiger un texte particulier à l'égard de toute une catégorie de patentés comme les médecins, pour qui l'exercice de la profession n'offre jamais l'occasion de passer des marchés avec les Administrations, n'exige nullement l'engagement de capitaux ni l'achat de matériel, n'oblige à faire ni des réserves, ni des amortissements et ne tolère aucune association, participation ou commission.

X. — C) *Honoraires et bénéfices*. — Mais il y a une raison plus formelle encore pour déclarer que certaines professions, même patentées, ne sont pas visées par l'alinéa 4 de l'article 1<sup>er</sup> de la

loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, et nous la trouvons dans le texte lui-même.

En effet, deux conditions sont nécessaires pour tomber sous son application : il ne suffit pas que le contribuable ou la personne soit passible de la contribution des patentes, il faut encore que « *ses bénéfices aient été en excédent sur le bénéfice normal.* »

C'est dire que la profession exercée par le contribuable ou la personne doit consister à « *poursuivre un bénéfice.* »

Que faut-il donc entendre par le mot *bénéfice* ?

Ce mot a, dans la langue française, un sens parfaitement clair, il ne s'applique pas à toute espèce de gain, mais c'est l'expression propre par laquelle on désigne le gain réalisé soit par la spéculation commerciale ou industrielle, soit par l'association du capital et du travail.

Une Société commerciale fait des bénéfices. Un marché, une entreprise, une opération de bourse se résout par un bénéfice.

Et cette expression a sa contre-partie dans le mot *perte*, parce que toute opération qui se résout par un bénéfice présente un aléa, une chance à courir qui peut entraîner une perte. C'est le propre de l'*acte de commerce* ou de l'*entreprise*. Il ne viendra à personne l'idée de parler des bénéfices d'une étude de notaire ou d'avoué, en parlant de ses produits. Jamais un avocat, même quand sa clientèle est considérable et sa renommée brillante, ne fait de bénéfices ; il reçoit des honoraires, peut gagner plus ou moins d'argent, mais il ne réalise pas de bénéfices.

Il en est de même du médecin ; les honoraires qu'il reçoit sont exclusivement la rémunération de son travail, de la science et de l'expérience qu'il a acquises. En visitant sa clientèle, en donnant ses consultations, il ne se livre pas à des opérations qui présentent l'aléa d'un bénéfice ou d'une perte, mais il rend des services, pour lesquels (lorsqu'ils ne sont pas gratuits), il reçoit une rémunération, un salaire, un honoraire dont sans doute il fixe lui-même le montant, mais qui n'en est pas moins le prix d'un service demandé.

XI. — Que pour quelques médecins et pendant la guerre, cette rémunération ait été plus abondante, qu'en d'autres termes certains médecins, assez rares d'ailleurs, aient pendant la durée de cette catastrophe nationale, gagné plus d'argent qu'avant la déclaration de guerre, c'est possible. Mais cela ne change rien au caractère des honoraires qu'ils ont touchés. Cela tient à ce qu'on leur a demandé plus de services, plus de consultations. Ils ont eu plus de travail, l'argent qu'ils ont gagné en plus, c'est la rémunération d'un *travail supplémentaire*.

Certains fonctionnaires, touchant d'importants traitements et



mobilisés, ont continué pendant la guerre à toucher leurs traitements en même temps qu'ils recevaient la solde afférant à leur grade. Il eût été injuste de les astreindre à partager avec l'Etat ce que la loi appelle « l'excédent du bénéfice normal ».

N'est-il pas aussi injuste d'imposer cette obligation au modeste médecin d'un chef-lieu de canton, resté presque seul après le départ de ses confrères pour assurer le service sanitaire de la population, diminuée par la mobilisation, mais qui n'en a pas moins dû, quelquefois, malgré un âge déjà avancé, redoubler d'activité, multiplier ses visites de jour et de nuit, réduire ses loisirs ou ses heures de repos, pour satisfaire tous ceux, qui, pauvres ou riches, avaient besoin de ses services ?

Ne serait-ce pas une souveraine iniquité ? Et le législateur en promulguant cette loi, dont la légitimité est pourtant incontestable, a-t-il bien voulu pousser jusque-là la recherche des ressources nécessaires à l'Etat ?

XII. — Nous avons dit plus haut, et c'est là que nous paraît résider le critérium qui permet de résoudre juridiquement cette question de pur droit, que l'honoraire du médecin ne pouvait constituer un bénéfice.

Ce n'est pas là une allégation pure et simple, comme celle que produit en sens contraire, sans motifs à l'appui, l'avis de la commission du 1<sup>er</sup> degré.

C'est une affirmation qui se déduit de l'analyse juridique de la nature du contrat en vertu duquel le médecin touche ses honoraires.

Certes, il est rémunéré par ses clients. Mais il l'est en vertu d'un contrat de louage de services, aux termes duquel il met sa science et son expérience au service de ses clients.

Donc, quand il touche le prix de ses soins, il touche la rémunération de ses services, et cette rémunération ne peut jamais constituer un bénéfice.

D) *Jurisprudence de l'Administration de l'Enregistrement.* — D'après la doctrine et la jurisprudence, les deux termes s'excluent :

L'Administration de l'Enregistrement elle-même, animée pourtant d'un esprit si fiscal, a admis, en ce qui concerne l'application de l'impôt sur le revenu aux termes de la loi du 29 juin 1872, que la rémunération du *contrat de louage de services* échappe à l'impôt.

C'est seulement le bénéfice n'ayant pas le caractère de cette rémunération qui tombe sous l'application de la taxe.

« La taxe de 4 % établie sur les dividendes et produits des » actions de toute nature des Sociétés n'atteint que les revenus » des apports en capital ou en industrie à l'exclusion des béné-



» fices alloués au gérant de la Société comme rémunération de son travail et de ses services. »

Ainsi en a jugé la Cour de cassation par deux arrêts, le premier du 23 février 1909 (D. P. 1910-1-319), le second du 13 avril 1910 (D. P. 1910-1-266).

La même doctrine a prévalu lorsqu'il s'est agi de l'application de la loi plus récente du 13 juillet 1911.

Ainsi, de l'aveu de l'Administration, *les deux termes sont inconciliables.*

S'il en est ainsi quand il s'agit d'appliquer la taxe sur le revenu à une Société commerciale, comme celle que visent les lois précitées du 29 juin 1872 et du 13 juillet 1911, n'y a-t-il pas un argument *a fortiori* vraiment irrésistible pour faire la même distinction entre le bénéfice assujetti à l'impôt sur les bénéfices réalisés pendant la guerre et la rémunération du service rendu, dans une profession comme celle de médecin, où, par définition même, et sans contestation possible, l'honoraire perçu constitue exclusivement la rémunération d'un service rendu ?

XIII. — II. La violation et la fausse application se doublent en l'espèce d'un *défaut de motif flagrant*. En effet, la distinction entre le bénéfice produit par la coopération du capital et du travail a été le fondement même de l'argumentation développée par M. le docteur Pomme dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission supérieure en réponse à l'avis formulé par la Commission du 1<sup>er</sup> degré sur le recours formé par lui contre la décision de celle-ci.

C'est en s'appuyant sur cette distinction fondamentale que le demandeur a soutenu qu'il n'était pas assujetti à la contribution extraordinaire sur les bénéfices réalisés pendant la guerre et que, par suite, il n'avait pas à faire la déclaration prescrite par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916.

XIV. — Or, aux termes de l'article 11 de cette dernière loi, les décisions de la Commission supérieure doivent être motivées.

Cette prescription entraîne l'obligation pour la Commission supérieure de répondre, lorsqu'elle ne se les approprie pas, aux moyens qui sont présentés dans les mémoires de l'une ou de l'autre des parties en cause. Faute par elle de remplir cette obligation, la décision est viciée par défaut de motifs et de base légale. Il en est des décisions de la Commission supérieure comme de tous les jugements des Tribunaux civils et des arrêts de Cour d'appel, qui sont tenus à la même obligation en vertu de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810.

La Commission supérieure est une Commission de jugement, et en la soumettant à l'obligation de motiver ses décisions, le légis-

lateur a entendu la soumettre aux conditions rigoureuses, prescrites par la loi de 1910 pour la sauvegarde des droits supérieurs de la défense devant les Cours et les Tribunaux. L'un et l'autre texte doivent être interprétés de la même manière parce qu'ils se justifient par les mêmes raisons de part et d'autre.

XV. — Or, la décision attaquée s'est complètement abstenue de répondre à cette argumentation. Elle l'a entièrement passée sous silence.

Elle est entachée d'un vice fondamental. Non seulement elle viole l'art. 11 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, mais en outre elle porte atteinte aux droits de la défense.

Elle est donc nulle pour défaut de motifs et de base légale.

En d'autres termes, et pour conclure, la décision attaquée, en rejetant le recours de M. le docteur Pomme, a résolu la question par la question, et elle a violé les articles de la loi visés au moyen. Elle doit donc incontestablement être annulée.

XVI. — § 2. Conditions d'exercice de la profession médicale.  
*Absence de comptabilité et secret professionnel.*

A un autre point de vue, la décision attaquée a encore méconnu l'esprit et le texte de la loi de 1916 en appliquant la taxation litigieuse à une corporation dont les règles et le fonctionnement normal se refusent à cette application.

Les médecins ne sont pas astreints en effet à tenir des livres de commerce comme les commerçants ; par conséquent, ils n'ont aucune comptabilité officielle, parfois même aucune comptabilité privée quelconque. Assimilés à de simples particuliers sur ce point, ils peuvent se dispenser, et beaucoup de médecins s'en dispensent, de tenir un cahier quelconque des recettes et des dépenses afférentes à leur profession. D'où impossibilité absolue de connaître le montant exact de leurs honoraires et de faire la preuve de l'excédent ou de leur diminution de recettes d'une année à l'autre.

Cela démontre bien que la loi leur est inapplicable, car elle n'a pu soumettre les médecins à l'application d'une taxe dont le fisc n'a pas et ne peut avoir les moyens matériels de régler et de contrôler l'application juridique et équitable.

B). D'ailleurs, cette comptabilité existât-elle dans certains cas particuliers, qu'on n'en saurait faire état, à raison du secret professionnel qui lie le médecin.

Si ces prétendus contribuables, pourtant bien nombreux, avaient été astreints à la déclaration, leur situation était si spéciale, qu'il fallait, de toute évidence, qu'une disposition particulière vînt d'abord les relever de l'obligation du secret professionnel qui pèse sur eux en vertu de l'article 378 du Code pénal.



Dépositaires des secrets qu'on leur confie, les médecins et chirurgiens ne peuvent les révéler à personne, ni directement, ni indirectement, ni totalement, ni partiellement, et ce serait de leur part, enfreindre incontestablement les dispositions de l'article 378 du Code pénal, s'exposer ainsi à un emprisonnement de six mois, que de produire, quand ils existent, des carnets de visites, ou une comptabilité souvent fort embryonnaire, qui détient cependant partie des secrets qui leur sont confiés.

Or, cette production serait essentielle dans une multitude de cas. Elle eût été indispensable, notamment pour l'exposant, car la Commission du 1<sup>er</sup> degré, se trompant sur la répercussion que la guerre a pu avoir à son égard, l'a, de bonne foi sans doute, taxé quand même à tort, d'une manière exorbitante.

XVII. — Pour réfuter cette objection capitale, c'est une grave erreur que de répondre, avec M. le Directeur des Contributions directes du Rhône, que tous les fonctionnaires appelés à participer à la perception ou au contentieux de l'impôt sont eux-mêmes obligés au secret professionnel.

Si les médecins sont obligés de produire ce qu'on appelle leur comptabilité, c'est-à-dire leurs carnets, leurs répertoires, on les oblige à divulguer ainsi les noms de leurs clients, la nature de leurs maladies et des remèdes qu'elles comportent, le nombre des visites qui leur sont faites, ceux qui payent et ceux qui ne payent pas, tous secrets dont ils sont dépositaires par état ou par profession.

Or, il est tout aussi interdit à un médecin de révéler ces secrets à un fonctionnaire tenu lui-même au secret professionnel, que de les révéler à toute autre personne. Seule une loi, comme l'a fait notamment la loi du 30 novembre 1892, dans son art. 15 (et encore ne l'a-t-elle fait que dans une mesure relative et très restreinte), peut relever le médecin de l'obligation aussi stricte que formelle dont il est tenu. Un grand nombre de fonctionnaires, les préfets, les magistrats, par exemple, voire même un ministre, peuvent être tenus ou se considérer comme tenus par le secret professionnel, de la même manière que les membres des Commissions instituées pour la contribution sur les bénéfices de guerre. Aucun d'eux n'a le pouvoir de dispenser le médecin du secret sous quelque prétexte que ce soit, et encore moins sous le prétexte que lui-même serait tenu du même secret.

Cette obligation du secret est absolue, comme l'a jugé la Chambre criminelle par son arrêt du 19 décembre 1885, 8, 86, I. 86 et dans un autre arrêt du 9 novembre 1901, D. 1902, 2, 235.

Ainsi, la déclaration du médecin, s'il y était soumis, échapperait complètement à tout contrôle, parce que ce contrôle ne



pourrait être fait que par des carnets de visite et des répertoires de clientèle.

C'est donc implicitement admettre que la profession médicale, comme certaines autres d'ailleurs, seront exposées à la taxation d'office, c'est-à-dire à une mesure arbitraire en dépit de la bonne foi de ceux qui exercent ces professions, ou poser en principe que toute déclaration faite par eux, même négative, sera jugée sincère. Les deux hypothèses sont aussi impossibles l'une que l'autre.

Le législateur ne pouvait ignorer cette impasse où il acheminait toute une catégorie de personnes passibles de la contribution de la patente. Son silence à leur égard prouve manifestement qu'il n'a jamais eu l'intention de faire peser sur elles la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre.

A ce point de vue, comme au précédent, la décision attaquée est donc entachée d'illégalité.

XVIII. — Il va de soi que le vice qui entache la décision au principal l'entache également en ce qui concerne la majoration de 10 0/0 prononcée à titre de pénalité par la Commission supérieure pour défaut de déclaration. En effet, M. Pomme n'étant pas contribuable de l'impôt sur les bénéfices extraordinaires réalisés pendant la guerre, n'était pas tenu de faire la déclaration prescrite par l'art. 5 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, et il ne pouvait encourir la pénalité prévue par l'art. 14.

XIX. — § 3. *Taxation arbitraire du docteur Pomme.* — En se plaçant, même par hypothèse, sur le terrain de l'applicabilité de la loi sur les bénéfices supplémentaires de guerre à la profession médicale, la décision attaquée n'en serait pas moins critiquable pour avoir arbitrairement taxé le docteur Pomme.

A cet égard, on peut, en effet, à titre subsidiaire, attaquer la décision incriminée, pour violation des art. 9 et 11 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, violation de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, défaut de motifs, manque de base légale et excès de pouvoirs, en ce que la décision attaquée, en rejetant le recours de l'exposant, a fixé à 5.000 francs le bénéfice supplémentaire, sous le prétexte qu'il est établi par l'instruction que ce chiffre n'est pas exagéré, alors qu'elle ne pouvait faire cette évaluation et rejeter les éléments qui avaient été présentés par l'exposant pour contredire les prétentions du service des contributions directes, sans s'expliquer sur les motifs qui justifiaient cette décision.

XX. — Sur ce point, la décision attaquée est ainsi conçue :

« Considérant qu'il est établi par l'instruction que le chiffre de 5.500 francs fixé par la Commission du 1<sup>er</sup> degré, comme représentant le bénéfice supplémentaire du requérant, n'est pas exagéré. »

Cette affirmation sommaire ne saurait suffire à elle seule pour

permettre au Conseil d'Etat, saisi du pourvoi de M. le docteur Pomme, d'exercer son contrôle et de vérifier si la loi a été régulièrement appliquée au demandeur.

Puisque, aux termes de l'avant-dernier paragraphe de l'art. 11 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, la Commission statue sur mémoire, il suffit de se reporter à l'instruction pour rechercher si elle justifie la décision attaquée.

XXI. — Or, l'avis présenté par la Commission du 1<sup>er</sup> degré sur le recours intenté contre sa décision par M. le docteur Pomme et le rapport du directeur des Contributions directes sont absolument muets sur l'évaluation du prétendu bénéfice supplémentaire que le demandeur aurait obtenu.

Quant à la décision rendue, dans sa séance du 11 avril 1917, par la Commission du 1<sup>er</sup> degré, elle se contente d'indiquer les sommes qu'elle a prises pour base de la taxe, en se bornant à dire qu'elle la lui appliquait d'office.

Avant de rendre cette décision, une communication, produite à l'appui du pourvoi et adressée par le Secrétaire de la Commission du 1<sup>er</sup> degré à M. le docteur Pomme, à la date du 16 mars 1917, avait été ainsi libellée :

« Des renseignements fournis, il résulte que vos bénéfices ci-dessus atteignent environ 6.000 francs. Contribution extraordinaire, 500 francs. Veuillez nous faire connaître si vous acceptez cette décision, basée sur votre supplément de clientèle civile et vos honoraires de l'usine Prénat ».

XXII. — A cette communication, M. le docteur Pomme répondit qu'il n'était pas assujéti à la contribution sur les bénéfices extraordinaires réalisés pendant la guerre.

Mais dans le mémoire qu'il a adressé à la Commission supérieure, à l'appui de son recours, il a formellement contesté les chiffres produits arbitrairement par la Commission du 1<sup>er</sup> degré et sans qu'elle eût procédé à aucune vérification, sans qu'elle ait eu recours à aucun des procédés d'instruction qui lui sont prescrits par les art. 8 et 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916.

XXIII. — Son mémoire était ainsi conçu :

» Nous avons avancé que la taxation d'office de la Commission du 1<sup>er</sup> degré était bien loin de la vérité.

« La moyenne, non pas du bénéfice normal, mais des honoraires  
 » acquis par M. le docteur Pomme, pendant les trois années  
 » 1911, 1912 et 1913, s'élève à la somme de..... 11.200 »  
 » Pendant l'année 1914, ils se sont réduits à la somme  
 » de..... 10.833 »  
 » Pendant l'année 1915, ils se sont élevés à la somme  
 » de..... 14.730 »



» L'excédent serait donc bien loin d'atteindre la somme de 5.000 francs que la loi réserve au contribuable avant de lui réclamer le partage de son bénéfice supplémentaire.

» Et de ces chiffres, il faudrait encore déduire, non seulement tous ses frais de voiture ou de transport dont rien n'oblige le docteur Pomme, pas plus avant que pendant la guerre, de tenir la comptabilité, mais encore toutes les notes d'honoraires qui ne sont pas rentrés et ne rentreront jamais.

» Ajoutons, pour faire ressortir combien est arbitraire le calcul de la Commission du 1<sup>er</sup> degré, qu'il avait été fait état devant cette Commission, des honoraires que le docteur Pomme aurait touchés pendant la guerre à l'usine Prénat, parce que la Commission, mal renseignée, croyait que le docteur Pomme avait commencé depuis la guerre à faire le service médical de cette usine.

» Or, c'est en 1913, à partir du 1<sup>er</sup> juin, après le départ de M. le docteur Petitpierre, que l'exposant a assuré ce service médical qui lui a valu pour honoraires la somme de cinq cents francs par an.

» Il ne faudrait pas moins de onze établissements semblables aux usines Prénat pour arriver au chiffre proposé par la Commission comme augmentation des honoraires de M. le docteur Pomme. »

XXIV. — Lié par le secret professionnel, M. le docteur Pomme ne pouvait fournir sans le violer et sans encourir les peines infligées par l'art. 378 du Code pénal, ni la liste de ses clients, ni la note de leurs honoraires, ni le nombre des visites qu'il a faites ou le prix des consultations qu'il a données.

Il n'était obligé, ni avant, ni pendant la guerre, de tenir aucune comptabilité, et il ne pouvait en produire aucune à l'appui de l'affirmation qu'il apportait à la Commission supérieure.

Celle-ci n'en était pas moins tenue aussi bien en vertu de l'art. 11 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, qui lui impose l'obligation de motiver ses décisions qu'en vertu de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810 qui s'applique à toutes les juridictions, de s'expliquer sur les raisons pour lesquelles elle rejetait la déclaration de M. le docteur Pomme pour sanctionner l'évaluation purement arbitraire de la Commission du 1<sup>er</sup> degré.

En se dérochant à cette obligation, la décision attaquée a donc encore commis une violation de la loi et un excès de pouvoir, elle porte une nouvelle atteinte au droit supérieur de la défense et a mis le Conseil d'Etat dans l'impossibilité d'exercer le contrôle souverain qui lui a été attribué par le législateur.

Ajoutons que cette formule « il résulte des renseignements fournis » est celle que la Cour de cassation, par une jurisprudence constante, considère comme indiquant, sans discussion



possible, la violation des règles de l'instruction contradictoire, et des droits de la défense (Civ. Cass., 24 avril 07 D. 07 1.383, 21 octobre 1907, D. 08 1.64, 12 novembre 1907 D. 08.1.96 et autres arrêts cités en note).

A tous ces points de vue, la décision attaquée encourt donc manifestement la censure du Conseil d'Etat.

XXV. — Par ces motifs et tous autres à suppléer, produire ou déduire, s'il y a lieu, le demandeur conclut à ce qu'il plaise au Conseil d'Etat :

Casser et annuler, pour violation de la loi et excès de pouvoirs, la décision prise le 19 avril 1918, par la Commission supérieure pour la contribution sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés pendant la guerre, avec toutes les conséquences de droit.

#### PRODUCTION.

Expédition de la décision attaquée, avec l'enveloppe qui a contenu sa notification.

### COMMISSION SPÉCIALE D'ÉTUDE DES SERVICES DENTAIRES D'APRÈS-GUERRE

Le 8 janvier 1919, à 9 h. 30, à l'Ecole Dentaire de Paris, se sont réunis, sous la présidence de M. Godon, MM. Frey, Pont, Blatter, Georges et Henri Villain, à l'effet d'étudier un projet de réorganisation des services dentaires militaires pour l'après-guerre.

M. Godon a prononcé quelques paroles de bienvenue et de félicitations à l'adresse de M. Pont, directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon, chef du Service maxillo-facial de la XIV<sup>e</sup> région, venu pour traiter cette question, puis il présente un projet d'organisation étudié déjà dans une réunion préparatoire par MM. Frey, G. Villain et Godon le dimanche 5 janvier.

Après un échange de vues, les vœux suivants ont été adoptés :

1<sup>o</sup> Au régiment ou à la garnison, maintien de cliniques dentaires régimentaires ;

2<sup>o</sup> Dans chaque région militaire, service dentaire hospitalier complet attaché à l'Hôpital militaire ou, s'il n'en existe pas, à l'Hôpital mixte ou à l'infirmerie de garnison la plus importante de la région ;

3<sup>o</sup> Continuation de l'utilisation intensive des Ecoles Dentaires sous sa forme actuelle pour les services dentaires militaires complets dans les trois grandes villes : Paris, Lyon, Bordeaux, ainsi qu'à Lille et Nancy, les trois villes de Paris, Lyon et Bordeaux possédant chacune une Ecole militaire, savoir :

A Paris, l'Ecole d'application du Val-de-Grâce ;

A Lyon, l'Ecole du Service de santé militaire ;

A Bordeaux, l'Ecole du Service de santé de la Marine ;

L'Administration centrale du S. S. E. S. S. devra assurer, par un personnel technique qualifié, le contrôle des Services Dentaires de l'Armée et la répartition des malades atteints de lésions maxillo-faciales et des mutilés ;

5° Le personnel attaché à ces divers Services Dentaires militaires devrait être composé :

a) De spécialistes militaires de carrière dont le corps serait à créer s'il est possible ;

b) De spécialistes accomplissant leur service ou leurs périodes militaires ;

c) A défaut de spécialistes militaires ou militarisés, il serait fait appel à des spécialistes civils agréés par l'autorité militaire compétente ;

6° Les spécialistes chargés des Services Dentaires militaires devront être choisis uniquement d'après leurs titres techniques différant d'après leur grade, celui-ci étant subordonné à leur fonction. Ils seront placés au point de vue médical sous l'autorité et la direction des médecins chefs.

7° En prévision du recrutement, les étudiants en chirurgie dentaire seront utilisés dans les services de santé et leurs fonctions seront déterminées d'après le nombre de leurs inscriptions ;

8° Les mécaniciens dentistes nettement spécialisés d'après les dispositions en vigueur (D. M. du 25 février 1918) seront affectés à des Sections d'infirmiers militaires pendant la durée de leur service ou de leurs périodes militaires avec un cadre spécial.

Il demeure entendu que les militaires possédant le certificat de validation de stage seront considérés comme mécaniciens-dentistes.

Quant aux mécaniciens dentistes qui auraient travaillé dans des cabinets dentaires, ils devront subir un examen spécial justifiant de leurs connaissances techniques conformément aux dispositions de la D. M. du 25 février 1918 ;

9° Il serait désirable que les Ecoles Dentaires et le personnel civil utilisés par l'armée fussent indemnisés, en raison :

a) Du temps nécessaire pour assurer un traitement dentaire complet, afin d'éviter le plus possible les extractions qui ont pour conséquence directe la nécessité pour l'Etat de délivrer ensuite de nombreux appareils de prothèse ;

b) D'éviter les journées d'hospitalisation et les journées d'indisponibilité ;

c) L'indemnisation sera déterminée d'après le temps passé aux soins donnés et d'après le matériel utilisé.



Tous ces vœux sont adoptés à l'unanimité.

Il est décidé qu'ils seront adressés sous forme de rapport au Service de santé militaire et aux Commissions de l'Armée de la Chambre des députés et du Sénat et à leurs rapporteurs de la loi créant des officiers dentistes, MM. P. Strauss et Lorimy, ainsi qu'aux membres du Parlement qui ont donné leur appui aux projets de décret et de loi relatifs à l'organisation des services dentaires. Ils seront remis particulièrement par M. Godon à M. le sénateur Paul Strauss, rapporteur du projet de loi au Sénat, par M. Blatter à MM. les députés Justin Godart, Lorimy, rapporteur du projet de loi à la Chambre, à MM. Lancien et Brunet, et par M. Pont à MM. les sénateurs Cazeneuve et Herriot.

Il est également décidé que le vendredi 10 janvier, une nouvelle réunion aura lieu à 10 heures du matin, à laquelle M. Sauvez sera convoqué à titre officieux.

La séance est levée à 11 heures 30.

\* \* \*

Une seconde séance a eu lieu le vendredi 10 janvier, à laquelle assistaient: MM. Bioux, Fontanel, H. Villain, Barden, Pont, Blatter et Zzaoui, sous la présidence de M. Godon.

Les vœux émis dans la séance du 8 janvier ont été adoptés.

## NOUVELLES

### Légion d'honneur.

Nous relevons avec plaisir dans le *Journal officiel* du 12 janvier 1919 la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de MM. Besson (Marcel), chef de service de prothèse maxillo-faciale de la 16<sup>e</sup> région, à Montpellier, et Herpin, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, chef du service de prothèse maxillo-faciale de la 18<sup>e</sup> région, à Bordeaux.

Nous adressons à ces deux confrères nos très vives félicitations.

### Mission aux Etats-Unis d'Amérique.

A peine de retour de sa mission aux Etats Unis d'Amérique, annoncée dans notre numéro du 30 juillet 1918, notre confrère, M. Georges Villain s'est embarqué le 11 janvier courant sur le « Chicago » pour le même pays. Il y était appelé en mission par *The Institute of Dental Teachers* (Institut des professeurs d'Odontologie) afin de faire connaître en Amérique les travaux faits en France pendant la guerre par les dentistes militaires, ainsi que par les dentistes civils qui se sont consacrés à la prothèse maxillo-faciale des blessés de guerre.

### Nouvelle société odontologique et nouveau journal.

Nous apprenons la constitution à La Havane de la Société odontologique cubaine et la création d'un journal par cette Société, la *Revista de la Sociedad odontologica cubana* (Revue de la Société odontologique cubaine), dont nous avons reçu récemment le premier numéro.

Nous souhaitons bonne réussite à l'un et à l'autre.

---

# L'ODONTOLOGIE

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### UN SIGNE DIAGNOSTIQUE DES CONSTRICTIONS DES MÂCHOIRES D'ORIGINE RÉFLEXE

Par le D<sup>r</sup> MAURICE RÔY,

Dentiste des Hôpitaux,  
Professeur à l'École dentaire de Paris

Le nombre des contractions des mâchoires provoquées par les blessures de guerre est considérable ; elles sont dues à des causes multiples. Sans vouloir énumérer toutes celles qui peuvent intervenir pour provoquer cette constriction on peut les diviser en deux grandes catégories :

1° Les contractions d'origine organique, c'est-à-dire celles qui sont consécutives à des altérations musculaires, osseuses ou articulaires, à des brides cicatricielles ;

2° Les contractions d'origine réflexe.

Ces contractions réflexes, qui vont plus particulièrement nous occuper ici, peuvent se rencontrer dans diverses conditions : elles peuvent être simples ou associées à de la constriction d'origine organique. C'est ainsi que, dans les accidents de dents de sagesse, pour prendre, en dehors des blessures des mâchoires, un exemple simple, la constriction que l'on observe au début est une constriction réflexe par réaction musculaire de défense contre la douleur provoquée par l'ouverture de la bouche, qui, tendant les piliers antérieurs, vient exercer des tiraillements au niveau du capuchon muqueux de la dent de sagesse enflammée ; ce n'est que plus tard, lorsque l'os et la sangle musculaire ptérygo-massétériens sont profondément intéressés, que se produit la constriction organique.



De même, dans les blessures de guerre, les constrictions que l'on observe au début sont généralement des constrictions réflexes par réaction musculaire de défense. Les constrictions organiques ne sont ordinairement pas des lésions de début, et l'on voit journellement des blessés arriver avec de grosses mutilations sans présenter de contracture; ce n'est que plus tard que la constriction organique s'installe progressivement au fur et à mesure de la cicatrisation des parties molles ou de la réparation osseuse.

La constriction réflexe, elle, est souvent précoce, elle peut disparaître avec la cause qui l'a provoquée, elle peut, au contraire, persister après la disparition de celle-ci et ce sont les constrictions que l'on observe dans ce dernier cas dont le diagnostic est particulièrement délicat.

On se trouve, en effet, en face d'un blessé qui a eu une lésion musculaire ou osseuse indéniable, souvent les deux à la fois, et présentant une constriction souvent très intense qui peut ne pas céder à l'ouvre-bouche ou qui ne cède qu'au prix d'un effort considérable, laissant après lui une douleur très vive; cependant les lésions sont bien cicatrisées, et elles ont parfois été très minimales.

Le problème se pose dans un cas semblable de savoir si la contracture est due à des troubles réflexes ou si elle est d'origine organique et due, par conséquent, à des altérations osseuses ou musculaires profondes, que la radiographie elle-même ne permet pas toujours de déceler dans ces régions difficiles à explorer manuellement et radiographiquement, les troubles réflexes étant dus soit au reliquat d'une contracture musculaire réflexe de défense persistant après la disparition de la cause qui l'a fait naître, soit à une constriction d'origine centrale, conséquence d'une sorte d'hystéro-traumatisme.

J'ai eu l'occasion, il y a quelque temps, en examinant un blessé atteint de constriction des mâchoires, de découvrir un signe de diagnostic intéressant qui n'existe jamais dans les constrictions d'origine organique et se rencontre seulement dans les contractures réflexes; ce signe est des plus faciles

à établir et il constitue un élément de diagnostic important que j'utilise couramment dans mon service, je pense donc qu'il est profitable de le faire connaître à tous ceux qui ont à examiner des contracturés de mâchoires.

Voici le cas qui a été le point de départ de mes observations à ce sujet.

Le soldat H... est admis dans notre service le 19 octobre 1917 pour une constriction très serrée des mâchoires consécutive à une ancienne blessure par une balle qui, entrée en arrière de l'angle droit du maxillaire inférieur, avait fracturé le maxillaire supérieur au niveau de la voûte palatine.

Les plaies résultant de cette blessure, qui date du 15 décembre 1915, étaient complètement cicatrisées; il restait à peine de trace visible de la blessure externe; la fracture du maxillaire supérieur avait laissé une double perforation palatine d'assez faible dimension pour laquelle on avait confectionné un appareil prothétique dans le centre maxillo-facial où ce blessé avait été soigné antérieurement; mais, à son arrivée dans le service, la constriction l'empêchait de mettre cet appareil en bouche. Cette constriction, en effet, ne permettait, entre les dents, langues et en suroclusion, qu'une ouverture d'à peine un centimètre.

Par la palpation on ne découvrait aucune lésion apparente du maxillaire inférieur qui ne paraissait pas avoir été intéressé par le projectile, pas plus que l'articulation temporo-maxillaire.

Avec l'ouvre-bouche on n'augmentait l'écartement que de quelques millimètres et cette exploration provoquait de la part du malade la résistance et la douleur que l'on observe couramment dans des cas semblables.

Dans ces conditions, je me demandais s'il y avait quelque lésion des ptérygoïdiens interne ou externe capable d'expliquer cette contracture que le blessé avait déjà présentée antérieurement dans le service où il avait été soigné et qui récidivait après une disparition relative de quelques mois au point de nécessiter une nouvelle hospitalisation.



Le blessé ayant, au cours de son interrogatoire, indiqué qu'il avait présenté une déchirure de l'amygdale, je me disposai à examiner la gorge.

En m'éclairant avec le miroir de Clar, vu l'étroitesse du champ d'exploration, j'introduisis l'abaisse-langue entre les arcades dentaires et j'appuyai l'instrument sur la base de la langue, comme il est coutume de faire pour ce genre d'exploration ; à ce moment, je vis tout à coup, à ma grande surprise, les arcades dentaires, bien que je n'eusse exercé aucune pression sur celles-ci, s'écarter, sans effort, de deux travers de doigt permettant ainsi une large exploration de la gorge, qui, en dehors d'une dilacération ancienne et non fibreuse de l'amygdale droite, ne présentait rien de particulier. Cet examen terminé, je demandai au blessé d'ouvrir la bouche, mais les mêmes phénomènes de constriction que précédemment se reproduisirent, et ils disparurent de même à un nouvel examen de la gorge fait sans appeler l'attention du blessé sur les remarques que celui-ci m'avait suggérées.

Etant donnée la disparition de la contracture à la suite d'une manœuvre aussi simple et sa reproduction immédiate aussitôt après celle-ci, il s'agissait incontestablement d'une constriction d'origine réflexe et non d'une constriction de nature organique, et le traitement fut institué en conséquence <sup>1</sup>.

Cette si singulière constatation m'engagea à poursuivre la recherche de ce signe chez tous les contracturés des mâchoires que j'ai eu depuis à examiner et je l'ai rencontré un si grand nombre de fois que je suis autorisé à le considérer non pas comme un signe exceptionnel et isolé ; mais, au contraire, comme un élément de diagnostic des plus sérieux.

En vue d'éliminer l'élément psychique qui joue un rôle si important et souvent capital dans ces cas, il convient, bien

---

1. Ce traitement pratiqué par mon excellent et dévoué collaborateur, M. Maurice Delestre, a consisté en exercices progressifs de rééducation musculaire et psychique qui nous a permis de renvoyer ce blessé, deux mois après, avec une ouverture spontanée de 21 millimètres.

entendu, dans la recherche de ce signe, de se garder soigneusement d'attirer l'attention du blessé sur l'importance de cette exploration et de ses effets ; il suffit pour cela de pratiquer celle-ci à l'occasion d'un examen de la gorge soi-disant nécessaire au diagnostic.

Des constatations que j'ai faites, je crois donc pouvoir, en terminant ce petit exposé, tirer les conclusions suivantes :

Chez les blessés présentant de la *constriction des mâchoires d'origine réflexe*, la pression exercée par un abaisse-langue sur la base de la langue provoque, sans qu'il soit besoin d'exercer de pression notable sur la mâchoire inférieure, une disparition momentanée de la constriction qui permet d'établir un diagnostic facile et absolument certain de l'origine réflexe de la contracture. Sans pouvoir affirmer que ce signe se rencontre dans toutes les constriction d'origine réflexe, ce qui est difficile à contrôler, je puis dire qu'il n'existe jamais dans les constriction de nature organique, à moins qu'à celles-ci ne s'ajoute un certain degré de contracture réflexe, par conséquent, on peut affirmer *que la constatation de ce signe chez les contracturés implique toujours le diagnostic de constriction réflexe des mâchoires d'origine psychopathique.*

---



## REVUE DES REVUES

### L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE CHEZ L'HOMME

Par H. J. PRENTISS.

Les os intéressés dans l'articulation temporo-maxillaire sont la fosse glénoïde et l'éminence articulaire de la portion squameuse du temporal au-dessus et le condyle de la mâchoire inférieure au-dessous. Entre la surface temporale et le condyle est interposé un fibro-cartilage appelé ménisque, présent partout où se trouve un os se mouvant sur une surface considérable d'un autre, sans quoi il y aurait du frottement dans la jointure. On peut mentionner en outre l'articulation sterno-claviculaire et l'articulation fémoro-tibiale ou jointure du genou. Dans cette dernière le tibia se meut autour du condyle du fémur quand il y a flexion ou extension de la jambe. Cette articulation a un double but : le support du poids du corps quand nous nous tenons debout, la flexion de la jambe sur la cheville quand nous marchons, fonctions tout à fait différentes.

Les surfaces inférieures des condyles du fémur sont des arcs de grands cercles, si grands qu'ils présentent presque une surface plane pour supporter le poids du corps dans la position debout (fig. 3). Les surfaces postérieures des condyles diminuent rapidement en développant les arcs de cercles de petits rayons (fig. 4), pour faciliter la flexion rapide du tibia sur le fémur, car aucun poids n'est supporté dans cette position. Les surfaces articulaires du tibia ne varient pas, de sorte que les mêmes sont en apposition aux arcs des petits cercles ainsi qu'aux arcs des grands cercles. Il en résulterait naturellement une grande irrégularité dans les mouvements de cette jointure si la nature n'offrait pas les moyens d'y remédier en développant le ménisque. Si nous étudions l'extrémité inférieure embryonnaire, nous constatons que le mésenchyme de la future jointure du genou se différencie dans la position du fibro-cartilage avec deux espaces le séparant de la position du fémur et du tibia (fig. 1). Ce fibro-cartilage commençant devient un véritable ménisque séparant le fémur du tibia.

A la naissance (fig. 2) le cartilage a disparu au centre, en laissant une ouverture circulaire, relativement petite, comparative-

ment à ce qu'on observe dans la jointure adulte. Sans aucun doute cette atrophie primitive est due à un muscle puissant, car bien entendu aucun poids n'a été amené pour porter sur ces surfaces.

FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



Fig. 1. — Embryon montrant le ménisque de l'articulation du genou.

Fig. 2. — Jointure du genou de l'enfant à terme montrant le foramen dans le ménisque.

Fig. 3. — Jointure du genou de l'adulte. La jambe est étendue pour montrer la position du cartilage semi-lunaire.

Chez l'adulte ce ménisque est devenu un anneau de fibro-cartilage appelé cartilage semi-lunaire avec une ouverture centrale (fig. 3 et 4). Cela est dû sans doute à la forte pression exercée pour prendre la position debout, car, comme on sait, le fibro-cartilage ou tout cartilage adulte est non-vasculaire et rétrograde aisément si une pression anormale est exercée.

Ce mouvement rétrograde dans la jointure du genou est normal.

Avec le tibia étendu sur le fémur comme dans la position debout, les cartilages semi-lunaires sont pressés jusqu'à l'extrême périphérie de la surface articulaire, et le grand arc de cercle sur le fémur est en opposition constante avec le tibia, plus ce cartilage.

Avec le tibia fléchi (fig. 4), le petit arc de cercle sur le fémur est appliqué à la même grande surface du tibia. La pression de l'air pousse en dedans les cartilages semi-lunaires à mesure que les surfaces plus petites s'écartent des plus grandes, de sorte qu'il



y a de nouveau apposition continue. Il y a donc dans la jointure du genou une absorption rétrograde du ménisque, nécessaire à la fonction normale de cette jointure.

FIG. 4.

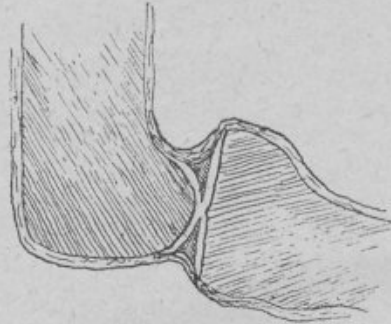


Fig. 4. — Jointure du genou adulte. Jambe tendue pour montrer la migration du cartilage semi-lunaire, cela maintenant les surfaces opposées en apposition.

La suite de faits observés dans cette jointure peut être observée

FIG. 5.



FIG. 6.



Fig. 5. — Le condyle dans la fosse glénoïde. La partie inférieure du ligament stylo-mandibulaire est tendue pour empêcher le déplacement du condyle en arrière.

Fig. 6. — Le condyle sur l'éminence articulaire. Les fibres supérieures du ligament stylo-mandibulaire sont tendues pour empêcher le déplacement du condyle en avant.

dans l'articulation temporo-maxillaire, seulement ici elle devient

pathologique avec la perte des dents. Cette articulation diffère de celle du genou en ce que, avec l'éruption des dents, les surfaces sont maintenues séparées, et qu'avec leur perte la traction musculaire s'approche de ces surfaces avec atrophie du ménisque. Le condyle du maxillaire glisse sur l'éminence articulaire de la position de repos dans la fosse glénoïde (fig. 5 et 6). Par conséquent un ménisque se développe.

FIG. 7.

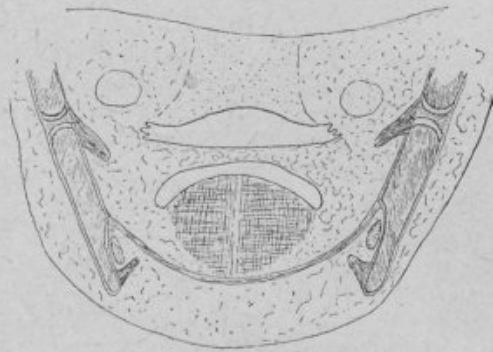


Fig. 7. — Section coronaire d'un fœtus de 5 mois, montrant l'articulation maxillaire avec le ménisque bien formé. Le ptérygoïde externe est fixé à cette jointure. Le voile du palais sépare le pharynx nasal de la cavité buccale.

A la naissance, quoique les dents n'aient pas fait éruption à travers l'épithélium buccal, cependant elles sont présentes et les procès alvéolaires des maxillaires supérieurs et inférieurs sont grands, de sorte que les condyles sont empêchés de presser contre les surfaces articulaires temporales. Par suite le ménisque persiste en tant que fibro-cartilage continu. Avec la perte des dents le procès alvéolaire se résorbe et l'état des cartilages semi-lunaires est simulé. Cependant le fibro-cartilage de cette articulation maxillaire ne présente pas l'épaississement et l'amincissement marqués constatés chez les adultes (fig. 8).

Chez l'adulte la forme du ménisque est très marquée (fig. 9). Dans la cavité glénoïde le ménisque est épais, s'amincit sur la face dorsale de l'éminence, mais s'épaissit en face de la projection du condyle (fig. 9). Cela est dû à l'éruption des dents qui retirent la mâchoire inférieure des maxillaires supérieurs et, par suite, le condyle de la surface temporale. Comme le cartilage primitif est relativement vasculaire, on peut en conclure qu'il y a une hyperplasie due à l'éruption des dents qui dégagent le ménisque de toute pression.



Dans un crâne sec avec dents parfaites (fig. 10) les condyles sont séparés des surfaces temporales quand les dents sont en occlusion. On peut faire un moulage de cire qui soit un modèle parfait du fibro-cartilage avec la portion épaisse dans la cavité glénoïde et la portion mince sur l'éminence ; cela montre nettement comment les dents dégagent le ménisque de la pression et, par suite, d'une atrophie.

FIG. 8.

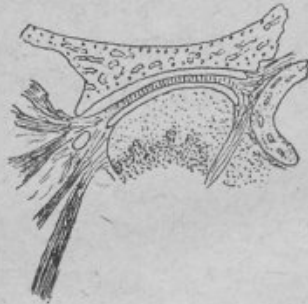


FIG. 9.



Fig. 8. — Section histologique de l'articulation maxillaire. Le condyle est presque globulaire. L'éminence articulaire n'est qu'une crête. Le ménisque est peu marqué. 2 fois la grosseur normale.

Fig. 9. — Section histologique d'une articulation maxillaire adulte. Ménisque bien marqué sur l'éminence articulaire. Forme nette sur la surface inférieure. Tête supérieure du ptérygoïde externe fixée au ménisque : tête inférieure fixée au collet du condyle. (Comparer avec la fig. 18).

#### *Effet de la perte des dents sur le ménisque.*

Si, cependant, les dents sont enlevées, le condyle est refoulé vers le haut par la puissante musculature et la pression est amenée à s'exercer sur le ménisque, ce qui a pour résultat une atrophie variant d'une petite ouverture à un anneau de cartilage ressemblant à maints égards aux cartilages semi-lunaires du genou. Cette pression, chez les gens âgés, est amenée à un tel degré que, non seulement le cartilage articulaire hyalin couvrant le condyle et les surfaces articulaires est détruit, mais encore que les os eux-mêmes présentent une atrophie marquée par pression (fig. 11). Là, la cavité glénoïde est si creusée que la lamelle osseuse entre les condyles et la boîte crânienne n'existe pour ainsi dire pas (le collet du condyle a été excavé par la pression sur l'éminence, ce qui indique qu'il y a eu déperdition de tout mouve-

ment de glissement et que le condyle ne se meut que dans la cavité glénoïde).

FIG. 10.

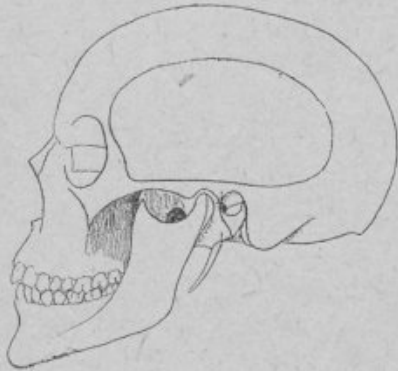


FIG. 11.

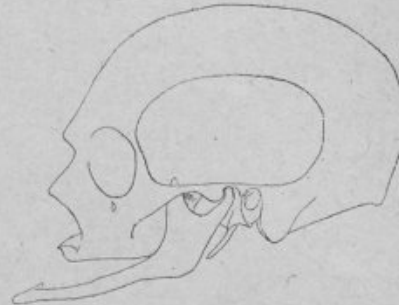


Fig. 10. — Crâne adulte. Occlusion parfaite. Séparation normale entre le condyle et la cavité glénoïde avec la mâchoire fermée.

Fig. 11. — Crâne adulte. Absorption complète des alvéoles des maxillaires supérieurs et inférieurs. Condyle absorbé du côté de son éminence, une fausse articulation s'étant développée de ce côté.

Cette atrophie variée a été constatée au laboratoire d'anatomie de l'Université d'Iowa pendant un certain temps et, au printemps de 1918, M. Richard Summa, professeur de prothèse et d'orthodontie à l'Ecole dentaire de cette Université, à la suite de recherches dans ce laboratoire, a examiné l'état des dents sur plusieurs cadavres, et a évalué la pression sur le ménisque, puis nous avons disséqué l'articulation. Dans chaque cas nous avons trouvé de l'atrophie de la pression quand nous nous y attendions. De même quand la perte des dents était inégale des deux côtés, nous avons trouvé une atrophie inégale des deux fibro-cartilages (fig. 12).

#### *Anatomie de l'articulation temporo-maxillaire.*

Le ménisque s'étend des limites antérieures de l'éminence articulaire en arrière jusqu'à la fissure de Gasser, à laquelle il est fixé d'une façon lâche par la capsule (fig. 9). Sur sa face supérieure ou temporale ce ménisque présente une surface unie lui permettant de glisser librement en avant. A cette limite il est fixé à l'os temporal par une capsule lâche. Sa face inférieure est toute différente, elle est divisée en deux parties, une antérieure dans laquelle est inséré par de forts faisceaux fibreux le ptérygoïde externe; une face postérieure, concave, unie, passablement



creuse, où est logé le condyle de la mâchoire inférieure (fig. 9 et 13).

FIG. 12.

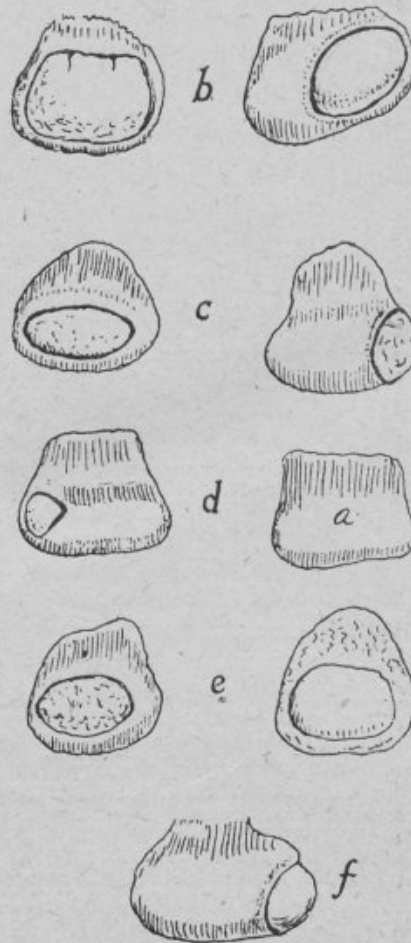


Fig. 12. — a) Ménisque intact vu d'en haut ; b) droite et gauche du même spécimen, montrant l'absorption inégale des deux côtés du ménisque ; c) comme b ; d) droite et gauche du même maxillaire, montrant l'absorption d'un seul ménisque ; e) comme b et c (Grande nécrose de l'os ; f) spécimen isolé.

En face de la surface concave une portion épaisse du ménisque empêche le déplacement en avant du condyle sur le ménisque. La capsule du collet du condyle est fixée à la périphérie de cette face postérieure unie, limitant ainsi le condyle à cette portion du ménisque et à cette portion seulement (fig. 9 et 13). L'articula-

tion entre le condyle et le ménisque est donc condyloïde. En même temps le ménisque glisse en avant par suite de la traction directe du ptérygoïde externe. On peut donc dire que l'articulation temporo-maxillaire est une articulation glissante condyloïde (fig. 5 et 6).

FIG. 13.



FIG. 14.

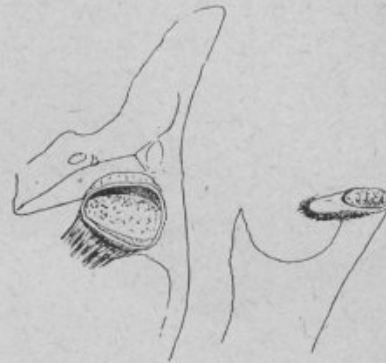


Fig. 13. — Ménisque et capsule vus d'en bas. Le condyle à droite a été enlevé (Dimension normale).

Fig. 14. — Dito. — Le ménisque dans la cavité glénoïde s'est résorbé en laissant la capsule et l'adhérence du muscle ptérygoïde. A gauche, anneau du ménisque avec l'os condylien fortement érodé.

Dans les spécimens reproduits (fig. 12) quelques-uns présentent une atrophie complète, excepté en avant, où le ptérygoïde est fixé; d'autres présentent un anneau de cartilage persistant, d'épaisseurs variables et offrant des changements allant jusqu'à une petite ouverture. Ces cas d'atrophie moindre commencent, comme l'a signalé M. Summa, à la limite latérale du ménisque, puis ils passent vers le dedans pour comprendre la totalité du ménisque.

Dans le condyle la face articulaire tourne brusquement vers le bas du côté latéral ou du côté où le condyle est le plus large (fig. 15 et 17). Cela est dû sans doute au chevauchement du maxillaire pendant le mouvement latéral, car le condyle d'un côté est déprimé quand il passe sur l'éminence (fig. 17). De même, quoique la cavité glénoïde ait des bords saillants, étant étroite au milieu et large sur les côtés, il y a un jeu considérable postérieurement à la limite latérale (fig. 15). Quoique l'aspect intérieur de la cavité et celui du condyle aient beaucoup de ressemblance, les aspects latéraux n'en ont pas, la face postérieure du



condyle dans cette région latérale n'étant pas en apposition avec la cavité glénoïde dans la région du bord post-glénoïde (fig. 15). Cela permet probablement le déplacement postérieur de la portion latérale de ce condyle, car le condyle opposé se meut en avant et en dedans sur son éminence articulaire. En d'autres termes, le centre de rotation n'est pas à l'extrême limite latérale du condyle, mais il est voisin du point de jonction du collet de la branche avec le condyle.

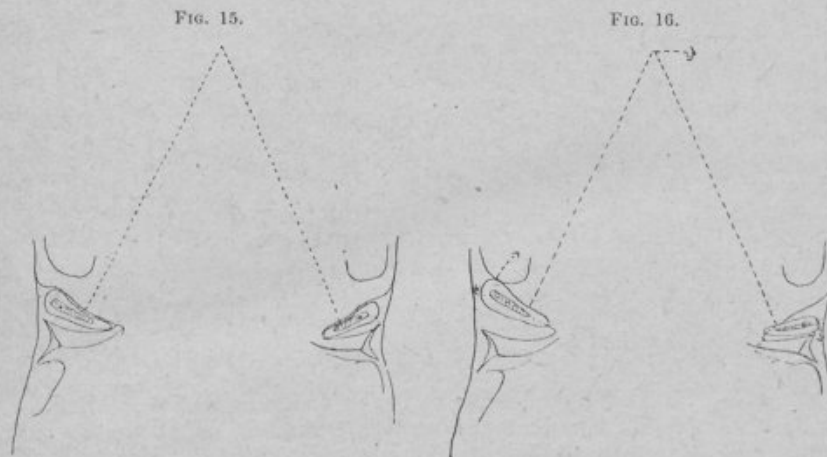


Fig. 15. — Vue d'en dessous de la cavité glénoïde, de l'éminence, etc., avec les condyles seulement s'y adaptant contre l'éminence, mais laissant libre un mouvement latéral et en arrière. Le sommet du triangle est à la symphyse.

Fig. 16. — Dito. — Le condyle de gauche mu sur l'éminence, mais l'aspect latéral du condyle à droite a fait une rotation en arrière.

Nous avons donc un bras latéral court passant à l'arrière, tandis que le bras médian long passe à l'avant (fig. 16). Il en résulte un mouvement de torsion à cette partie latérale du ménisque, de sorte qu'une pression marquée est appliquée à ce point avec la perte des dents. Cela peut expliquer l'atrophie par pression commençant à ce point latéral.

Le laboratoire fait des expériences sur les chiens pour déterminer la rapidité avec laquelle le fibro-cartilage s'atrophie sous la pression. J'espère fournir un travail définitif sur ce point. Autant que j'en puis juger, ces observations montrent au dentiste que, dès que la pression est amenée à porter sur l'articulation maxillaire par suite de la perte de certaines dents, des mesures immédiates doivent être prises pour empêcher des changements rétrogrades dans l'articulation. Si nos expériences sur les chiens

réussissent, elles donneront au praticien dentiste quelques connaissances quant au procédé à employer pour empêcher la perte de tissu.

FIG. 17.

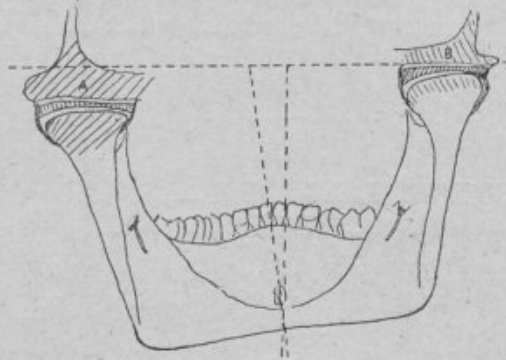


Fig. 17. — Schéma. A gauche condyle déprimé par l'éminence articulaire; à droite il est encore dans la cavité glénoïde. On voit la forme du ménisque à droite et une rotation du condyle due au chevauchement de la mâchoire.

Actuellement, autant que je puis savoir, le dentiste prépare ses dents artificielles quand il y a perte partielle ou complète du ménisque; il en résulte qu'au lieu que le condyle soit en apposition

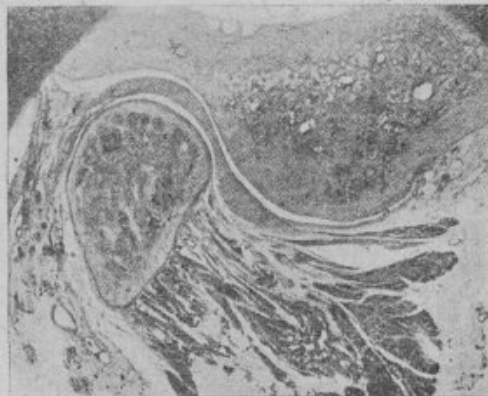


Fig. 18. — Photomicrographie d'une section d'articulation de la mâchoire d'un adulte. (Voir fig. 9, faite à la plume.)

avec un ménisque glissant sans frottement, il se projette dans une cavité. Le premier fait peut être comparé au cas d'un homme



tiré en avant tandis qu'il est assis dans un wagon roulant sans secousse ; le second à celui d'un déraillement où le wagon est détruit et l'homme, placé entre les rails, est projeté sur le sol. Enfin, après quelque hésitation, j'ose dire que le dentiste, en confectionnant sa pièce, ressemble à un serrurier qui ajuste la serrure d'une porte quand les gonds sont tombés.

(*Dental Cosmos*, juin 1918.)

### TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE PAR DES PÂTES MÉDICINALES

Par J. T. HALL.

Dans le traitement local de la pyorrhée, les pâtes introduites dans les alvéoles doivent occuper le premier rang. Introduites convenablement, elles atteignent le siège de la maladie ; constituées convenablement, c'est-à-dire avec la consistance et la composition voulues, leur effet est plus intime, plus immédiat, plus prolongé que celui des bains de bouche ou des badigeonnages. Quand l'insuccès accompagne leur emploi, cela est dû habituellement à une pâte impropre ou à une introduction défectueuse.

Par pâte convenable, j'entends, non seulement celle dont les ingrédients médicaux sont appropriés à l'amélioration et à la guérison de la maladie, mais aussi celle dont la consistance est telle qu'elle ne disparaît pas aussitôt dans les fluides buccaux. D'autre part, elle ne doit pas être assez résistante à ces fluides pour demeurer insoluble et inerte et sans effet médical. Aucune formule stéréotypée ne satisfera aux états divers qu'on rencontre dans les bouches de différents patients, de là l'inutilité d'agents faisant l'objet de réclames.

L'introduction défectueuse consiste à placer la pâte dans un alvéole humide ou malpropre. La préparation soignée d'un alvéole atteint de pyorrhée avant l'introduction d'un pansement est aussi essentielle que le séchage et le nettoyage préliminaire d'une cavité cariée avant l'obturation. L'efficacité d'une pâte dépend largement de la préparation de l'alvéole. Les dents, dans la zone de traitement, doivent être bien séchées et isolées par des serviettes de papier et la pompe à salive doit être mise en mouvement.

*Pour nettoyer un alvéole pyorrhéique*, enlever d'abord toutes les particules alimentaires avec une broche dont la pointe est arrondie. Bien irriguer avec un lavage antiseptique. Sécher avec de

l'ouate enroulée autour d'une broche de ce genre, en changeant l'ouate jusqu'à ce qu'elle sorte sèche et sans tache. S'il y a saignement, essuyer les surfaces avec de l'ouate et du coton aluminé. Au bout de quelques minutes, l'hémorragie cesse, et l'on peut enlever ce coton. Des bandes de papier buvard blanc épais peuvent également bien sécher, et, si elles ont été préalablement plongées dans une forte solution tannique, puis séchées, elles arrêteront toute hémorragie provenant des surfaces sous-gingivales. Dans les phases primitives du traitement de la pyorrhée, il se produit constamment des hémorragies qui peuvent devenir très inquiétantes et très troublantes. Mais il est inutile d'obturer avec une pâte un alvéole dont les surfaces sont humectées de sang. On peut nettoyer et sécher l'alvéole parfaitement, et cependant la pâte peut ne pas avoir de succès à moins qu'elle ne pénètre dans les parties les plus éloignées de l'alvéole.

*Pour obturer un alvéole pyorrhéique*, explorer soigneusement avec une sonde à pointe arrondie pour en connaître l'étendue et la direction, puis mettre sur cette sonde un peu de pâte et la porter dans les interstices de l'alvéole. Pour les zones buccale et linguale, j'emploie un cure-dent en bois mou taillé à son extrémité avec du papier de verre en pointe de plume fine et monté sur le manche d'un tire-nerf. Cet instrument porte parfaitement la pâte et, étant mince et flexible, peut être enfoncé dans toute la profondeur de l'alvéole, quelque rétréci qu'il soit.

Le bois d'oranger, très recommandé pour cela, me paraît trop dur. J'emploie un bois américain mou (dont j'ignore le nom), assez dense et assez résistant pour être taillé sans se briser, assez fin pour être transparent, et cependant il est assez mou et assez fibreux pour ne pas éroder ni irriter les tissus sensibles.

Les tire-nerfs en pointe arrondie s'obtiennent en recouvrant de soudure les broches unies et d'une trempe douce. Il est convenable d'en avoir un jeu de calibres différents, garnis de boutons de soudure de dimensions diverses. La plus grande dont on puisse avoir besoin peut être moindre qu'une demi-tête d'épingle, et les autres graduées jusqu'à la plus simple pointe.

*Avantages d'une broche à extrémité arrondie.* — En *nettoyant* un alvéole pyorrhéique, elle entraîne les particules alimentaires et autres dépôts; en *explorant* l'alvéole, elle est molle et flexible, se courbe à l'angle voulu; en *séchant* un alvéole, elle entraîne l'ouate entourée autour d'elle; en *obturant* un alvéole, elle porte la plus petite partie de pâte et l'introduit dans l'endroit le plus éloigné. Dans ces opérations elle ne lèse pas les tissus, comme cela est inévitable avec une sonde rigide ou une broche à pointe aiguë. La stérilisation s'opère par ébullition.



Prêter la plus grande attention au *séchage complet du ciment* :

1<sup>o</sup> Parce que plus il est sec, mieux il retient la pâte. Si l'on peut recouvrir la surface bien séchée du ciment exposé d'une pâte adhérente qui ne s'entraîne pas rapidement, on assure l'action prolongée du médicament sur la surface sous-gingivale malade. Les avantages de ce procédé sont évidents : je trouve quelquefois des parcelles de pâte restant dans les alvéoles deux jours et très souvent 24 heures ;

2<sup>o</sup> Parce que la pâte peut pénétrer librement et aseptiser le ciment.

Quand tous les alvéoles ont été pansés, congédier le patient sans lui permettre de se rincer la bouche, et cela plusieurs heures durant. Au début du traitement, renouveler les pansements à de courts intervalles et, à mesure que le traitement avance, allonger les intervalles suivant les circonstances.

Si les alvéoles sont grands et susceptibles d'être mouillés par les liquides buccaux, employer une pâte plus ferme et plus adhésive, ainsi que dans les cas de sécrétion salivaire très abondante. La consistance doit être la première considération, la composition vient ensuite. Peu importe qu'une pâte soit fortement curative, si elle s'enlève dès que le patient ferme la bouche.

Mon expérience me permet d'affirmer qu'aucun traitement local de la pyorrhée ne donne de meilleur résultat que le traitement par les pâtes médicinales.

(*Brit. Dent. J.*, 15 octobre 1918.)

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Le Bureau de la F. D. N., qui s'est réuni le 21 janvier 1919, a pris connaissance d'une lettre de M. Schwartz, de Nîmes, proposant l'union des différentes Sociétés dentaires.

Sur ce même sujet, M. Henri Villain a communiqué des articles publiés dans la *Presse Dentaire* par M. Charlet et les détails d'une entrevue qu'il a eue avec lui.

Sur la proposition de M. Godon, il a été décidé de répondre à M. Schwartz par l'envoi de l'ordre du jour suivant :

« Le Bureau de la F. D. N., dans sa séance du 21 janvier 1919, saisi d'une proposition d'un de ses membres, M. Schwartz, de Nîmes, Président de la Société des Dentistes du Sud-Est, tendant à faire l'union entre les principaux Groupements professionnels français, et ayant pris connaissance de divers articles et communications de M. Charlet sur le même sujet ;

« Considérant :

« 1<sup>o</sup> Que les efforts de la F. D. N. et de ses Sociétés adhérentes ont toujours eu pour but de réaliser la plus complète union parmi les membres de la profession, comme le prouve l'union qui existe maintenant entre les 3 Ecoles Dentaires reconnues d'utilité publique, ainsi qu'entre les 23 Sociétés composant cette Fédération, conformément à la devise *Union-Progress* de l'A. G. S. D. F. ;

« 2<sup>o</sup> Que la F. D. N. et les Sociétés qui en font partie ne sont nullement responsables des divisions actuelles qui existent dans la profession, non plus que des polémiques personnelles qui les entretiennent ;

« Déclare être toujours disposé à accueillir favorablement une proposition d'union avec tout Groupement professionnel qui, s'abstenant de ces polémiques stériles, désire joindre ses efforts aux siens pour continuer à poursuivre une évolution de la profession basée sur l'autonomie de l'Art Dentaire, conformément à sa déclaration de principes, étant entendu que le Groupement des 3 Ecoles Dentaires reconnues d'utilité publique, qui représente plus particulièrement dans cette union l'évolution scientifique, aura une représentation spéciale, distincte et égale à chacun des Groupements professionnels proprement dits.

« Le Bureau de la F. D. N., quelle que soit la suite donnée à



ces propositions, félicite M. Schwartz, de Nîmes, et M. Charlet de leur initiative et les en remercie. »

Il est décidé que cet ordre du jour sera publié dans l'*Odontologie*.

*Le Secrétaire Général,*  
H. VILLAIN.

*Le Président,*  
A. BLATTER.

---

**CONDITIONS A REMPLIR  
POUR OBTENIR L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE  
AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA**

Par A. IRWIN.

Nous sommes avisés qu'un certain nombre de Conseils d'examineurs dentaires accordent le droit d'exercer la dentisterie sans examen. Toutefois, l'octroi de cette faculté est certainement très rare ou alors les titres du candidat doivent être très méritoires. Les demandes de renseignements sur la suspension de la réglementation doivent être adressées aux secrétaires de ces Conseils. Les besoins créés par la guerre provoqueront, pensons-nous, davantage de demandes de ce genre.

Il y a lieu d'ajouter que la langue espagnole peut être permise dans les examens aux Iles Philippines et à Porto-Rico.

La moralité professionnelle du candidat doit être certifiée par un ou plusieurs dentistes réputés, habitant le même Etat ; sur la garantie écrite de l'habileté et des connaissances professionnelles données par deux praticiens le connaissant personnellement, le candidat est dispensé de l'examen théorique, mais subit les épreuves pratiques.

*Instruction préliminaire.* — Les nouvelles lois dentaires exigent 4 ans d'études et un diplôme délivré par une école supérieure ou son équivalent ; dans certains Etats il faut, de plus, le certificat du surintendant de l'Instruction publique de l'Etat.

Les exigences ne sont pas les mêmes dans les divers Etats touchant l'instruction préliminaire. Quelques-uns admettent le programme des connaissances de l'Association nationale des Facultés dentaires ; d'autres celui du Conseil national des examinateurs dentaires.

Les programmes d'instruction générale se rapprochent les uns des autres quand ils ne sont pas identiques dans différentes institutions, et leur égalité ou leurs différences sont appréciées par les examinateurs, en outre de ce que la validité des certificats est vérifiée par le Conseil. Les candidats présentent tous les degrés

d'aptitude, depuis ceux manquant totalement d'instruction préliminaire jusqu'à ceux possédant le degré d'un établissement d'enseignement secondaire, et le dentiste, dépourvu d'instruction, doit demander une licence à l'Etat qui n'oppose pas pour cela un refus absolu.

Dans plusieurs Etats, il est laissé à l'appréciation des examinateurs de décider si un niveau d'instruction prédentaire sera établi et en quoi il consistera. La même faculté est donnée au Conseil par les lois dentaires de plusieurs Etats, qui laissent à celui-ci le pouvoir de fixer lui-même le niveau de savoir professionnel à exiger des candidats.

*Instruction professionnelle.* — La nouvelle loi dentaire exige un diplôme d'une école dentaire honorable, enregistrée et reconnue, obtenu à la suite de 3 ans d'études. A dater du 1<sup>er</sup> janvier 1921, trois Etats exigeront 4 ans d'études.

*Praticiens non gradués.* — Un Etat examine le premier venu ; un autre examine les praticiens exerçant depuis 5 ans s'ils ont une licence d'un autre Etat ; certains Etats examinent des praticiens exerçant depuis 3 ans, d'autres depuis 4 ans, d'autres enfin depuis 5 ans, avec des conditions accessoires diverses ; en d'autres termes, les non gradués peuvent être examinés et autorisés à exercer dans plusieurs Etats, si le Conseil des examinateurs le décide, mais alors il est responsable des conséquences.

*Système de l'apprentissage.* — Le système de l'apprentissage n'est pas reconnu, de sorte que ce moyen d'obtenir une licence est aboli.

*Sous-gradués.* — Plusieurs Etats examinent les étudiants de 3<sup>e</sup> année et peuvent leur accorder une licence.

*Examens.* — Tous les examens sont pratiques, cliniques, théoriques, oraux ou écrits, et portent sur les matières enseignées dans les écoles dentaires honorables : anatomie, chimie, physiologie, histologie, matière médicale, thérapeutique, métallurgie dentaire, pathologie, bactériologie, dentisterie opératoire, prothèse, couronnes et bridges, chirurgie buccale, orthodontie, hygiène buccale.

*Epreuves pratiques.* — Les épreuves pratiques sur la dentisterie opératoire et la prothèse varient suivant les Etats, les Territoires, les îles et les provinces. De plus, beaucoup de Conseils d'examineurs les changent fréquemment et en oublient le programme juste avant chaque examen, de sorte qu'il n'est pas possible de les classer.

*Canada.* — Les matières sur lesquelles porte l'examen à subir pour obtenir un certificat de licence permettant de pratiquer dans la province d'Ontario, qui sont caractéristiques pour le



Canada, sont les suivantes : physique, anatomie de la tête et du cou, dissection de deux pièces au moins, anatomie dentaire comparée, chimie théorique et pratique, bactériologie, physiologie, histologie générale et dentaire, matière médicale, thérapeutique, pathologie, chirurgie, médecine, diagnostic, physique, anesthésie, technique dentaire, dentisterie opératoire, prothèse dentaire, couronnes et bridges, orthodontie, jurisprudence dentaire et déontologie, histoire de la dentisterie, dentisterie préventive, opérations sur les patients.

A signaler l'adoption presque générale de l'équivalence.

*Dentistes militaires.* — Il a été annoncé en juin que les demandes d'admission dans le corps dentaire de l'armée de réserve ne seraient plus reçues pendant 6 mois. Cela montre que près de 6.000 de nos jeunes dentistes les plus capables ont déjà été nommés pour donner des soins à environ 6.000.000 de soldats et de marins, incorporés ou sur le point de l'être. Le vide causé dans la profession dentaire par ces 6.000 nominations est difficile à combler.

*Dentistes de la Marine.* — Aux termes de la loi de recrutement des dentistes de la Marine, tous les praticiens désignés doivent être domiciliés aux Etats-Unis, âgés de 21 à 32 ans, gradués d'écoles dentaires ou médicales honorables, connaître les diverses branches de la dentisterie, avoir subi avec succès un examen mental, moral, physique et professionnel devant des Commissions d'examen médicales et dentaires nommées par le Secrétaire d'Etat de la Marine, et avoir été recommandés par ces Commissions pour être nommés.

Tandis que le grade ne dépasse pas lieutenant, la solde et les indemnités vont jusqu'à celles des capitaines et des commandants.

La loi actuelle prévoit 13 dentistes ayant rang de commandant. Toutefois, le Département de la Marine ne pense pas que les officiers-dentistes puissent être promus au-delà de lieutenant, pour la raison qu'il n'existe pas de postes, et qu'on n'en prévoit pas, comportant des dentistes du grade de commandant, surtout au nombre de 13.

*Examens.* — Les examens ont eu lieu à Washington, New-York, Philadelphie, Norfolk, Great Lakes et San-Francisco. Le complément du corps dentaire naval est de 1 dentiste par 1000 unités du personnel total, ce qui comporte la nomination de 400 dentistes au total. La solde est réglée par l'autorité maritime.

Actuellement, il n'existe pas de vacances dans le corps dentaire naval.

Les écoles d'instruction dentaires militaires existant actuellement aux Etats-Unis offrent aux jeunes dentistes le champ le plus vaste qui se puisse imaginer pour acquérir les connaissances

les plus étendues, surtout en matière d'opérations dentaires et buccales. Il faut donc féliciter tous ceux qui ont demandé à y entrer et l'ont obtenu, car la profession dentaire et, avec elle, le public surtout, en bénéficieront largement.

(*Dental Digest.*, octobre 1918.)

---

### SOUSCRIPTION

#### EN FAVEUR DE L'ŒUVRE DE PROTECTION DES RÉFORMÉS N° 2

La société pour la protection des réformés n° 2 continue à envoyer à l'Ecole dentaire de Paris des demandes d'appareils, bien que l'Ecole ait limité à 100 le nombre des appareils qui seraient accordés à cette catégorie d'anciens militaires.

Le Bureau de l'Ecole dentaire renouvelle donc aux membres de la profession l'appel qu'il leur a déjà adressé le 4 avril 1918 pour les prier de collaborer à cette œuvre, en prenant à leur compte la confection de quelques appareils ou le remboursement des frais d'exécution au cas où ils chargeraient l'Ecole de cette exécution.

Cet appel a été publié dans *l'Odontologie* du 30 juin dernier, p. 271.

Prière d'adresser les adhésions au Secrétaire général, M. G. Villain, 45, rue de La Tour d'Auvergne, Paris.

---



## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### LES DENTISTES AU CHAMP D'HONNEUR

Durant cette longue et terrible guerre où chacun, sur notre jolie terre de France, s'efforce de faire son devoir, le corps dentaire, comme toutes les autres corporations, a, lui aussi, bien mérité du pays.

Pris dans son ensemble comme profession organisée et corps scientifique ou dans chacune des individualités qui composent ses divers éléments, le corps dentaire tout entier, médecins-dentistes et chirurgiens-dentistes, dentistes, étudiants ou mécaniciens, peut avoir la satisfaction du devoir accompli et des services rendus.

Les uns, soldats des formations combattantes, ont lutté avec leurs camarades des différentes classes sociales : bourgeois, ouvriers, paysans, pour repousser l'envahisseur et participer à l'œuvre sainte de la libération ; les autres, infirmiers ou brancardiers, ont accompli l'ingrat et dur apostolat qu'un grand nombre ont connu ; d'autres encore, dans leurs fonctions nouvelles, dentistes militaires ou médecins auxiliaires, ont donné la mesure de leur activité et de leur dévouement, et beaucoup, dans ces divers postes, ont payé de leur vie l'honneur de servir leur patrie.

Toutefois, si glorieuse et si noble qu'ait été pour nos confrères du front la tâche qu'ils ont eu à remplir dans l'armée combattante ou dans les formations sanitaires de l'avant, il en est une autre, plus humble parce qu'elle est exempte de dangers, moins connue parce qu'elle est plus discrète, et pourtant plus nécessaire encore et plus féconde en résultats : c'est celle que beaucoup accomplissent à l'arrière, dans les hôpitaux, dans les dispensaires, dans les services de stomatologie et surtout, personne ne saurait en douter désormais, dans les centres de prothèse et de restauration maxillo-faciale.

Il a fallu que cette œuvre fût réellement grandiose, dans le champ pourtant restreint où elle agit, pour que les chefs de l'armée, les maîtres des hôpitaux, les parlementaires et la presse vinssent y rendre un solennel hommage et applaudir à ses succès. Et c'est surtout parce qu'ils ont vu les dentistes dans leur rôle ardu de thérapeutes et de prothésistes que les ministres eux-mêmes, les généraux Galliéri et Roques, l'amiral Lacaze, MM. Justin Godart et Mourier et tant de leurs éminents collaborateurs ont accordé au corps dentaire cette sympathie et cette gratitude dont il a pu apprécier déjà les premières manifestations.

Mais les dentistes militaires ne méritent pas seuls cette reconnaissance. Il est d'autres praticiens qui, sans porter l'uniforme, ont aussi collaboré intimement à l'œuvre entreprise et rempli leur savant ministère auprès de ces malheureux mutilés de la guerre : reconstituant des organes déchiquetés par la mitraille, rétablissant leurs fonctions disparues, restaurant des faces hideuses ravagées par la pluie d'acier, quand ce n'était pas celle, plus horrible encore, du feu lui-même, et permettant enfin à ces glorieux blessés de se reprendre à vivre et à espérer.

Les journaux politiques, comme les organes médicaux, consacrent parfois — très légitimement — de nombreux articles en faveur des médecins tombés au champ d'honneur, blessés ou cités à l'ordre de l'armée, mais jamais — pourquoi cet ostracisme ? — ils ne parlent des dentistes militaires.

Et pourtant ceux-ci, comme tous les autres éléments qui composent le Service de santé en campagne : médecins, pharmaciens, gestionnaires, infirmiers et infirmières, aumôniers, etc., ont leurs héros, ainsi qu'en témoignent les annales de la guerre. Les chirurgiens-dentistes n'ont à courir, généralement, aucun risque dans l'exercice de leur spécialité, mais lorsque volontairement ou par ordre, ils font office, en dehors de leur office normal, de médecins auxiliaires, de chefs brancardiers — il y en a des centaines dans ce cas — ils mériteraient de rester moins ignorés du public comme de la masse des autorités militaires ou médicales.

Les chirurgiens-dentistes comptent à ce jour plus de cent des leurs morts au champ d'honneur, environ cent vingt blessés et à peu près autant de cités à l'ordre et de décorés pour faits de guerre, actes de courage ou de dévouement.

En l'honneur de tous ces confrères, et sans invoquer les autres raisons qui viennent à l'esprit, nous devons avoir à cœur de continuer notre tâche, modestement, chacun dans notre sphère, dans la même et impatiente attente de la victoire finale, et tous avec le même et ardent désir : Servir !

Robert MORCHE.

(*Le Moniteur médical.*)

---



## UN GROUPE DE HÉROS

Le 17 avril 1917, le conseil de guerre allemand de Lille condamnait « pour acte hostile commis en éditant et en publiant un journal non censuré : Joseph Willot, pharmacien à Roubaix, professeur de pharmacologie aux Facultés catholiques de Lille, Firmin Dubar, industriel roubaisien, et l'abbé Jules Pinte, professeur à l'Institut technique roubaisien, à dix ans de réclusion ; M<sup>lle</sup> Marguerite Nollet, à deux ans et six mois de prison ; Fernand Fertin à quatre mois ; Georges Ranson à trois mois et quinze jours ; Henri Soubricas, René Cocq, Armand Wardavoir, Edouard Dutrieux à trois mois de prison.

M. l'abbé Pinte a installé chez lui un poste de T. S. F. : chaque jour, il reçoit les communiqués français et anglais ; il en fait part à M. Willot. Celui-ci les polycopie, les fait circuler dans Roubaix, dans Lille, puis il crée un journal aux titres multiples « La Patience », « L'oiseau de France »... « La Prudence », il organise une imprimerie à son propre domicile, il tire à 700 exemplaires ; il donne des extraits de notre Bulletin des Armées, la carte du front ; il stigmatise l'acharnement des Boches contre les cathédrales... Trois ouvriers du « Journal de Roubaix » : MM. Cocq, Wardavoir, Dutrieux, composent et tirent le journal. M. Willot lui-même et M. Soubricas, graveur, en sont les colporteurs, franchissant les onze kilomètres qui séparent Roubaix de Lille, assurant la distribution régulière de la feuille qui dénonce les mensonges allemands, fortifie les âmes et les réjouit des bonnes nouvelles de France.

Le danger est immense : le docteur Calmette essaie de dissuader M. Willot de continuer son œuvre.

L'œuvre continue. Mais des confidences de l'abbé Pinte à un faux ami fournissent aux Allemands de précieuses indications : l'abbé Pinte fut arrêté, avec son domestique Georges Ranson, et avec M<sup>lle</sup> Nollet, qui portait le texte des radios à M. Willot. « L'oiseau de France » paraissait toujours ; le 18 décembre 1916, il était publié sous le titre de « la Voix de la Patrie ». Le 19 décembre, M. Willot fut arrêté, ainsi que ses ouvriers ; le 26, c'était le tour de M<sup>me</sup> Willot, de M. Firmin Dubar, de M. Soubricas ; puis de M. Fertin, dentiste, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait fourni des pièces de T. S. F., et de M. Dispa, fondateur à Roubaix, oncle de M. Willot, et M<sup>me</sup> Dispa, qui mourut en prison un mois après. C'est le régime cellulaire le plus sévère, dans des caves infectes. Seule, M<sup>me</sup> Willot fut libérée avant le procès. Tout fut tenté pour abattre les prisonniers ; vingt fois

on annonça à M. Willot que ses complices avaient fait des aveux. Il ne concéda jamais rien, sinon qu'il était responsable, et, devant le conseil de guerre, il défendit tous ses amis avec une telle noblesse que l'un de ses juges devait dire, après le verdict : « Comme soldat allemand, j'ai été obligé de condamner M. Willot ; comme homme, je ne l'aurais pas fait ».

Et, tandis que MM. Willot, Pinte et Dubar étaient dirigés sur la forteresse de Rheinbach, M<sup>me</sup> Villot installait chez elle-même, avec le concours de l'ouvrier électricien Vandendriesche, un poste de T. S. F., et transmettait les nouvelles à ses concitoyens. Dès qu'ils furent sortis de prison, MM. Soubricas et Cocq en reprenaient la diffusion... et l'admirable tâche de patriotisme et de foi continua jusqu'au 17 octobre 1918, c'est-à-dire jusqu'à la délivrance.

---



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Réunion extraordinaire du 15 janvier 1919.*

PRÉSIDENCE DE M. JEAY, PRÉSIDENT, PUIS DE M. JUSTIN GODART.

La séance est ouverte à 10 heures du matin.

M. Jeay, *président*, donne lecture de l'adresse suivante de bienvenue à M. Justin Godart, qui assiste à la séance, et l'invite à prendre la présidence de l'Assemblée.

#### I. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ.

Monsieur le Ministre,  
Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

Depuis des mois, absorbés par nos travaux particuliers, nous n'avons pu nous réunir ; c'est la première fois que nous le faisons depuis la cessation de cette lutte formidable du Droit contre la brutalité et l'injustice. Malgré tout notre désir de poursuivre régulièrement nos travaux habituels, nous n'avons pu le faire tant nous avons été distancés par la marche rapide des heureux événements qui ont couronné les efforts de nos héroïques soldats et de ceux de nos alliés.

C'est pour nous une joie profonde, immense, de nous retrouver tous à un pareil moment, avec la conscience du devoir accompli, avec la certitude d'un avenir meilleur, avec la certitude aussi de pouvoir continuer nos paisibles recherches, en toute indépendance d'idées, et de contribuer, comme par le passé, à améliorer le sort de l'humanité dans une proportion si modeste fût-elle.

Au milieu de tant de joie, au milieu de tant de fêtes célébrant la Victoire de nos armes et de celles de nos alliés, nous devons tous aussi nous féliciter que M. Justin Godart ait bien voulu se rendre à notre invitation et je tiens, au nom de l'assemblée, à lui souhaiter la bienvenue dès le début de cette séance.

Nous savons tous ce que nous lui devons : sa visite à l'Ecole en 1915, comme sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, au moment même où nous organisions bénévolement notre service pour les Edentés militaires, sa présidence de la séance inaugurale du Congrès Dentaire Interallié de 1916, la part extrêmement ac-

tive qu'il a prise à la création et à l'organisation du corps des Dentistes militaires, sont des souvenirs assez chers à notre mémoire pour que personne ne soit surpris de le voir aujourd'hui encore parmi nous.

Permettez-moi de vous dire ceci, Monsieur le Ministre, vous êtes ici chez vous, cette Maison est vôtre comme membre de notre Comité de Patronage. Vous avez l'habitude, n'est-il pas vrai, de nos réunions ; faites-nous donc l'honneur de bien vouloir diriger encore aujourd'hui cette séance avec toute votre habileté et votre haute compétence : vous ne sauriez nous faire un plus grand plaisir.

Je vous demanderai seulement la permission de dire encore un mot. J'aperçois dans la salle des amis et confrères américains. Depuis le début de la guerre, nous avons suivi avec le plus grand intérêt les soins experts et dévoués qu'ils prodiguaient à nos blessés, nous nous sommes réunis et nous avons souvent échangé nos idées. Depuis que, dans un mouvement de désintéressement sublime et d'idéal commun, leur grande Nation s'est rangée à nos côtés, souvent aussi ils nous ont vus et ils savent toute notre reconnaissance ; mais permettez-moi, avant de vous prier de diriger cette séance, de leur offrir un public remerciement. Avec eux non plus, nous n'avons pu nous réunir depuis la Grande Victoire ; permettez-moi de leur dire ici notre éternelle reconnaissance pour l'effort admirable de leur Grande Nation et tout le secours qu'elle nous a donné et qui nous a permis de sortir victorieux de cette formidable tourmente.

Poursuivant le même idéal, tous les Alliés ont combattu sans faiblir, la Victoire est venue les couvrir de ses ailes immenses et, ainsi protégés par elle, ce m'est un sûr garant que nous resterons toujours étroitement unis pour l'organisation d'une Humanité meilleure.

*M. Justin Godart.* — Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, je vous remercie bien affectueusement de l'invitation que vous m'avez adressée pour venir ce matin au milieu de vous, et des paroles que vous venez de prononcer à mon égard.

Vous avez bien voulu me prier de prendre la présidence de la séance de ce matin : je le fais très volontiers, honoré de cette marque de sympathie qui m'appelle à collaborer avec vous, et je donne la parole à M. Georges Villain pour le compte rendu de sa mission officielle en Amérique. (*Applaudissements.*)

## II. — COMPTE RENDU D'UNE MISSION EN AMÉRIQUE.

*M. Georges Villain* donne lecture du rapport sur sa mission aux Etats-Unis d'Amérique que nous avons publié dans nos



deux précédents numéros. Il fournit quelques explications sur les projections qui accompagnent sa lecture.

De chaleureux applaudissements couvrent les dernières paroles de M. Georges Villain.

*M. Justin Godart.* — Je donne la parole à M. Godon.

*M. Godon.* — Avant de vous donner lecture de l'allocution que j'ai préparée, permettez-moi de vous faire une proposition que m'inspire le remarquable rapport que nous venons d'entendre. Je propose que ce rapport de Georges Villain soit envoyé, au nom de notre Groupement et de la Société d'Odontologie de Paris, aux ministres de la Guerre, de l'Instruction publique et de l'Intérieur et je demande à M. Justin Godart de bien vouloir se charger de le leur transmettre.

*M. Justin Godart.* — Il n'y a pas d'opposition à la proposition que vient de faire M. Godon : par conséquent, elle est adoptée à l'unanimité.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que je me ferai avec plaisir l'intermédiaire officiel de la transmission du rapport de M. Villain. (*Applaudissements.*)

### III. — ALLOCUTION DE M. GODON.

*M. le Dr Godon* donne lecture de l'allocution suivante, qui est chaudement applaudie.

Monsieur le Ministre, Monsieur le président,  
Mesdames, Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi, à mon tour, au nom de nos groupements professionnels, de saluer et de remercier particulièrement M. le ministre Justin Godart du grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en venant présider cette séance extraordinaire de notre Société d'Odontologie, consacrée au compte-rendu de la mission officielle en Amérique d'un de nos membres.

Nous sommes heureux de profiter de sa présence pour fêter le vote de la loi créant le grade d'officier dentiste dans l'armée française par une manifestation patriotique analogue à celle des autres sociétés scientifiques et professionnelles.

En écoutant M. G. Villain, dans son si intéressant compte-rendu, dont je ne saurais trop le féliciter, j'étais amené à jeter un coup d'œil rétrospectif sur nos diverses missions à l'étranger, dont la première date de 1887 à Washington avec Paul Dubois, c'est-à-dire de plus de 30 ans, puis la nôtre avec Ronnet en 1893 à Chicago, ensuite à St-Louis en 1904 et je considérais combien la science dentaire française avait pu avec avantage participer aux principales réunions odontologiques à l'étranger, notam-

ment dans les congrès organisés par la F. D. I. depuis 1900, combien, d'une manière générale, ces missions avaient contribué à augmenter la considération publique et les progrès de notre science spéciale et combien elles avaient aidé à l'évolution de la profession dentaire en France.

Pendant cette longue guerre, malgré toutes les difficultés qui en résultaient, nous n'avons pas manqué à cette tradition, comme le prouvent les dernières missions de G. Villain, en Angleterre, en 1916, du regretté d'Argent, au Canada, en 1917, ainsi que celle dont G. Villain vient de nous faire un si remarquable compte-rendu, sans compter celle qu'il doit aller remplir ce mois-ci, sur la demande même des professeurs des Universités américaines.

Je n'oublierai pas non plus dans cette rapide énumération l'important congrès dentaire interallié de 1916, dont on se rappelle le grand succès.

Il est inutile d'insister à nouveau sur les avantages qui ont résulté pour le bon renom de la profession dentaire française tout entière, de ces diverses manifestations scientifiques, surtout si l'on veut se souvenir combien elle était peu appréciée à l'étranger avant la fondation de nos écoles, avant l'organisation de ces missions et de ces congrès.

Honneur donc à tous ceux qui ont contribué à cette expansion de la science dentaire française à l'étranger et s'en sont faits les protagonistes.

Honneur à G. Villain pour toutes les missions scientifiques qu'il a remplies à l'étranger si dignement et si utilement, et particulièrement pour celle qu'il a été remplir en 1918 avec tant de succès en Amérique, malgré les fatigues, les sacrifices et les dangers de toutes sortes de ce voyage en pleine guerre.

Je lui exprime, au nom de nos groupements professionnels, avec toute mon affectueuse admiration, la plus vive reconnaissance.

Mais honneur surtout au ministre Justin Godart qui, avec cette largeur d'idées et cet esprit de justice que l'on a tant admirés dans sa réorganisation et sa direction du Service de santé militaire, a compris l'utilité et l'importance de cette mission et de ce congrès au point de vue de l'intérêt général et les a appuyées de sa grande autorité, comme il l'a fait pour toutes les questions relatives à l'organisation des centres dentaires de l'armée.

Nous avons pensé qu'il nous serait possible, à l'occasion de cette séance extraordinaire, en fêtant aujourd'hui l'heureuse étape franchie par notre profession dans son évolution par le vote définitif par le Sénat de la loi sur les officiers dentistes, de fêter en même temps le décret qui doit enfin en assurer l'application.



Malheureusement ce décret, tant attendu, n'a pu encore, malgré de nombreuses démarches, sortir des cartons des bureaux du ministère de la Guerre. On nous a assuré que cela ne saurait tarder plus d'une quinzaine. Seulement ce qui ne doit pas être retardé, c'est d'adresser aujourd'hui l'expression de la sincère gratitude de la profession dentaire au ministre M. Justin Godart, à qui nous devons la loi consacrant le principe de l'admission des dentistes militaires dans le corps des officiers.

Permettez-moi d'y associer tous ceux qui ont contribué à assurer le succès de cette importante réforme, d'abord :

MM. les rapporteurs de la loi près du Parlement, M. le sénateur P. Strauss et M. le député Lorimy, dont on a lu avec reconnaissance les intéressants rapports ;

MM. les membres des Commissions de la Chambre et du Sénat et MM. les députés et sénateurs qui l'ont appuyée ;

ainsi que tous ceux de nos confrères — et la liste en est longue — qui, par d'actives démarches, s'en sont occupés, particulièrement le si dévoué président de la F. D. N., notre ami Blatter, qui, avec une persévérance inlassable, en a poursuivi la réalisation et a mérité les éloges que lui a déjà adressés notre président, éloges auxquels nous nous associons tous de tout cœur.

Nous espérons que les pouvoirs publics voudront bientôt, pour répondre à un vœu de la profession, récompenser ses efforts désintéressés comme ils le méritent.

Et maintenant, élevons nos âmes et réjouissons-nous, pour nous mettre à l'unisson, des manifestations patriotiques qui, depuis la signature de l'armistice, célèbrent, aujourd'hui encore — en l'honneur du président Wilson et de la grande République sœur des Etats-Unis d'Amérique — la victoire de la France et des glorieuses armées alliées qui, par le triomphe définitif du droit sur la force, va assurer un avenir de paix et de justice à l'humanité. (*Applaudissements.*)

#### IV. — CORRESPONDANCE.

*M. Justin Godart.* — J'ai à vous présenter les lettres d'excuses qui viennent de m'être remises : les docteurs Sauvez et Gernez regrettent infiniment de ne pouvoir être au milieu de nous ce matin.

#### V. — DISCOURS DE M. JUSTIN GODART.

*M. Justin Godart* prononce alors le discours suivant :

Mesdames, Messieurs : avant de lever cette séance, je veux redire — bien que cela ait déjà été dit en termes

excellents par M. Godon — nos remerciements les plus sincères et les plus chaleureux à M. Georges Villain pour le remarquable rapport qu'il vient de nous apporter. Il a été le missionnaire, non seulement de votre corporation, mais de la cause de la France.

J'ai reçu des lettres, après son passage dans les différentes villes où moi-même j'étais passé, et on m'a relaté quel succès avaient eu sa parole et son enseignement. On m'a dit quelles traces profondes il avait laissées là-bas dans les esprits et les cœurs et j'ai été récompensé de l'avoir fait désigner lorsque, me trouvant à Montréal, j'ai été saisi à l'Université Laval, du désir unanime de voir la France représentée au Congrès de Chicago.

M. G. Villain a su voir : c'est une qualité éminente que de savoir voir : il vient de vous apporter les résultats de ses observations.

Son rapport, que je transmettrai, en l'appuyant, soyez-en assurés, contient non seulement pour votre profession, mais pour nous tous, hommes politiques, éducateurs, citoyens désireux de réaliser des progrès sociaux, des enseignements précieux.

La documentation utile pour votre corporation, vous l'avez recueillie au passage, retenue, et je n'ai aucune compétence pour l'apprécier : mais les renseignements d'ordre général, combien ils sont importants et quels beaux exemples nous avons dans ce qui se passe là-bas aux Etats-Unis ! Ces modèles, ils viennent de passer devant nos yeux, avec les projections lumineuses qui nous ont montré d'immenses et admirables Instituts mis à la disposition des enfants des écoles ou du public pour l'enseignement pratique de l'hygiène dentaire, qui est une partie de l'hygiène générale et par répercussion de l'hygiène morale. J'ai retenu une des observations si justes qu'a faites M. Georges Villain en étudiant toutes ces organisations américaines. Il nous a énuméré le personnel qui était à la disposition du public ou dans les laboratoires : il nous a dit qu'il y avait tant de dentistes, tant de nurses, et il a remarqué — remarque bien



juste, bien profonde — que le personnel administratif était réduit au strict minimum. Je crois que là-bas, aux Etats-Unis, si nos amis ont pu créer ces grandes œuvres, c'est que précisément leur initiative n'a pas été freinée par les méthodes administratives. Alors qu'ici en France l'appel aux pouvoirs publics est toujours placé au premier plan, là-bas, au lieu d'attendre que viennent d'en haut l'effort, l'élan et l'impulsion, c'est d'en bas qu'ils montent irrésistiblement. De la sorte ce qu'on entreprend ne peut que réussir. Ce sont les initiatives privées qui, aux Etats-Unis, ont réalisé le plus. Elles ont été, certes, singulièrement fécondées par les généreuses donations qui sont faites aux organisations. Je ne crois pas qu'en France nous puissions désespérer de voir cet état de choses se généraliser. Nous voyons tous les jours des donateurs léguer des millions pour les œuvres qui, malheureusement trop souvent, ne sont pas des œuvres de vie. Demain, dans le renouveau qu'enfantera la grande douleur de la guerre se développera la pratique des donations, la pratique de l'effort privé, de l'initiative individuelle, qui se libérera des entraves administratives. (*Applaudissements.*)

Tout à l'heure, on a dit quelques mots de regrets. En effet, cette séance est pour vous et pour moi, un peu assombrie par le fait que la signature d'un document que nous attendions n'a pas encore pu être donnée.

On m'a assuré — sur les interventions réitérées que j'ai faites ces derniers jours — qu'il fallait en accuser les heureux événements de l'heure.

Je veux bien, mais je puis vous assurer cependant que mon activité ne se lassera pas et ne se laissera pas rebuter tant que vous n'aurez pas obtenu la satisfaction qui vous est due et qui est simplement l'expression de la reconnaissance de la France pour l'œuvre de guerre qui a été accomplie par les dentistes militaires. (*Applaudissements.*)

Je vous ai vus dans l'action. Convaincu dès le premier jour de l'importance de votre activité, je me suis efforcé de vous donner les moyens de l'exercer auprès de ceux qui

souffrent, de permettre, par la récupération des effectifs opérée grâce à vous, d'accroître le nombre des combattants. Le Parlement a reconnu solennellement, par la loi qu'il a votée et qui vous investit de l'autorité morale qui vous est due, les services que vous avez rendus au pays, à l'armée et à la grande cause pour laquelle nous avons combattu.

Je ne devrais pas détacher les noms de quelques-uns pour les remercier plus particulièrement, mais je ne puis pas ne pas suivre l'exemple de notre Président, qui tout à l'heure, dans les paroles qu'il a prononcées, a tenu à dire un mot de gratitude pour celui qui, plus particulièrement, s'est fait auprès des pouvoirs publics l'agent de liaison de votre Fédération, de votre Groupement corporatif. Je l'ai vu bien souvent, votre agent de liaison et j'ai pu constater avec quelle ténacité il a longuement piétiné dans ces tranchées sombres que sont les couloirs des ministères, avec quel courage il a traversé les tirs de barrages que les Bureaux déclanchaient sur sa tête en cherchant à l'ensevelir sous des monceaux de paperasses, en dressant sous ses pas toutes les embuches administratives possibles. Je veux parler de notre ami Blatter ; il a été victorieux et il a conquis mon amitié par son désintéressement et son dévouement absolu à la profession à laquelle il appartient. (*Applaudissements.*)

Mesdames et Messieurs, une coïncidence a voulu que le compte rendu de cette mission aux Etats-Unis fût fait en ce jour qui est celui où la France entière acclame avec joie et avec émotion la venue du grand et noble représentant de la démocratie américaine, du président Wilson.

Hier le peuple de Paris tout entier était sur le passage du cortège.

Dans la France entière, à la même heure, loin des manifestations publiques, loin de la présence du grand président Wilson, il y avait dans tous les cœurs des sentiments émus pour celui qui a parlé si noblement de la paix du droit.

M. Georges Villain, comme moi, pourra vous dire quelles impressions profondes ceux qui ont été là-bas aux Etats-Unis ont rapportées de l'accueil qui y est fait à ceux qui re-



présentent la France. C'est plus que de l'enthousiasme, car l'enthousiasme a une part d'élan, une part d'entraînement. C'est une dévotion réelle pour notre grande Patrie, dévotion qui est faite de souvenirs communs dans les conquêtes de libertés, souvenirs qui remontent au temps de Lafayette et de Rochambeau, dévotion qui était faite de l'admiration sincère qu'ont les Américains pour le soldat français, pour cet homme, ouvrier, paysan, ou appartenant à une profession libérale, qui pendant des années et des années a fait de sa poitrine un rempart infranchissable contre la barbarie qui se ruait sur la civilisation.

Les impressions que nous avons recueillies là-bas nous ont fait sentir plus profondément la fraternité qui unit la France aux Etats-Unis.

A l'heure présente la guerre est finie. L'Europe qui était le théâtre de la lutte, de la mort quotidienne, voit se lever une aurore de paix. Il nous faut cependant encore veiller, il nous faut encore combattre, non plus par les moyens de brutalité et de violence, pour que la guerre soit véritablement gagnée pour la justice et pour le droit, pour que dans l'avenir une pareille catastrophe ne puisse plus à nouveau ravager le monde et plonger les cœurs dans le deuil, la désolation et la douleur. Je crois que nous sommes sur la route qui nous mènera à l'ère où la guerre sera définitivement bannie de la Société des Nations.

En vérité, il y a quelque chose de changé. Que voyons-nous en effet à l'heure présente? Nous voyons la France entière, se lever pour saluer l'illustre Président élu d'une grande démocratie. Cet homme, qui est, lui aussi, un démocrate sincère et simple, est accueilli avec des acclamations respectueuses et joyeuses, tandis que là-bas, dans un petit château perdu sur la terre de Hollande, celui qui, hier encore et pendant des années et des années, a incarné l'autocratie, a incarné la force, a été à la tête d'un peuple qu'il a lancé contre les autres peuples afin que sa patrie soit au-dessus de toutes les autres patries, nous le voyons là-bas seul, attendant le verdict de justice qui ne peut pas ne pas venir alors que

tant de crimes ont été rendus possibles par sa volonté. (*Applaudissements.*)

Aussi l'aurore nouvelle se lève sur ce symbole : le Kaiser condamné, là-bas, en tête à tête avec sa conscience, avec ses remords, avec sa déchéance : le président Wilson, démocrate élevé par la démocratie à la plus haute présidence, venant dans le grand Paris, dans la France qui a tant souffert, acclamé, parce que sa force ne repose pas sur la force des armes, mais sur une conscience d'homme qui veut que désormais les hommes puissent par le travail vivre libres dans la paix scellée par la justice et par le droit.

Mesdames et Messieurs, voici ce que je tenais à souligner dans cette Assemblée, qui a été réunie pour entendre le compte rendu d'un rapport de mission aux Etats-Unis.

Et maintenant je veux vous dire qu'il faut que cette alliance, qui a été trempée dans le sang, continue entre la France et ses alliés, afin que nous puissions recueillir vraiment tous les fruits de la victoire. Elle continuera dans les collaborations de la paix, dans le travail. Ce travail que dans votre spécialité vous avez su mener à bien et grâce auquel vous avez pu rendre tant de services au Pays, continuez-le. Continuez les efforts, les traditions glorieuses que vous venez d'établir pendant la guerre. Le peuple de France qui, avec sa foi dans la Patrie, sa confiance dans l'idéal, s'est opposé à la barbarie qui voulait l'asservir, le peuple de France a montré qu'il était composé d'individualités fortes, et leur cohésion a assuré la victoire de la Patrie. Il faut que ces individualités restent la force de demain et que, collaborant dans des groupements comme le vôtre, elles permettent à la France de se maintenir au niveau d'honneur et de grandeur qu'elle a atteint au cours de cette guerre. (*Longs applaudissements.*)

La séance est levée à 11 heures 1/2.

---



## HYGIÈNE DENTAIRE

### ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE BUCCALE AUX PETITS FRANÇAIS PAR LA CROIX ROUGE AMÉRICAINE

Nous trouvons sous ce titre dans le *Dental Cosmos* d'octobre 1918 la photographie et la légende ci-dessous, que nous croyons intéressant de reproduire.

Il est regrettable que les Pouvoirs publics n'aient jamais voulu tenir compte des demandes et vœux du Comité national d'hygiène



*Praticien de la Croix Rouge américaine montrant à des enfants français l'importance de soigner leurs dents et le moyen d'entretenir la propreté. Plus de 173.000 enfants ont reçu ces indications. Le principe des dents propres ne se cariant pas est applicable tout aussi bien à notre seconde ligne de défense qu'il l'est sur le front.*

dentaire de la section d'Odontologie du Congrès d'hygiène scolaire et tendant à organiser les inspections et les soins dentaires dans les écoles, alors qu'aujourd'hui ils les acceptent des Américains.

Nul n'est prophète en son pays !

---

### INSTRUCTION A DONNER AUX INFIRMIÈRES POUR EN FAIRE DES OPÉRATRICES DENTAIRES

Dans les cliniques dentaires scolaires, le dentiste traitant doit assurer le traitement de chaque enfant. Or, il n'y a pas assez de dentistes pour cela. A Birmingham, par exemple, on compte environ 200.000 enfants dans les écoles, qu'il faut examiner au moins deux fois par an et sans doute plus souvent pour les mettre au niveau des enfants des classes plus aisées qui vont chez leur dentiste particulier, soit 350.000 rendez-vous par an en chiffres ronds. Un dentiste consacrant tout son temps à une de ces cliniques peut donner environ 3.500 rendez-vous par an ; il faudrait donc 10 dentistes pour soigner convenablement tous les enfants de Birmingham.

Si l'on tient compte qu'il n'y a environ que 5.000 dentistes enregistrés, on voit que le traitement de tous les enfants des écoles par des dentistes est impossible.

D'autre part, à Birmingham, par exemple, chaque dentiste scolaire reçoit 10.000 francs par an, ce qui ferait 1.000.000 de francs par an pour 100 dentistes. Même avec les subventions accordées par le Conseil d'enseignement, les autorités locales auraient quelque difficulté à faire admettre par ce Conseil cette dépense comme justifiée.

Un moyen de tourner la difficulté est le suivant : former et nommer des femmes instruites, bien élevées et appartenant au même milieu que les dentistes. Il y a dans le pays des centaines de ces femmes désireuses de faire une besogne utile pour l'amour du travail. Ces femmes exécuteraient le traitement indiqué par le dentiste sous sa surveillance. Leur enseignement durerait 6 mois à 1 an et, en raison de la variété limitée de travail qui leur serait demandé, cela serait très avantageux comparativement aux 2 ans de clinique hospitalière considérés généralement comme suffisants pour former un dentiste L. D. S. A la fin de cette période elles subiraient un examen et seraient enregistrées, ce qui assurerait l'uniformité et le contrôle. Bien entendu, il leur serait interdit d'exercer. D'ailleurs, elles recevraient des appointements convenables. J'estime que les femmes valent mieux que les hommes pour le traitement conservateur dans la dentisterie scolaire.

(Norman Austin, Birmingham ; *Brit. Dent. J.*, 15 août 1918.)



## BIBLIOGRAPHIE

---

### Les fractures de guerre du maxillaire inférieur.

Notre excellent confrère le Dr A. Herpin, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, chef du service de Stomatologie de la 18<sup>e</sup> Région, vient d'apporter une précieuse contribution à la littérature des blessures de guerre intéressant la mâchoire inférieure. Il a eu, il est vrai, au Centre de Bordeaux, qu'il dirigeait, un champ très vaste d'observations et d'applications des méthodes de traitement dont il a eu le bon esprit de faire profiter tous les confrères — et ils sont nombreux maintenant — que la question des fractures du maxillaire par projections balistiques peut intéresser.

Nous devons l'en féliciter et l'en remercier.

L'ouvrage qu'il vient de faire paraître chez l'éditeur Félix Alcan compte 157 pages, y compris un avant-propos et un addendum suivant la table des matières. Il est divisé en 17 chapitres : considérations anatomiques, définition et étiologie, siège des lésions, classification, anatomie pathologique, évolution des lésions, symptomatologie, processus de réparation, traitement, interventions chirurgicales, fractures de la portion horizontale, traitement d'urgence, réduction, prothèse définitive, fractures : 1<sup>o</sup> de l'angle et de la branche montante ; 2<sup>o</sup> des procès alvéolaires ; 3<sup>o</sup> de l'apophyse coronoïde et du condyle ; 4<sup>o</sup> partielles, incomplètes ; 5<sup>o</sup> chez les édentés, vastes délabrements, pronostic.

Le volume est illustré de 100 gravures dans le texte, très soignées et accompagnées de légendes explicatives minutieuses et très complètes.

L'auteur a dédié son travail à M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire : il ne pouvait choisir un meilleur patron.

Le livre de M. Herpin a sa place marquée dans les bibliothèques de tous les spécialistes de la prothèse maxillo-faciale.

---

## LIVRE D'OR DES DENTISTES

### CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir les citations suivantes :

**BILLET (Pierre)**, dentiste militaire, section C. hors-rangs.

« 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 commandement pour procéder à l'interrogatoire des prisonniers allemands. »

Ordre du régiment.

**CAGNOLI (Victor)**, dentiste militaire, de l'Ambulance divisionnaire de la 5<sup>e</sup> Division de cavalerie.

« Après avoir, pendant 3 ans, donné les soins les plus éclairés et souvent dispendieux aux officiers et hommes de troupe de la division, a fait preuve d'abnégation et de dévouement en participant jour et nuit aux soins des nombreux blessés passés à l'Ambulance les 28 et 29 mai 1918. Par son sang-froid a contribué à l'évacuation, dans le plus grand ordre, des blessés de la formation, soumise au bombardement. »

Ordre n° 184 de l'Etat-major de la division.

**COBLENTZ (Georges)**, adjudant dentiste auxiliaire au 3<sup>e</sup> régiment de zouaves.

« Excellent dentiste, au régiment depuis juillet 1917. S'est particulièrement distingué à l'attaque de la côte 364 le 25 novembre 1917 et jours suivants en prodiguant ses soins aux blessés sous un violent bombardement. »

Ordre du régiment n° 2586.

**GAIGNON (Adrien-Eugène)**, dentiste militaire au 224<sup>e</sup> régiment d'infanterie.

« Engagé volontaire pour la durée de la guerre, a toujours fait preuve soit comme infirmier dans une équipe chirurgicale de 1<sup>re</sup> ligne, soit comme dentiste militaire du Groupe de brancardiers de la 76<sup>e</sup> division territoriale, du plus beau courage et du plus grand esprit de sacrifice. »

« 20 mois de présence à l'armée d'Orient »

Ordre du régiment n° 1244, 20 janvier 1919.



**RAMBAUD (François)**, dentiste militaire à la 4<sup>e</sup> section d'infirmiers du Groupe de brancardiers de la 7<sup>e</sup> division d'infanterie.

« Sur le front depuis le début de la guerre comme soldat, puis comme caporal au 102<sup>e</sup> régiment d'infanterie, a participé à toutes les affaires auxquelles a pris part ce régiment et s'est toujours conduit avec beaucoup de dévouement.

» Au G. B. D. 7, auquel il appartient comme chirurgien-dentiste, depuis août 1916, a toujours fait preuve d'un dévouement et d'un courage dignes de tous les éloges, participant spontanément à la relève des blessés dans les périodes actives.

» En traitement dans une ambulance, pour fracture du pied par écrasement, blessure accidentelle survenue en service commandé, s'est offert volontairement à fournir son sang pour une transfusion, le 3 août 1918. »

Ordre de la Division, n<sup>o</sup> 223, 14 septembre 1918. — Croix de guerre.

**TACAIL (Charles-Paul)**, dentiste militaire au 21<sup>e</sup> tirailleurs.

« Plein de courage et d'entrain. Est venu comme volontaire donner aide au médecin-chef en avant des premières lignes dans un coup de main au Bois-le-Prêtre. »

Ordre du régiment.

**ZULA (Paul)**, dentiste militaire au 24<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.

« Pendant son séjour au front, a exécuté avec beaucoup de compétence et de dévouement son service spécial, dans des circonstances parfois difficiles, dans des conditions d'installation toujours très sommaires, a rendu d'appréciables services aux chasseurs du Bataillon ».

Ordre du Bataillon. — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations à tous ces confrères.

---

---

## NÉCROLOGIE

---

### Raymond Devoucoux.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 20 ans, survenue le 12 février 1919, de M. Charles-Raymond Devoucoux, étudiant en médecine, inscrit comme élève à l'Ecole dentaire de Paris, où il devait entrer prochainement.

Il était le fils de notre excellent confrère M. Georges Devoucoux, chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à notre confrère si cruellement éprouvé, ainsi qu'à sa famille nos très sincères condoléances.

---

### Morestin.

On annonce la mort, après quelques jours de maladie, à l'âge de quarante-neuf ans, du chirurgien français Morestin.

Né à la Martinique, le 1<sup>er</sup> septembre 1869, Morestin vint faire ses études en France. Interne des hôpitaux à dix-neuf ans, prosecteur à vingt-trois ans, chirurgien des hôpitaux à vingt-neuf ans, agrégé six ans plus tard, en 1904, officier de la Légion d'honneur, il allait être nommé prochainement professeur.

Chirurgien habile et audacieux, Morestin s'attaquait volontiers aux cas les plus graves. Dans la chirurgie réparatrice il se montra éminemment supérieur. Morestin mettait tous ses soins à corriger la laideur. Il s'appliquait aussi à cacher le plus possible ses incisions de façon à ne pas laisser de cicatrices apparentes ; mais c'est surtout pendant la guerre qu'il se distingua d'une façon toute particulière, dans son service du Val-de-Grâce, où il accomplit de véritables merveilles dans les réparations de la face et du crâne. Il fit, à ce sujet, plusieurs communications à l'Académie de médecine qui suscitèrent des applaudissements unanimes, fait bien rare à l'égard d'un orateur étranger à l'Académie.

Morestin avait eu la douleur de voir disparaître dans la catastrophe de la Martinique vingt et une personnes de sa parenté, sa maison paternelle, sa fortune, tous ses souvenirs de famille !

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ses obsèques par M. Blatter, directeur-adjoint.

---



### **Le professeur Blanchard.**

Nous apprenons la mort de M. le professeur Raphaël Blanchard, décédé à Paris, dans sa soixante-troisième année.

R. Blanchard, après avoir été préparateur de Georges Pouchet et de Paul Bert, avait été, en 1883, nommé agrégé à la Faculté de médecine de Paris. A la mort de Baillon, il fut nommé professeur d'histoire naturelle et donna un grand développement à l'enseignement de la parasitologie. Aussi, en 1907, obtint-il la transformation de la chaire d'histoire naturelle en chaire de parasitologie.

Il compléta très heureusement son enseignement théorique en fondant l'Institut de médecine coloniale.

Il a publié de nombreux travaux sur l'histoire naturelle, la parasitologie, la biologie, l'hygiène, l'histoire de la médecine. Il laisse en particulier un traité important de zoologie médicale, et un ouvrage remarquable sur les moustiques.

Blanchard avait été élu membre de l'Académie en 1894 et il remplissait depuis 1912 les fonctions de secrétaire annuel.

---

### **Dr G. Cunningham.**

Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort du Dr Georges Cunningham, de Cambridge.

Nous consacrerons dans notre prochain numéro à cet estimé confrère un article sur le rôle important qu'il a joué dans la profession.

---

## NOUVELLES

---

### Légion d'honneur.

Nous apprenons avec plaisir la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, et de M. Belin, directeur de l'Enseignement secondaire au même ministère, et au grade de chevalier de M. Destouches, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

Nous adressons à ces hauts fonctionnaires, qui ont toujours témoigné une grande bienveillance à l'Ecole dentaire de Paris, nos félicitations empressées.

---

### Société nouvelle.

Nous apprenons que le *Centre odontologique de l'Uruguay* a fusionné avec la *Société odontologique de l'Uruguay* pour donner naissance au *Centre d'Odontologie de l'Uruguay*. Le comité directeur pour 1919-1920 est présidé par M. Alexandre Lamas.

La nouvelle Société a, comme les précédentes, son siège à Montevideo.

---

### Bibliothèque dentaire monstre.

Nous sommes avisés que l'*Association dentaire nationale* des Etats-Unis s'occupe de la constitution, à Chicago, d'une collection de publications dentaires qui doit être la plus complète de toutes celles qui existent dans le monde entier.

---

### Remerciements.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a envoyé au Président du Conseil des ministres, lors de l'attentat dont il a été victime, une adresse de sympathie pour le féliciter d'avoir échappé à cet attentat et former des vœux de prompt rétablissement de sa blessure.

M. Clémenceau a fait écrire au Conseil d'administration pour lui exprimer ses chaleureux remerciements.

---



### Chez les mécaniciens-dentistes.

Il y a quelques semaines un conflit s'élevait entre un établissement dentaire et son personnel; la grève fut évitée, des engagements furent pris. Mais le directeur semble ne pas vouloir tenir les siens. Le personnel lui a fait adresser une note par laquelle il formule les revendications suivantes :

- 1<sup>o</sup> Journée de huit heures ;
- 2<sup>o</sup> Semaine anglaise de quarante-quatre heures ;
- 3<sup>o</sup> Paiement de l'indemnité de vie chère aux apprentis avec rappel depuis le jour de la suppression ;
- 4<sup>o</sup> Incorporation de l'indemnité de vie chère dans les salaires (21 francs par semaine) ;
- 5<sup>o</sup> Hygiène dans les ateliers.

Les ouvriers demandent une réponse dans les quarante-huit heures. Ils se réuniront le 6 mars pour en prendre connaissance.

(*La Vérité*, 4 mars 1919.)

---

### Erratum.

Par suite d'une interversion accidentelle commise à l'imprimerie au moment du tirage du n<sup>o</sup> du 30 décembre 1918 les deux dernières lignes de la rubrique *Travaux originaux* de la *Table méthodique des matières*, p. 527, ont été placées p. 526 à la fin de la rubrique *Nouvelles*.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LE COURANT ÉLECTRIQUE DANS LA BOUCHE

Par le D<sup>r</sup> A. POULIO

On sait qu'en exécutant les travaux dentaires dans la bouche de nos malades, nous donnons souvent naissance à un courant électrique si les conditions sont favorables ; mais ce courant est ordinairement trop faible pour être ressenti par le malade.

Quelquefois, au contraire, il est assez fort, mais les conditions ne sont pas propices pour qu'il soit perçu ; ce sont les cas où le courant passe par les dents dévitalisées.

Dans un petit nombre de cas, le courant peut être assez fort et, s'il passe par une dent avec une pulpe vivante, cela peut occasionner beaucoup d'ennui au dentiste et au malade, parce que, chaque fois que le malade ferme la bouche et établit la fermeture du circuit, il ressent une forte douleur dans la dent intéressée.

La naissance d'un courant électrique dans la bouche s'explique aisément par la formation d'une pile électrique.

On sait que la pile la plus simple, celle de Volta, est formée d'un nombre de couples de rondelles de zinc et de cuivre. Les couples sont séparés par des morceaux de drap imbibés d'eau acidulée ou de vinaigre. Si l'on termine par un fil de cuivre les rondelles extrêmes, et qu'on approche les deux fils pour qu'ils se touchent, une petite étincelle se produira. C'est le courant électrique qui est établi.

« Chaque fois que dans un liquide nous avons deux métaux ou deux corps conducteurs, l'un des deux étant plus



facilement attaqué, nous pouvons être sûr qu'il existe entre ces deux métaux une force électromotrice. »

Nous avons donc fréquemment dans la bouche toutes les conditions nécessaires pour réaliser une pile électrique. Par exemple : un bridge en or en haut et en face, en bas, une grande obturation en amalgame.

Voilà deux corps conducteurs, l'or et l'amalgame, dont l'un (c'est l'amalgame dans ce cas) est plus facilement attaqué. Comme liquide, nous avons la salive.

La pile électrique est ainsi constituée. Pour obtenir un courant électrique, il ne faut que fermer le circuit, c'est ce qui se produit quand le malade ferme la bouche. La face triturante en or du bridge vient en contact avec la grande masse d'amalgame. Entre eux se place la salive. Le courant électrique s'élance dans le circuit formé par l'or, la salive, l'amalgame, la mâchoire inférieure et la mâchoire supérieure.

Si la dent a une pulpe vivante, le malade ressentira une vive et courte douleur au moment de la fermeture du circuit. Le même courant restera inaperçu si la dent est dévitalisée.

J'ai eu occasion deux fois de voir naître le courant électrique dans la bouche après la construction de grands bridges.

Le premier cas concernait une dame à laquelle j'avais fait plusieurs obturations dans les dents du bas, et un grand bridge sur les dents du haut. Le bridge se composait en vérité de deux bridges, à savoir de 6, 5, 4, 3, 1 du côté droit, et de 3, 4, 5, 6, 7 du côté gauche. Les dents de support étaient 3, 1 | 3, 5, 7; et pour donner au bridge droit un appui en arrière, j'avais fait un arc palatin de Brian qui allait de 7 à 6.

Les deux bridges faisaient alors une masse d'or unifiée et solide.

Quand je mis le bridge en place, la dame ferma la bouche et elle poussa aussitôt un cri et se plaignit d'une douleur dans la 6, obturée par moi-même quelques semaines avant.

La 6 avait une pulpe vivante et une grande obturation

en amalgame isolée de la pulpe par une couche protectrice de gutta-percha. Le travail avait été bien fait, et la dent n'était pas jusque-là sensible ni au chaud ni au froid.

Depuis lors, chaque fois que la dame fermait la bouche et que l'or du bridge touchait l'amalgame, elle poussait des cris de douleur. Elle identifiait cette douleur à celle provoquée par un courant électrique qu'on laisse passer à travers le corps. Une fois le courant établi, la douleur dans la dent cessait.

La malade était très ennuyée et agacée par ces douleurs.

Pour l'en débarrasser, j'enlevai la partie supérieure de l'obturation et je la remplaçai par du synthétique. Les douleurs cessèrent immédiatement.

Le deuxième cas que j'ai observé récemment à Nice est semblable au premier. M<sup>me</sup> S... avait plusieurs dents à obturer, et un bridge à faire en haut pour remplacer les 7, 6, 5 qui manquaient.

A part des plombages faciles, il y avait deux dents, la 6 et la 5, qui étaient très cariées. La destruction des couronnes était si grande qu'on pouvait se décider facilement à dévitaliser les dents et à faire deux couronnes en or.

Après un examen très minutieux, malgré la grande destruction, les chambres pulpaires n'étaient pas ouvertes, et la malade n'avait jamais souffert de ses dents; je me décidai à laisser les pulpes vivantes, et je couvris le fond des cavités avec la dentine artificielle de Fletcher, et je reformai au-dessus les parties manquantes des dents. Je fis ces reconstitutions en amalgame pour donner plus de solidité à l'ouvrage. Les faces proximales des plombages se touchaient.

Les dents se comportaient bien. Elles n'étaient sensibles ni au chaud ni au froid.

Ensuite, je fis le bridge: une couronne d'or sur 8, et une couronne de Richmond sur 4; les facettes buccales des 7, 6, 5, 4 en porcelaine; les faces triturantes en or coulé.

Quand j'eus mis le bridge en place, et que la malade ferma la bouche, elle fit un bond dans le fauteuil et poussa un cri de douleur.



Je compris tout de suite ce qui se passait, parce que je me rappelai le premier cas que j'avais traité il y a quelques années. C'était en vérité dans tous les points une répétition du premier cas. Chaque fois qu'elle fermait la bouche et établissait le contact entre le bridge et les deux grandes obturations en amalgame antagonistes, elle poussait des cris de douleur.

Cet état de chose devait être vraiment très désagréable, parce que la malade s'énervait outre mesure.

Je lui expliquai alors que c'était un courant électrique qui se produisait, et que l'on pouvait remédier à cet état de choses en mettant une matière isolante entre l'or du bridge et l'argent de l'obturation.

Je cimentai le bridge sans me préoccuper davantage du courant électrique ; puis, dans la même séance, j'enlevai la partie supérieure des obturations de la 6 et 5, et les remplaçai par des obturations en synthétique. Je renvoyai ensuite ma malade au lendemain avec l'assurance qu'elle ne souffrirait plus.

Le jour suivant, elle n'était pas du tout contente. Elle se plaignait des mêmes douleurs de courte durée, mais fortes et très agaçantes.

Je lui expliquai que, probablement, l'isolement n'était pas parfait, et qu'il faudrait le refaire. En effet, il se trouvait que, dans quelques endroits, l'amalgame (que j'avais laissé comme cadre pour donner plus de solidité au synthétique) venait en contact avec l'or du bridge.

J'enlevai le synthétique, je meulai l'amalgame afin qu'il soit partout éloigné au moins de 3 millimètres du bridge quand celui-ci était en occlusion ; enfin je modelai les faces triturantes en synthétique.

Le travail terminé, j'ordonnai à ma malade de fermer la bouche. Le bridge était en occlusion avec les dents du bas, mais il n'y avait pas de courant électrique, parce que les deux métaux étaient isolés par une épaisse couche de synthétique.

La malade ne croyait pas, au commencement, que la question pût être si vite résolue, mais après quelques mi-

minutes, quand elle se fut assurée que les douleurs ne revenaient plus, elle partit plus calme.

Je l'ai revue un an après. Elle vint pour l'examen de la bouche, et m'affirma que les deux dents plombées étaient restées toujours tranquilles. Depuis ce temps, elle n'a jamais ressenti les douleurs dont nous avons parlé plus haut.

En terminant, je remarque que les courants électriques naissent souvent dans les bouches après les travaux dentaires.

Ainsi donc, les courants électriques formés dans la bouche par la mise en contact de deux métaux en présence de la salive, s'ils sont généralement trop faibles pour être perçus par le malade, peuvent être parfois assez forts pour déterminer de sérieuses douleurs et de grands désagréments s'ils passent par les dents avec pulpes vivantes. Le remède à cette complication est simple : il faut placer dans le circuit une couche isolante de synthétique ou de ciment ordinaire.

---



## REVUE DES REVUES

### OPINIONS ERRONÉES TOUCHANT L'IMMUNITÉ A LA CARIE DENTAIRE

Par le major PICKERILL,

Professeur de dentisterie à l'Université d'Otago (Nouvelle-Zélande).

Malgré l'emploi continu de dentifrices alcalins, la carie augmente. Certes, une forte proportion de caries surviennent chez des individus qui ne se servent jamais d'aucun dentifrice ; mais, d'autre part, je ne pense pas que personne prétende que la survenance de la carie soit réduite chez les peuples civilisés dans une proportion inverse quelconque à la consommation énorme de dentifrices alcalins qui se fait actuellement dans le monde entier.

Il est intéressant de noter que l'emploi d'alcalins comme prophylactiques a été commun pendant des siècles avant qu'on ait constaté qu'une fermentation acide a un rapport de cause avec la carie dentaire. Quand, après les travaux de Miller, la théorie chimico-parasitaire actuelle a été généralement admise, les alcalis furent abandonnés pour les antiseptiques. Toutefois, ceux-ci n'ont pas donné cliniquement ce qu'on en attendait, de sorte que la préférence est retournée aux alcalins. L'opinion actuelle est que les alcalins neutralisent l'acide formé par la fermentation des aliments et empêchent ainsi la survenance de la carie. Or, il y a là une grande erreur.

L'acide lactique est formé par l'action d'organismes sur les hydrates carbonés dans la bouche, molécule par molécule, lentement et comme acide naissant et, comme tel, il recherche la neutralisation. Il ne s'accumule point et ne peut s'accumuler dans la bouche et attendre jusqu'au lendemain matin, où un alcalin extrêmement puissant est employé pour le neutraliser.

Ce serait très commode s'il en était ainsi. Or, il faut qu'il soit neutralisé *immédiatement*, soit par un dentifrice, salive ou sels de chaux de l'émail, et comme c'est cette dernière substance qui est le plus constamment présente, c'est le résultat de cette action qu'on voit le plus fréquemment.

Les observations de Miller, d'après lesquelles l'acide lactique doit atteindre un certain pourcentage dans la bouche avant que l'action puisse se produire, sont de nature à induire en erreur,

parce que *ce n'est pas la bouche dans son ensemble que nous avons à considérer*, mais bien *une zone d'émail microscopique opposée à une molécule d'acide lactique*, et la question est toujours celle-ci : un agent dissolvant ou neutralisant peut-il survivre en temps voulu pour empêcher cette zone microscopique d'être attaquée, car, une fois attaquée et endommagée, la destruction totale de la dent, sauf dans des cas relativement rares, n'est qu'une question de temps.

On ne saurait trop insister sur ce point que la lutte est *à la surface*, et celle-ci étant brisée, dans 99 o/o des cas, la destruction totale est certaine.

Beaucoup de dentifrices sont aussi trop nuisibles, parce que les particules consistent principalement en fragments tranchants qui, avec le frottement de la brosse à dents, abrasent notablement la substance de la dent. Ces particules tendent à rester au bord gingival et forment ainsi un nid pour la précipitation des sels salivaires. Enfin, les alcalins, sous la forme solide, ne peuvent jamais atteindre les zones de la dent le plus communément attaquées, c'est-à-dire le sommet de l'angle interdentaire et les fissures occlusales.

L'inconvénient le plus sérieux des alcalins cependant, c'est que non seulement ils ne font pas de bien par eux-mêmes, mais encore qu'ils affaiblissent le pouvoir de résistance naturelle.

En d'autres termes, ce sont des déprimants salivaires. La salive est un liquide aqueux contenant des sels alcalins dont on peut toujours profiter, si l'on veut, et éminemment propres à neutraliser et à entraîner toute molécule d'acide lactique à mesure qu'elle se forme. C'est un dentifrice si parfait et si puissant que l'homme ne peut pas en imaginer un si remarquablement adopté à ce but. Pourquoi donc ne pas s'en servir ? Et pourquoi surtout son emploi serait-il systématiquement supprimé par des substances inefficaces.

*Les alcalins doivent être regardés comme des restes d'excrétions alimentaires.* Ils comprennent des restes de la plupart des glandes alimentaires, sinon de toutes, salivaires, gastriques, pancréatique, hépatique. Les résultats en sont très marqués chez les animaux. Chez les animaux nourris avec des aliments alcalins, les glandes salivaires ne se développent pas proportionnellement au reste de leur corps, leur peau s'use et leurs poils tombent, leurs os ne s'ossifient pas aussi complètement qu'il est normal. L'excrétion de calcium et d'amidon dépasse la normale. Le poids du corps est nettement normal et, finalement, l'animal meurt de polynévrite. Je puis affirmer ce fait avec certitude chez les animaux jeunes, et j'estime qu'un phénomène semblable se pro-



duit, dans une mesure modifiée, chez les êtres humains jeunes actuellement.

L'être humain jeune a un gros appétit pour les aliments acides ; mais les parents soigneux les écartent invariablement par la pratique, par crainte d'un mal subséquent à l'estomac.

Par contre, les enfants sont nourris largement avec un régime alcalin : du pain fait avec de la soude, du beurre frelaté avec de la soude, des légumes bouillis dans la soude, des eaux minérales faites avec de la soude, du thé contenant souvent de la soude, de la pâtisserie contenant des substances alcalines, enfin des dentifrices chargés d'alcalins. Avez-vous observé un enfant se nettoyant les dents ? Il ne crache *pas tout* le dentifrice, surtout si celui-ci a une belle apparence et a un goût agréable.

Il en résulte que nous privons les enfants du stimulant normal de leurs organes alimentaires, et alors ces derniers ne peuvent pas se développer jusqu'à leur force normale. Il en résulte également la carie des dents due à une sécrétion salivaire insuffisante, l'indigestion due à une sécrétion gastrique insuffisante, une mauvaise nutrition, une toxémie alimentaire et de la constipation due à des sécrétions pancréatiques, hépatiques et intestinales insuffisantes.

La seconde erreur que je me propose de dissiper est que l'émail des dents est une *quantité fixe* et ne varie ni avec l'âge, ni chez des individus différents.

C'est là une conception relativement récente. Jusqu'aux recherches de Miller, Tomes et Black, on avait admis des dents *dures* et des dents *molles*. Miller et Tomes, par une série d'analyses chimiques, arrivèrent à conclure que l'émail des diverses dents ne varie pas. Black, dans une série d'expériences avec un instrument imaginé pour mesurer la résistance à la force broyante, arriva aussi à conclure que l'émail des dents ne varie pas. Mais la grande erreur commise a été de dire que, puisque l'émail ne varie pas dans sa composition chimique ou dans sa résistance à la force de broiement, il ne varie pas du tout. C'est là une conclusion véritablement hardie.

Je me propose de montrer que l'émail des dents des individus d'âges différents ne varie pas considérablement dans ses propriétés physiques importantes, indépendamment de sa composition chimique et de sa résistance à la force de broiement. Je voudrais également montrer que c'est la surface de l'émail qui est si importante ; c'est à la surface même de l'émail que la bataille est gagnée ou perdue ; quand la surface a été brisée, les attaques se répètent avec une acuité croissante, comme vous le savez par les expériences cliniques, jusqu'à ce que toute la dent soit détruite,

L'émail des dents varie quant à la dureté, la densité, la perméabilité et la solubilité, les quatre caractéristiques les plus importantes quand on considère la résistance à la carie, et toutes ces variations ont la même direction. Trois choses résultent de cette série de recherches :

1<sup>o</sup> Les dents d'indigènes sont plus dures, plus denses, moins perméables et moins solubles que les dents correspondantes des Européens ;

2<sup>o</sup> L'émail de toutes les dents tend à devenir plus dur, plus dense, moins perméable et moins soluble en raison directe du nombre d'années après l'éruption ;

3<sup>o</sup> La dent indigène n'est pas plus dure avant l'éruption que la dent européenne.

Ces faits sont très importants et auront une grande portée sur notre campagne contre la carie dentaire. En d'autres termes, l'enfant indigène et l'enfant européen sont au même niveau au début quant à la résistance naturelle de la surface de l'émail, mais le second est bientôt en retard dans le processus de sclérose qui se produit dans l'émail après l'éruption, car le pouvoir sclérosant de l'indigène est trois fois aussi rapide que celui de l'Européen.

Il est incontestable que ce processus a un avantage énorme ; plus il se produit rapidement, plus l'avantage est évident. Comment se produit-il ? Je crois que c'est par infiltration (ou dialyse) des sels de chaux salivaires à travers la membrane de Nasmyth dans les espaces interprismatiques incalcifiés des couches superficielles de l'émail ; d'autres pensent que l'émail peut recevoir de la pulpe un apport de lymphe, mais à présent je ne le pense pas.

Dans mes recherches parmi les Maoris, les moins civilisés de la Nouvelle-Zélande, j'ai constaté que la résistance salivaire moyenne, c'est-à-dire la quantité par minute de substances protectrices, est 4 fois aussi grande que celle de l'enfant européen moyen.

La troisième opinion erronée que je me propose de combattre, c'est « qu'un régime de substances compactes ou fibreuses est avantageux au développement des maxillaires chez les enfants ».

Cette opinion est relativement récente. Superficiellement, il semblerait évident que plus un appareil organisé prend d'exercice, mieux il se développe. Comme principe général, cela est vrai, mais là encore il est nécessaire, avant de s'avancer, d'examiner soigneusement le point de départ et le point d'arrivée, autrement nous pouvons nous trouver dans une position intenable.



Nous désirons que les enfants aient des os maxillaires bons et forts, mais surtout d'une largeur suffisante et avec des dents régulièrement placées dans de bonnes courbes paraboliques. Mais nous ne désirons pas des maxillaires longs, étroits, avec des dents disposées en forme de V comme dans les bouches gothiques. Or, ces dernières deviennent un type défini qui, chaque année, se remarque dans un plus grand nombre d'enfants.

Pourquoi ? parce que leur régime est trop dense et trop fibreux.

Voyons d'abord le mécanisme de la mastication.

Nous avons un facteur passif, un os stationnaire, le maxillaire supérieur dont les dents s'articulent *en dehors* de celles de la mâchoire inférieure ; cette dernière est le facteur actif et *un os mobile* auquel sont fixés un certain nombre de muscles très puissants, qui l'entraînent avec une force énorme dans divers sens pendant la mastication, et un pourcentage considérable de cette force est transmise au maxillaire passif par les dents.

On connaît la mesure dans laquelle l'os est morphologiquement altéré sous divers efforts et sous diverses tensions. On sait que la forme d'un os dépend largement de l'effort auquel il est soumis. Je vais plus loin et dis que la forme d'un os dépend des tensions musculaires et autres auquel il est soumis. En vous demandant d'accepter cela comme base de mon raisonnement, j'ajoute que c'est manifestement sur cette base que repose l'opinion dont je m'efforce de prouver l'inexactitude. C'est-à-dire que, si les substances fibreuses sont bienfaisantes, ce ne peut être que par le moyen des muscles des mâchoires. Considérons les principaux muscles fixés à la mâchoire inférieure et servant à la mastication, et observons les résultats.

Le masséter = une traction vers l'extérieur de 20 millimètres pour chacun, soit 40 pour les deux.

Le ptérygoïde interne = une traction vers l'intérieur de 60 millimètres.

Le mylohyoïdien = une traction vers l'intérieur de 32 millimètres.

Le temporal = traction vers l'extérieur de 40 millimètres.

Incision = masséters antéro-postérieurs, vers l'extérieur. Perte.

Broiement = masséters et temporal, vers l'extérieur. Perte.

Trituration = ptérygoïdiens, vers l'intérieur. Augmentation.

Déglutition = mylohyoïdiens, vers l'intérieur. Augmentation.

Sim Wallace a soutenu que c'est l'action de la langue dans la mastication d'aliments denses et fibreux qui développe les os maxillaires et les arcades dentaires par la pression vers l'extérieur. C'est là une autre opinion erronée.

Quelle est l'action de la langue dans la mastication ? La pointe sert de doigt et parcourt les  $\frac{2}{3}$  de la bouche en tout sens, en guidant les aliments vers l'extérieur entre les dents. Mais cette action est exactement contrebalancée par celle du buccinateur qui pousse les aliments vers le dedans entre les dents ; par conséquent, l'action de la langue comme extenseur des mâchoires par suite de l'action musculaire, est une quantité négligeable.

Les muscles de l'expression faciale sont aussi, je crois, grandement cause du moulage des arcades maxillaires, et ce sont précisément les muscles entourant la bouche et le nez qui, lorsqu'ils fonctionnent, exercent une traction de moulage en arrière sur les mâchoires qui ne servent pas.

Enfin le témoignage ethnologique prouve péremptoirement, je pense, que les races indigènes mangent des aliments beaucoup plus mous et moins fibreux que nous, et cependant elles ont incontestablement des os maxillaires beaucoup plus développés et des arcades dentaires beaucoup mieux formées.

J'ai soutenu autrefois que la nourriture des peuples civilisés devenait plus molle et plus semblable à du carton. A la suite d'une nouvelle étude de la question, je tiens à préciser cette affirmation. Les erreurs proviennent de la confusion des termes *dense* et *dur*. L'importance consiste en ce que les choses denses ont besoin d'être triturées et, par suite, de l'action du ptérygoïde et du constricteur, tandis que les matières dures ont besoin d'être broyées et, par suite, de l'action du masséter, du temporal et de l'extenseur. Nos aliments sont, je crois, beaucoup moins durs qu'ils ne l'étaient, mais je crois qu'ils sont, dans l'ensemble, beaucoup plus denses. Cette opinion, à laquelle je suis arrivé graduellement, est basée sur les observations et les faits suivants :

1° Tous les peuples primitifs étaient et sont d'excellents cuisiniers, car la plupart faisaient ou font bouillir leurs aliments jusqu'à ce qu'ils soient tout à fait tendres. Les mets rôtis, grillés et autres, l'étuvée, appartiennent à l'art culinaire moderne relativement ;

2° Les aliments étaient et sont toujours soigneusement préparés par le hachage, le lavage ou ébouillantés avant la cuisson ;

3° Sans doute, plus de la moitié des habitants du monde actuellement, les Asiatiques du Sud et de l'Est, les Hindous et les indigènes de l'Afrique du Sud, vivent d'aliments que même les peuples les plus civilisés regarderaient comme des aliments extrêmement mous, savoir du riz bouilli, du maïs et du millet. De même, la base de la nourriture des montagnards écossais était ou est l'avoine bouillie, et celle des paysans irlandais la pomme de terre, et ces deux denrées sont incontestablement molles.



Cependant, toutes ces races ont des mâchoires et des dents bien formées et bien développées ;

4° J'ai appris des indigènes mélanésiens et polynésiens que les aliments des blancs ont besoin d'être plus mastiqués que les leurs ;

5° Les enquêtes que j'ai faites récemment m'ont donné les résultats suivants :

*Iles Fidji.* — Les aliments principaux sont les légumes. Des puddings garnis de noix de coco, préparés en faisant rôtir d'abord le fruit de l'arbre à pain, qu'on met ensuite dans une pâte épaisse, se mangent presque sans mâcher.

En fait, un repas indigène ne se mastique pas autant qu'un repas anglais, parce qu'il y a moins à mâcher.

*Nouvelles Hébrides.* — La base de la nourriture indigène est du *yam* cuit, qui se mange matin et soir, généralement rôti, quelquefois bouilli, souvent grillé et préparé en un pudding mou (*loko*) dans le four creusé en terre. Le fruit de l'arbre à pain vient ensuite ; on le fait rôtir ou on le transforme en une bouillie (*lot*). On le fait sécher dans la belle saison, il devient dur comme du biscuit, on le mange alors ou on l'amollit avec une sauce de noix de coco, qui est un mélange de chair de ce fruit et d'eau de mer.

Je ne pense pas qu'un repas ordinaire d'Islandais exige plus de mastication qu'un de ces repas.

Simpson, qui a voyagé aux îles Hawaï au commencement du siècle dernier, rapporte que la base de l'alimentation était le Poi, sorte de poireau aigre qui se mangeait en quantité considérable sans mastication.

Le professeur Marshall, qui revient de Taïti, m'informe que la nourriture habituelle des indigènes n'exige pas autant de mastication que notre alimentation *civilisée* ;

6° D'après ma connaissance de la vie des Maoris les moins civilisés, je puis confirmer tout ce qui précède. La viande qu'ils ont fait cuire est toujours extrêmement tendre, et leurs repas ne demandent que peu de trituration. J'ai examiné un grand nombre d'enfants ayant des mâchoires et des dents parfaites ; cependant, ils se nourrissaient presque exclusivement de *kumara* et de *riwai* mous cuits, et parfois de maïs. Ils refusent même de manger la croûte du pain blanc ordinaire, quand on leur en offre, en disant qu'elle n'est pas assez molle ;

7° Les peuples civilisés consomment actuellement beaucoup plus de viande que précédemment, certains 240 livres par individu par an, et la plupart du temps, quand elle est cuite, elle est bien plus dense et, par suite, nécessite plus de trituration que

si elle est cuite par des peuples primitifs. Le pain, tel qu'il est cuit de nos jours, est dense et comme du caoutchouc, au lieu d'être dur. Or, la chose importante, c'est que les choses denses, surtout si l'on évite l'incision (comme c'est le cas), exigent un mouvement latéral de meulage de la mâchoire inférieure et un développement des muscles ptérygoïdes, ce qui, comme on l'a montré, aboutit à la contraction et non à l'expansion des maxillaires.

*Déglutition.* — Quoiqu'elle ne soit pas d'ordinaire considérée comme faisant partie de l'acte masticatoire, elle en est cependant la phase finale, et il importe de la considérer comme telle, parce que certains des muscles fixés à la mâchoire inférieure participent au mouvement : ce sont ceux de la surface intérieure de la branche horizontale de cette mâchoire et quelques-uns des muscles hyoïdiens. La déglutition peut être anormale, quant à sa nature et à sa fréquence, quoique cela dépende de ce qu'on appelle normal.

La déglutition devient très anormale à ces deux égards. Les races primitives et naturelles mangent beaucoup moins souvent et exercent les muscles de la déglutition beaucoup moins que nous ne le faisons de nos jours. Beaucoup de ces races ne font qu'un repas par jour ; la majorité deux seulement ; tandis que chez les peuples hypercivilisés, 5 ou 6 repas par jour sont très communs. De plus, l'absorption de petites bouchées, comme l'éducation de nos jours le demande, nécessite sans doute plus de contraction des muscles constricteurs que les grosses bouchées des peuples primitifs.

Les efforts spasmodiques de déglutition de nature anormale et chronique sont communs chez les enfants affectés de végétations adénoïdes et de rhinite postérieure. Dans ces cas, l'enfant fait de constants efforts violents pour avaler les végétations post-nasales ou la sécrétion visqueuse épaisse qui est sur la paroi pharyngée postérieure. Le constricteur supérieur, le myco-hyoïdien et le digastrique se contractent souvent, et cela amène une traction sur la mâchoire inférieure vers le dedans.

Nous avons donc, par une analyse, élucidé le fait que le régime alimentaire moderne tend à hypertrophier les muscles qui contractent les maxillaires et à laisser inactifs ceux qui dilateraient les mâchoires.

(*Dental Record*, août 1918.)

---



## TENDANCES ACTUELLES EN DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Par J.-M. WALLS, de Saint-Paul (Etats-Unis d'Amérique).

On a prétendu que la dentisterie opératoire est une science fixe. S'il est vrai qu'aucune branche de médecine curative ou préventive n'a de principes aussi fondamentaux et aussi stables que la dentisterie opératoire, cette idée paraît en accord avec la situation qui existait il y a 30 ans environ.

Au début, les procédés généraux en usage chez les dentistes étaient de réparer avec des obturations les dents brisées ou cariées après enlèvement des parties fragiles et malades. S'il y avait des pulpes à enlever et des canaux radiculaires à obturer, on le faisait sans aucune prétention à l'asepsie. Quand la carie était profonde, la dent branlante, l'extraction était le remède accepté.

Le choix limité des matières obturatrices exigeait l'habitude de les manier, que rendait possible une grande dextérité manuelle, mais qui imposait peu de responsabilité au dentiste.

Les recherches et les découvertes faites en odontologie ont modifié cette situation. C'est ainsi qu'on a été amené à tenir compte des forces qui agissent constamment et des changements amenés par l'usure et par la perte des dents à mesure que l'âge avance. De nouveaux procédés ont été introduits : l'extension pour prévention, les inlays, l'emploi des ciments au silicate, etc. D'ailleurs le progrès marche sans cesse ; une science ne peut demeurer stationnaire ; elle avance ou recule.

Ce n'est pas seulement en prothèse que des idées nouvelles ont changé le cours des idées et les tendances. La radiographie est venue apporter aussi son concours à la dentisterie.

En matière de traitement des dents à pulpe exposée ou à racines infectées, il s'agit avant tout de prévenir la maladie suffisamment pour venir à bout de l'infection des tissus périodontaires. Cela veut dire qu'il faut donner des soins rationnels aux dents et à la bouche, depuis la tendre enfance jusqu'à une période avancée de la vie par la prophylaxie, par des obturations scientifiques et des conseils aux patients sur leur régime alimentaire et les soins de la bouche.

L'introduction d'idées et de méthodes nouvelles ont mis le dentiste en rapports plus intimes avec la profession médicale.

La concentration de l'énergie sur des branches diverses de la pratique a induit à une perfection plus grande de la technique.

Comme exemples concrets des idées qui ont eu un effet tan-

gible sur la dentisterie opératoire, on peut citer les suivants : l'arrêt de la carie et la prévention de l'infection périapicale exigent trois éléments distincts : les mesures prophylactiques, l'obturation ou la restauration, par des obturations aux endroits où la carie ou des espaces intra-dentaires se sont produits, le traitement de la septicémie dans les canaux radiculaires.

Les diverses influences qui se font sentir dans la profession semblent avoir provoqué deux courants nous permettant de discerner, par l'insertion de l'inlay d'or coulé, les conditions suivantes :

1° L'occasion d'appliquer dans une large mesure nos idées d'étendre les contours de la cavité à des limites assurant la permanence de l'opération et la force de la dent ;

2° La possibilité de délimiter les portions occlusales de restauration avec des métaux ;

3° La protection de la pulpe contre l'irritation par l'interposition de ciment ;

4° Un soulagement pour le patient et l'opérateur par une concentration moindre dans les grandes restaurations ;

5° La réduction dans le nombre des couronnes par une large application de l'inlay.

Malgré ces avantages, on a constaté un inconvénient marqué dans l'emploi de l'inlay lorsqu'une des autres méthodes aurait donné des résultats supérieurs, et souvent en économisant beaucoup de temps.

Quant au ciment au silicate, en outre des avantages qu'il possède, il y a une tendance à prendre des mesures temporaires plutôt que des mesures permanentes.

Les progrès réalisés ont produit un sentiment plus profond de responsabilité et augmenté la considération pour les dentistes. Ils ont provoqué une activité mentale plus grande et élargi l'horizon de la dentisterie en augmentant les demandes, quoique le niveau de l'habileté technique ne semble pas avoir été relevé.

Une tendance marquée à la spécialisation s'est fait jour et présente de nombreux avantages, quoique la spécialisation exagérée tende à rétrécir le champ de chacun.

Jamais le public ne s'est montré si disposé à demander les services du dentiste et à le récompenser matériellement en lui accordant de l'estime. Jamais les dentistes n'ont eu d'occasions aussi fréquentes qu'à présent de rendre service au public, et, en conservant leur haut degré de savoir professionnel et de moralité professionnelle, ils sont assurés de conserver le respect, l'estime et la confiance du public.

(*Pacific dental Gazette*, octobre 1918.)

---



## REVUE ANALYTIQUE

*Au sujet de l'article Pickerill « Opinions erronées touchant l'immunité à la carie ».*

Tous les dentistes admettent que la nature de la base de l'alimentation d'un pays a au moins une influence déterminante sur le sain développement des dents et des mâchoires des habitants. L'appareil dentaire doit être exercé et l'exercice doit être ce qu'il convient qu'il soit. Il est aisé de concevoir qu'il peut y avoir excès ou insuffisance d'exercice des maxillaires et que la consommation habituelle de certains aliments peut amener une action musculaire plus ou moins perversie et une intervention des forces musculaires préjudiciable et déformatrice des os. Une autorité reconnue peut soutenir que tel ou tel régime alimentaire est meilleur pour les dents ; mais les preuves valent mieux de nos jours qu'une autorité et un chercheur marcherait sur un terrain plus solide s'il pouvait seulement savoir s'il y avait un caractère physique constant et bien défini dans la base de la nourriture des différents peuples qui avaient de belles dents. Comme il est impossible de se procurer les preuves sûres de l'alimentation des peuples à des époques écoulées depuis longtemps, on s'attache tout particulièrement à se procurer des renseignements sur la nourriture et les habitudes alimentaires des peuples vivant actuellement, primitifs et civilisés. Une enquête de ce genre n'est pas aussi aisée qu'il semblerait, ainsi que le montrent les témoignages contradictoires de divers observateurs. La valeur de ces témoignages doit même éventuellement être amoindrie et annulée par une remarque communément faite, à savoir que, si l'alimentation de bien des peuples a considérablement changé, celle des aborigènes ou des sauvages est restée inchangée. Comme l'a fait observer Stanley Colyer (*Dental Record*, 1916, p. 1 et 629), la nourriture même d'aborigènes habitant loin des routes commerciales est sujette à des changements pouvant affecter les dents et peut préjudicier souvent à leur bien-être physique et moral.

En ce qui concerne les Irlandais qui se nourrissent de pommes de terre et les Ecossais d'avoine, il faut se rappeler que les premiers, étaient sains physiquement et dentairement *avant* la découverte de la pomme de terre et que les Ecossais n'ont pas toujours consommé leur avoine comme maintenant sous forme d'une bouillie molle.

A. Czaplicka dit dans son livre *Mon année de Sibérie* : « Tandis que les habitants du Nord vivent principalement de poisson et de viande, chez ceux des steppes la viande ne représente que 1/3 de leur alimentation... Les Tartares mangent en grande quantité les racines de deux plantes appelées *kandik* et *sarana*... Les Sibériens mâchent incessamment du *syera* (résine), ainsi que des graines de pommes de cèdre de Sibérie ».

Le capitaine Thomas Whiften dit dans son livre *Les Amazones du Nord-Ouest* : « La base de la nourriture des indigènes des bords du

fleuve des Amazones est le manioc. Les racines de manioc subissent de leur part une préparation très soignée, ayant pour but d'éliminer les propriétés toxiques et d'obtenir la farine avec laquelle est fait le pain *cavassa*, lequel est dense et comme du cuir... Ces indigènes mangent une grande variété d'animaux, surtout le singe, dont la chair est ordinairement dense et invariablement insipide ; des perroquets, dont la chair est la plus dense de tous les oiseaux... Ils consomment également l'oiseau moqueur, dont la chair est très dure et peu appétissante, des dindes, des pigeons, des perdrix, des hérons, des canards et oies... Les grenouilles, les serpents et les reptiles sont considérés comme des morceaux de choix... « Les dents de ces indigènes sont grosses et très rarement proéminentes ».

Ces extraits ne sont donnés que comme émanant de voyageurs récents et non dans le but de réfuter la communication du major Pickerill. La vérité c'est qu'il faut encore recueillir beaucoup de données avant de pouvoir se prononcer catégoriquement sur les rapports entre les changements de régime alimentaire et les changements dans la position et la forme des dents.

(*Dental Record*, sept. 1918.)

#### **Traitement des canaux radiculaires.**

M. Milton Waas, de Camden, dans une communication sur ce sujet, aboutit aux conclusions suivantes :

Nous devons : 1° prendre dans tous les cas toutes les précautions possibles ;

2° Prendre en outre les précautions antiseptiques et mécaniques toutes les fois que nous prévoyons des racines fétides ou infectées ;

3° Assurer l'accès direct nécessaire à tous les canaux en sacrifiant la partie coronaire de la dent qu'il y a lieu de sacrifier ;

4° Enlever tout le contenu des canaux radiculaires ;

5° Remplacer tous les tissus enlevés par une matière obturatrice ;

6° N'employer pour ce remplacement que des substances inertes et insolubles dans les tissus environnants dans lesquels ils sont introduits ;

7° N'employer aucun médicament secret à cet effet ;

8° Employer des moyens diagnostiques pour déterminer que : a) tous ces tissus sont enlevés et remplacés ; b) dans tous les cas d'infection les tissus environnants deviennent et restent sains ;

9° Recourir à une intervention chirurgicale : a) apicoectomie, b) exodontie, quand c'est indiqué ;

10° Tenir grand compte de l'état de chaque patient et de l'influence possible du traitement des canaux radiculaires sur leur santé.

(*Dental Cosmos*, juin 1918.)

#### **Mort après l'ingestion d'un dentier.**

En juin 1918 une ouvrière, S. C., avala une fausse dent, qui fut enlevée après opération ; mais elle mourut dans le courant de mars 1919 d'une lésion de la gorge.



## 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.*

**Confection d'une couronne de porcelaine.** — Le procédé suivant est très pratique pour les racines de bicuspides et de molaires et convient spécialement pour les articulations courtes où la couronne d'or n'est pas désirable. Faire une coiffe avec un ou deux pivots, suivant le cas, la placer sur la racine, prendre l'empreinte et l'articulation. Faire des modèles et les ajuster dans un articulateur, enlever la coiffe du modèle, souder autour d'elle, sur les trois côtés, une bande d'or mésio-proximale, linguale et disto-proximale, assez large pour atteindre la face occlusale de la couronne. Choisir une facette de la dimension et de la nuance voulues, souder les crampons de la facette au pivot de la coiffe. Malaxer de la porcelaine synthétique de la nuance voulue pour s'harmoniser avec la face et en remplir la chape qui, ayant trois parois d'or et la face comme paroi buccale, soutient partout la porcelaine. Quand celle-ci est molle, la sculpter pour qu'elle soit en occlusion proximale avec la dent antagoniste dans l'articulateur et, quand elle a bien durci, meuler et polir la porcelaine jusqu'à parfaite occlusion. (*Dent. Rev.*)

**Importance d'un point de contact convenable.** — Le point de contact est le plus important dans une opération. S'il est oublié, la première chose à craindre, c'est la pénétration d'aliments dans l'espace pendant la mastication, ce qui gêne le patient et menace constamment l'obturation à son point le plus faible : le bord gingival. Ou bien les dents peuvent agir ensemble, auquel cas il y aura une surface de contact s'étendant de la face occlusale à la face gingivale, qui amènera les bords de l'obturation en contact avec la surface des dents voisines, et qui pourrait plus sûrement amener la récurrence de la carie.

(*New-York Dent. J.*).

**Technique des inlays de cire.** — Se servir d'une cire à point de fusion élevé qui ne soit pas endommagée par la température du corps. La chauffer à l'eau chaude pour la mettre aisément en position : tailler, enlever, sculpter, polir et monter sur un fil de fer fixé au point de contact ; nettoyer la surface de l'inlay avec de l'acétone et un pinceau en poil de chameau avant d'investir. S'assurer qu'on emploie la quantité voulue d'eau et de matière à investir nécessaire à un mélange parfait.

En malaxant cette matière, frapper le récipient à plusieurs reprises

pour chasser les bulles d'air, verser ladite matière et la laisser prendre pendant 25 minutes ; alors on peut lentement brûler la cire et recuire l'investissement. La coulée peut se faire dans un moule chaud ou froid avec de l'or à 22 ou 24 carats. (*American Dentist.*)

#### **Réduction de l'expansion et de la contraction de l'amalgame.**

— La réduction au minimum de l'expansion et de la contraction d'un amalgame est une affaire de malaxage. Le fabricant peut avoir fait un alliage aussi équilibré que possible, et cependant l'obturation définitive peut échouer par suite d'un emploi peu soigné du mercure dans l'amalgamation, ainsi que dans le foulage de cette matière plastique dans la cavité. Il faut toujours peser dans une balance exacte le mercure et l'alliage, en laissant un très léger excès de mercure pour donner un mélange uniforme et faciliter le foulage. Ne pas enlever cet excès avant que l'obturation ait été complètement foulée avec un fouloir convenable, assez large pour empêcher la formation d'espaces d'air. Enlever l'excès de mercure avec la partie du mélange restant en dehors de ce qui était nécessaire pour l'obturation de la cavité.

(*Pacif. Dent. Gaz.*)

**Traitement post-opératoire de l'extraction.** — Quand un grand nombre de dents ont été extraites en une seule séance sous l'anesthésie locale ou générale, curetter et enlever toutes les saillies, ainsi que les dépôts intersticiels. Ce traitement hâte la résorption, prépare la bouche et donne un grand bien-être au patient pendant l'intervalle.

(*Pacific Dent. Gaz.*)

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES NOMINATIONS D'OFFICIERS DENTISTES

Au moment où la loi du 18 octobre 1918 va recevoir sa première application par la nomination d'un certain nombre de dentistes militaires au grade d'officier, nous croyons de notre devoir d'exprimer, au nom de la F. D. N. et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, notre vive reconnaissance au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé, pour le rôle considérable qu'il a joué dans cette question. Tout en rendant justice aux efforts de son éminent prédécesseur, M. Justin Godart, qui a fait les premiers pas dans cette voie, nous ne saurions oublier que c'est à M. Mourier qu'est dû le dépôt du projet créant des officiers dentistes dans le cadre complémentaire du Service de santé militaire. Nous ne saurions oublier que c'est à M. Mourier et à l'appui qu'il a donné par sa haute autorité à ce projet, que celui-ci a rencontré au Parlement l'accueil qui a assuré son succès.

Rappelons notamment que dans la discussion au Sénat, le 8 octobre 1918, répondant à M. Delahaye, qui proposait l'appellation de *chirurgien-dentiste militaire* au lieu de *dentiste militaire*, M. Mourier demanda à l'assemblée de ne pas accepter l'amendement, proclamant que « le mot *dentiste* n'a rien de péjoratif; que ce serait mal reconnaître les services rendus à l'armée par ces précieux auxiliaires du Service de santé que de l'interpréter ainsi ».

Ajoutons que dans les très nombreuses démarches faites par la F. D. N. lors de la préparation du projet de loi, le Sous-Secrétaire d'Etat s'est toujours montré extrêmement bienveillant et désireux de donner prompt satisfaction aux désirs qui lui étaient formulés. Le président de la F. D. N. et les délégations qui se sont rendus auprès de M. Mourier ont toujours trouvé auprès de lui un bienveillant accueil.

Il n'est que justice d'associer, dans ce tribut public d'hommage et de reconnaissance adressé au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, les noms de ses collaborateurs qui l'ont secondé dans cette tâche, en particulier M. le médecin-major de 1<sup>re</sup> classe Sauvez, attaché à la Section technique de chirurgie au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé pour tout ce qui concerne la stomatologie, qui avait pris à cœur de faire aboutir les justes revendications de la profession dentaire.

On sait que, si l'Ecole dentaire de Paris a, au début des hostilités, pris l'initiative de demander la création de services den-

taires dans l'armée et a créé, en août 1914, le premier service de prothèse maxillo-faciale par son Comité de secours, puis, en 1915, le premier service de traitement des édentés, le Dr Sauvez a, depuis son entrée au Ministère comme chargé de l'inspection des services de stomatologie des régions et du territoire, organisé dans toute la France les services d'édentés du territoire, les centres de prothèse maxillo-faciale, les équipes de chirurgie maxillo-faciale du front et qu'il a provoqué l'augmentation de la solde des mécaniciens-dentistes. C'est plus de titres qu'il n'en faut pour mériter la gratitude de la profession dentaire, et nous sommes heureux de trouver cette occasion de la lui témoigner.

Nous apprenons que d'ici peu il sera nommé une première série d'officiers dentistes.

Tout en regrettant que le décret ne permette pas une promotion portant sur plus de cent noms, il faut songer que, le principe étant admis, il ne s'agit là que d'un commencement et que, avec le temps, cette première liste sera suivie d'une autre, donnant satisfaction aux légitimes espoirs d'un certain nombre de praticiens méritants.

A. BLATTER.

### L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE

Maintenant que l'Alsace et la Lorraine ont fait retour à la France, parmi les multiples questions d'organisation, d'administration, de législation, etc. que soulève cette réunion à la Mère-Patrie, se pose celle du régime à appliquer aux praticiens exerçant l'art dentaire dans ces deux provinces.

On sait que, d'après la loi allemande, appliquée naturellement en Alsace et en Lorraine jusqu'au jour de leur délivrance du joug teuton, l'exercice de l'art dentaire est libre. Il existe néanmoins un diplôme d'Etat, celui de *zahnarzt*, obtenu à la suite d'un examen subi devant une Faculté de médecine, après 3 ans et demi d'études dentaires et médicales, par des candidats pourvus de l'*Abiturienten examen* (baccalauréat). Les conditions d'obtention de ce diplôme ont été fixées par la loi du 15 mars 1909. A côté des *Zahnärzte* exercent sans diplôme sous les noms variés de *Zahn-techniker*, *Dentist*, etc. un très grand nombre de praticiens.

Par rapport à la législation française actuelle les *zahnärzte* peuvent être considérés comme l'équivalent des *chirurgiens-dentistes*, au sens de la loi du 30 novembre 1892, et les *zahn-techniker* ou mécaniciens-dentistes, etc. comme l'équivalent des *dentistes patentés*.



La loi française du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine interdisant l'exercice de l'art dentaire en France à quiconque n'est pas pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste de l'Etat français, on conçoit l'intérêt que présente la question pour les praticiens odontologistes de nos deux chères provinces. En prenant, en effet, la loi de 1892 au pied de la lettre, ils pourraient se considérer non seulement comme frappés de l'incapacité d'exercer dans les départements français, mais encore comme déchus de continuer à exercer dans ces deux provinces, tandis qu'au contraire, les odontologistes français pourraient pratiquer en Alsace et en Lorraine. Il s'agit donc pour eux d'obtenir un tempérament à la loi de 1892, si elle leur est appliquée, par des dispositions transitoires appropriées.

A cet effet, les chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine, Alsaciens et Lorrains d'origine, ont fondé le 12 janvier 1919 à Strasbourg une Société professionnelle sous le nom d'*Association des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine*.

Tous les chirurgiens-dentistes alsaciens et lorrains, sauf trois, étaient présents ou s'étaient fait représenter. Ils ont constitué un Comité exécutif composé de MM. le Dr Lévy, président, Dr Lickteig, G. Wagner, Wendel, Wisner, Dr Hamman, chargé de se mettre en rapport avec le Gouvernement français pour lui soumettre leurs vœux.

Ces vœux sont les suivants :

1<sup>o</sup> *Au point de vue de l'enseignement*, délivrance du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste français à ceux des possesseurs du diplôme allemand de *Zahmarzt* qui obtiendront également la nationalité française ;

2<sup>o</sup> *Au point de vue de l'exercice*, application de la loi du 30 novembre 1892 avec ses dispositions transitoires, et application par la suite en Alsace et en Lorraine du décret du 11 janvier 1909 réglementant les études qui habilitent à l'exercice de l'art dentaire en France, en ce sens que, pour pouvoir exercer l'art dentaire, il faudra justifier de la possession du diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste après 5 ans d'études dans une école dentaire.

Par mesure transitoire, maintien aux *Zahntechniker* qui obtiendront la nationalité française du droit d'exercer comme par le passé s'ils se sont établis en Alsace-Lorraine avant le 1<sup>er</sup> août 1914, ou s'ils justifient qu'à cette date ils avaient, après un apprentissage régulier de 4 années, été occupés en outre pendant 3 ans dans un cabinet dentaire. Ils ne pourraient toutefois exercer que sous le titre de *dentiste*, comme en France les dentistes patentés en 1892, à l'exclusion de toute autre mention ou appellation.

En particulier les *Zahntechniker*, ayant subi l'épreuve instituée en 1914 en Alsace-Lorraine par application des *Dispositions exécutoires de l'article 122 de la loi d'Empire sur les assurances* et qui devait leur permettre de traiter les membres des Caisses d'assurances contre la maladie et les accidents, ne pourraient se prévaloir d'un titre spécial, car, d'après la réglementation proposée, tous les dentistes rempliraient les conditions exigées pour traiter les malades membres de ces Caisses.

A la suite de la visite à Paris, à la fin de novembre 1918, de confrères membres de la Société habitant Strasbourg, les présidents du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la F. D. N., préoccupés de la situation nouvelle faite aux provinces reconquises, ont chargé un confrère mobilisé dans cette ville, M. Guebel, chef de clinique à l'E. D. P., d'aller saluer, au nom de nos Sociétés, les confrères d'Alsace-Lorraine, de les renseigner sur l'organisation de la profession en France et de s'informer de leurs desiderata.

L'*Association des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine* s'est adressée à la F. D. N. pour lui demander son intervention auprès du Gouvernement français afin de faire réaliser ses desiderata.

La F. D. N. s'est empressée de saisir de la question, d'une part, les Ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique, d'autre part, le Haut Commissaire du Gouvernement français en Alsace-Lorraine. Elle leur a en même temps communiqué le vœu émis par son Bureau dans sa séance du 21 janvier tendant à ce que la loi du 30 novembre 1892 soit appliquée, avec toutes ses dispositions transitoires, aux Alsaciens-Lorrains et que, au point de vue de l'enseignement, le décret du 11 janvier 1909 soit appliqué sur le principe des écoles dentaires françaises reconnues d'utilité publique.

Après un échange de correspondances avec les confrères qualifiés et une entrevue qui vient d'avoir lieu à l'Ecole dentaire de Paris le vendredi 28 mars, entre le bureau du Groupement, les Présidents de la F. D. N. et de l'A. G. S. D. F. et M. le D<sup>r</sup> Lickteig, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg et son frère, il est résulté une entente sur un projet de vœux sur les bases indiquées ci-dessus à présenter aux pouvoirs publics.

La question en est là; nous aurons certainement occasion d'y revenir soit pour faire connaître ses développements ultérieurs, soit pour indiquer la solution qui sera définitivement adoptée.

---



### SOCIÉTÉ DES DENTISTES ALSACIENS ET LORRAINS <sup>1</sup>

Cette Société, fondée le 8 janvier 1899, a tenu, le 2 mars, à Strasbourg, à l'hôtel de l'Union, son assemblée générale. L'ancien comité ayant démissionné pour des raisons spéciales, il incombait à l'assemblée de constituer un nouveau comité, composé d'éléments, donnant toutes les garanties nécessaires à l'exécution de ses fonctions.

Ont été nommés : président, M. Ed. Ziegler, Schlestadt ; vice-président, M. H. Lévy, Strasbourg ; secrétaire, M. E. Schaeffer, Ribeauvillé ; secrétaire-adjoint, M. L. Schwob, Mulhouse ; caissier, M. Fr. Attig, Mulhouse.

Le comité se charge de la défense des intérêts de ses adhérents.

---

### EXPOSITION DE STRASBOURG

Une exposition aura lieu cette année à Strasbourg au mois de juin, sous le haut patronage du Gouvernement.

Elle sera installée dans le Palais de la Place de la République (ex-Palais de l'Empereur) et sur divers emplacements voisins.

Son but est de mettre sous les yeux de nos compatriotes de l'Alsace et de la Lorraine ceux de nos produits qui les intéressent plus spécialement, et de montrer en même temps à nos industriels et commerçants les produits que peuvent fournir nos provinces recouvrées.

Il convient donc de ne comprendre dans cette Exposition que des produits non susceptibles de concurrencer directement ceux d'Alsace et de Lorraine.

Le Comité français des expositions a tenu à cet effet à la Bourse de Commerce, rue du Louvre, le lundi 17 mars 1919, à 14 h. 30, une réunion ayant pour but de recueillir les adhésions et de procéder à la constitution des classes.

Rappelons que notre directeur, M. Godon, est membre de ce Comité.

Les groupes, sections et classes seront constitués sur la même base qu'à l'Exposition de Gand en 1913.

Cette classification n'est pas encore terminée, mais dès à présent sont constitués le groupe de l'*Economie sociale* et celui des *instruments de chirurgie* et de *médecine, chirurgie, hygiène*, intéressant plus particulièrement nos groupements.

---

1. Il s'agit des praticiens qui ne possèdent pas le diplôme de *zahnarzt* et sont seulement *Dentist* ou *Zahntechniker*.

## MÉDECINS ET VÉTÉRINAIRES DES RÉGIONS LIBÉRÉES

Le Ministre des régions libérées a rappelé aux médecins antérieurement établis dans les localités ruinées par la guerre que, pour faciliter leur réinstallation aussi rapide que possible dans la même localité ou le même secteur de population, il a été décidé que, pendant une période de deux ans, renouvelable année par année, une indemnité temporaire exceptionnelle ne devant pas excéder 500 francs par mois pourra leur être accordée, sans préjudice des autres allocations à percevoir du fait de leur participation aux services d'assistance et d'hygiène, notamment à l'assistance médicale gratuite dont le relèvement des tarifs est à l'étude.

Ils peuvent, en outre, sans parler des cessions de matériel qui doivent leur être consenties sur demande par le Service de santé, se faire allouer une avance maxima de 10.000 francs imputable sur leur indemnité de dommages de guerre pour la reconstitution immédiate de leurs mobilier et outillage professionnels.

Les mêmes facilités sont prévues pour la réinstallation des vétérinaires.

Toutes les demandes doivent être adressées par les intéressés aux Préfets.

La F.D.N. s'est préoccupée de cette question et, par une lettre en date du 27 mars 1919, a demandé au Ministre des régions libérées que les chirurgiens-dentistes et dentistes établis dans ces régions et dont le mobilier, le matériel et l'outillage ont été emportés, détruits ou endommagés par l'ennemi puissent bénéficier de la même mesure que les médecins et vétérinaires.

---

## SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS

### CONSEIL DE DIRECTION

Le Conseil d'Administration a repris le 14 janvier 1919 ses *réunions mensuelles du soir*, qui avaient été interrompues par la guerre.

En ouvrant la séance, le *président-directeur*, M. Godon, a prononcé une allocution.

Il adresse de cordiales salutations à ses collègues du Conseil à l'occasion de cette nouvelle séance du soir, qui marque la reprise



normale du fonctionnement de la Société et de l'activité du Groupement, dont il énumère les revendications qu'il va falloir poursuivre dès maintenant.

Il salue les membres mobilisés du Corps enseignant nouvellement affectés à l'Ecole et particulièrement M. Miégeville, présent à la séance, qui vient d'être affecté au Gouvernement militaire de Paris et peut ainsi pour la première fois depuis 4 ans et demi assister à une séance du Conseil.

M. Miégeville remercie le président et ses collègues des démarches faites par le Groupement auprès du Service de santé militaire pour obtenir son rappel à Paris.

Le président est heureux de faire savoir que ces mêmes démarches ont eu pour résultat l'affectation au Gouvernement militaire de Paris de MM. Audy, Dreyfus, Lemièrre et Desforges.

Il fait connaître les différentes questions dont s'est occupé le Groupement en dernier lieu :

a) Réorganisation de l'enseignement, de son personnel et de son programme, ainsi que la passation des épreuves pratiques du 3<sup>e</sup> examen de chirurgien-dentiste dans les Ecoles dentaires.

b) Réorganisation, pour l'après-guerre, des services dentaires et le maintien des dispensaires militaires des Ecoles dentaires.

Il donne lecture des vœux émis à ce sujet par la Commission spéciale dans ses séances des 8 et 10 janvier et qui seront adressés à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé <sup>1</sup>.

c) Mesures réparatrices dont bénéficieront les étudiants en chirurgie dentaire mobilisés, au même titre que les étudiants en médecine et en pharmacie et pour l'adoption desquelles le directeur de l'Enseignement supérieur a pris conseil et avis de MM. Godon, Frey et G. Villain.

Le Président fait remarquer que, d'une part, cet appel du Directeur de l'Enseignement supérieur aux conseils du Groupement, ainsi que l'entente avec la Faculté de médecine au sujet des examens et, d'autre part, le vote de la loi créant le grade d'officier dentiste consacrent l'évolution qui s'est produite dans la profession dentaire ; il y a lieu pourtant de faire de nouvelles démarches pour obtenir :

1<sup>o</sup> L'application de la loi du 18 octobre 1918 avec augmentation du nombre des officiers dentistes et élévation des grades auxquels ils auront droit ;

2<sup>o</sup> La création du doctorat en chirurgie dentaire afin que le chirurgien-dentiste français devienne l'égal de ses confrères étrangers.

---

1. Ces vœux ont été publiés dans le numéro de janvier, p. 50 à 52.

Le principe de ces nouvelles revendications est adopté, et il est décidé qu'elles seront soumises à la F. D. N. afin qu'elle se charge de se joindre au Groupement de l'Ecole pour en poursuivre la réalisation.

M. Godon fait savoir qu'il a adressé, au nom du Groupement et au nom de ses amis de l'Ecole, à M. G. Villain au moment de son embarquement à Bordeaux, un télégramme lui souhaitant un bon voyage.

M. Blatter, le directeur-adjoint, rend compte des démarches qu'il a faites au Sous-Secrétariat du Service de santé pour obtenir :

1<sup>o</sup> Que les étudiants en chirurgie dentaire bénéficient des mesures prises récemment en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie ;

2<sup>o</sup> Que tous les membres du Corps enseignant de l'Ecole soient rappelés afin qu'ils puissent reprendre leurs fonctions à l'Ecole.

Il résulte des renseignements donnés au Sous-Secrétariat du Service de santé que des demandes individuelles doivent être faites pour les dentistes du Corps enseignant comme elles ont été faites pour les docteurs en médecine et les pharmaciens.

Il est décidé que ces demandes individuelles seront faites.

Telles sont, entre autres, quelques-unes des questions traitées dans cette séance.

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

### BUREAU

*Extrait du procès-verbal de la séance du 21 janvier 1919.*

Le président, M. Blatter, informe le Bureau que la loi créant le grade d'officier dentiste a été votée le 18 octobre 1918 et que les décrets assurant l'exécution de cette loi ont été promulgués, puis insérés à l'*Officiel* le 19 janvier 1919.

Il dépose sur le Bureau tous les documents montrant l'action puissante de la F. D. N. dans l'élaboration de la loi.

Le Président fait également savoir qu'il a été saisi par le président du Conseil d'Administration de l'Ecole dentaire de Paris du désir de ce Conseil de voir la F. D. N. continuer ses rapports avec les Pouvoirs publics en vue de l'évolution professionnelle et afin d'obtenir la création du Doctorat en chirurgie dentaire, le titre de *Docteur en chirurgie dentaire* devant remplacer celui de *Chirurgien-Dentiste*.

A l'effet de cette nouvelle campagne M. Godon dépose sur le



Bureau la brochure dont il est l'auteur et relative au Doctorat en Chirurgie dentaire.

Il fait connaître les vœux adoptés par la Commission spéciale pour l'organisation des services dentaires militaires d'après-guerre; ces vœux ont subi quelques modifications de détail au cours d'une réunion entre MM. Godon, Frey et Sauvez.

Ces vœux et modifications sont adoptés par la F. D. N.

M. Godon fait également savoir que ces vœux ont été remis par lui à M. le sénateur Strauss le samedi 18 janvier.

MM. Godon et Blatter informent de la mission dont a été chargé un confrère de Strasbourg en vue de constituer un groupement des Chirurgiens-Dentistes d'Alsace-Lorraine, groupement qui serait une Société filiale de la F. D. N.

Ils font également savoir que la question de l'exercice légal de l'Art dentaire en Alsace-Lorraine a déjà été examinée et qu'au cours d'une entrevue au Ministère de l'Instruction publique, M. Godon a proposé que la loi de 1892 avec ses dispositions transitoires soit appliquée en Alsace-Lorraine et que le décret du 11 janvier 1909 soit appliqué au point de vue de l'enseignement sur le principe des écoles dentaires.

---

### Université de Paris, Faculté de médecine.

*Année scolaire 1918-1919.*

### DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

EXAMENS. SESSION DE JUIN-JUILLET 1919.

#### I. — *Nouveau régime* (décret du 11 janvier 1909).

1<sup>o</sup> Examen de validation de stage dentaire.

La session s'ouvrira le lundi 16 juin 1919.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de 2 années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 2 et mardi 3 juin 1919, de midi à 3 heures.

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

2<sup>o</sup> 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> examens de fin d'année, et 1<sup>re</sup> partie du 3<sup>e</sup>.

La session s'ouvrira le 1<sup>er</sup> juillet 1919.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté,

les lundi 16 et mardi 17 juin 1919, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit et douze inscriptions.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 7, mardi 8 juillet 1919 de midi à 3 heures, en faveur des titulaires du certificat d'aptitude à la 1<sup>re</sup> partie dudit examen.

3<sup>o</sup> 2<sup>e</sup> partie du 3<sup>e</sup> examen de fin d'année.

La session s'ouvrira le lundi 21 juillet 1919.

N. B. — Les candidats aux 3 examens 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<sup>er</sup> examen ; 30 francs pour le 2<sup>e</sup> et chaque partie du 3<sup>e</sup> 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 mardi 1<sup>er</sup> juil et 1919.

Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les lundi 16 et mardi 17 juin.

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 fr. pour le 1<sup>er</sup> examen, 30 fr. pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> examens ; 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

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

N. B. — Pour renseignements et pièces à produire en vue des examens, s'adresser au Secrétariat de la Faculté tous les jours, de midi à 3 heures.

## SESSION SUPPLÉMENTAIRE

On annonce qu'une session supplémentaire d'examens de chirurgien-dentiste aura lieu du 7 au 12 avril 1919.

Les épreuves pratiques du 3<sup>e</sup> examen seront subies pour la première fois à l'Ecole odontotechnique, conformément à la demande que nous avons formulée touchant l'application du décret du 11 janvier 1909, en ce qui concerne les épreuves pratiques du 3<sup>e</sup> examen dans les écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

Les épreuves pratiques de la session de juillet seront subies à l'Ecole dentaire de Paris.



## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN GRANDE-BRETAGNE

La presse d'Outre-Manche consacre en ce moment de longs et nombreux articles à l'exercice de l'art dentaire, tel qu'il a lieu conformément à la réglementation qui le régit dans le Royaume-Uni. Une Commission nommée par le Lord Président du Conseil pour étudier et proposer les modifications à apporter au *Dentist's Act* et présidé par M. F. D. Acland, membre du Parlement, a déposé son rapport le 25 février dernier.

Ce rapport estime que de graves maux pouvant résulter de la pratique de l'art dentaire par des individus non qualifiés conformément au *Dentist's Act*, l'Etat doit sans délai prendre des mesures pour reconnaître la dentisterie comme un des principaux moyens — sinon comme le principal — de prévenir la maladie et pour éclairer, par tous les moyens possibles, le public sur la nécessité du traitement conservateur des dents malades.

L'Etat ne peut pas permettre, continue le rapport, que la santé de tous les travailleurs de la nation soit continuellement minée par la négligence des soins dentaires.

La profession dentaire doit être considérée comme un des postes avancés de la médecine préventive et, comme telle, encouragée et aidée par l'Etat. Le traitement dentaire doit être mis à la portée de tous ceux qui en ont besoin.

*La situation fâcheuse actuelle, ajoute-t-il, qui permet à un individu sans instruction générale et sans études spéciales, d'exercer comme dentiste, d'exécuter des opérations chirurgicales sur les dents et les mâchoires, en causant des dommages indicibles et en jetant un discrédit immérité et le déshonneur sur une profession scientifique est intolérable et exige un remède immédiat.*

La Commission conclut en demandant :

- 1° Une modification de la loi de nature à empêcher l'exercice de la dentisterie par toute personne non enregistrée ;
- 2° L'enregistrement sous certaines conditions de praticiens dentistes non enregistrés ;
- 3° Une réduction du minimum de temps exigé des étudiants en chirurgie dentaire pour obtenir un titre ;
- 4° Le traitement dentaire assuré aux femmes enceintes et aux enfants au-dessous de 5 ans ;

5° Le perfectionnement aussi rapide que possible d'un mode approprié de traitement dentaire scolaire;

6° La création de services dentaires publics;

7° L'emploi dans les services dentaires scolaires et publics d'infirmiers dentaires ou d'assistants dentaires dirigés par des dentistes enregistrés;

8° La création de bourses pour les étudiants en dentisterie avec allocations appropriées;

9° L'enregistrement, après de courtes études et un examen, des mécaniciens-dentistes employés comme tels pendant 5 ans avant la présente année;

10° Des bourses aux mécaniciens-dentistes;

11° Augmentation des subventions aux écoles dentaires;

12° Nomination d'une Commission spéciale pour admettre les praticiens non enregistrés;

13° Une enquête approfondie et complète sur l'effet des maladies dentaires sur la santé générale;

14° La nomination d'un Conseil dentaire de surveillance et de direction de la profession dentaire, sous la dépendance du Conseil médical général;

15° Le paiement d'un droit annuel de pratique de 125 francs;

16° Un contrôle spécial des compagnies publiques exerçant la dentisterie.

Le rapport ajoute qu'avec la loi actuelle tant qu'une personne non enregistrée ne se qualifie pas dentiste ou praticien dentiste, elle peut librement exercer la dentisterie et aviser le public qu'elle le fait. Il en résulte qu'un grand nombre de personnes se sont engagées dans cette pratique et que le public en éprouve de graves inconvénients.

Le public ignore totalement les nombreuses et graves maladies qui accompagnent l'absence de soins dentaires. — 50 % des maladies sont dues à cette absence.

Ajoutons que la Commission représente toutes les nuances des opinions politiques. Elle comprend le président (libéral), Sir Francis Lowe (conservateur), M. Blizard (parti du travail); Sir Arthur Newsholme, Sir George Newman, médecins placés à la tête du Conseil du Gouvernement local; Sir Almeric Fitzroy, du Conseil Privé, qui dirige l'instruction générale et l'instruction professionnelle des dentistes; Lord Knutsford, directeur du London Hospital; deux dentistes distingués et un représentant des praticiens non enregistrés, M. W. F. Bowen.

(*The Globe, The Times, Daily Telegraph, Daily Chronicle, Westminster Gazette, Morning Post*).



## BIBLIOGRAPHIE

---

### Leçon d'ouverture du cours de Stomatologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Notre confrère M. Th. Raynal, chargé du cours de Stomatologie à l'Ecole de médecine de Marseille, a publié en une brochure de 21 pages sa leçon d'ouverture de ce cours faite le 14 novembre 1918, qui avait paru dans le *Marseille-Médical* du 1<sup>er</sup> décembre suivant.

Après les remerciements d'usage, l'auteur, qui est un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, signale qu'il a eu d'abord la pensée d'exposer sa conception de la spécialité dentaire, mais le temps très court dont il dispose ne lui permet pas d'insister longuement sur les conditions et les détails historiques qu'il aurait aimé introduire dans sa leçon d'ouverture.

Il définit la Stomatologie, fait un très rapide historique de l'art dentaire, mentionnant sommairement les praticiens les plus célèbres, s'étendant sur la réglementation aux diverses époques, parlant de la création des écoles dentaires, analysant la loi de 1892. Il indique les trois catégories de praticiens de l'art dentaire avec les différences et les idées qui les séparent, expose ses idées personnelles et trace à grands traits le programme d'enseignement qu'il suivra.

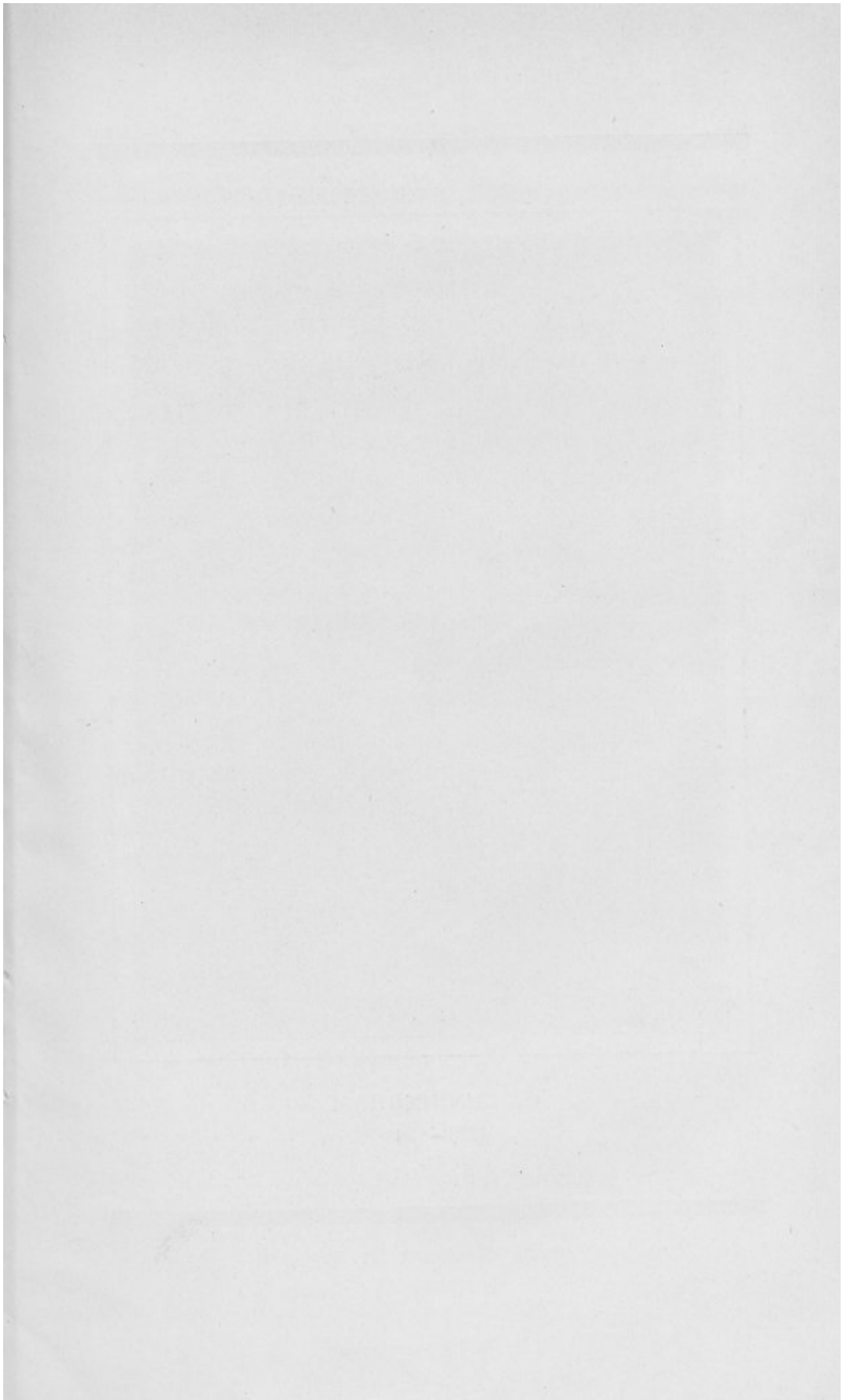
---

### Livres reçus.

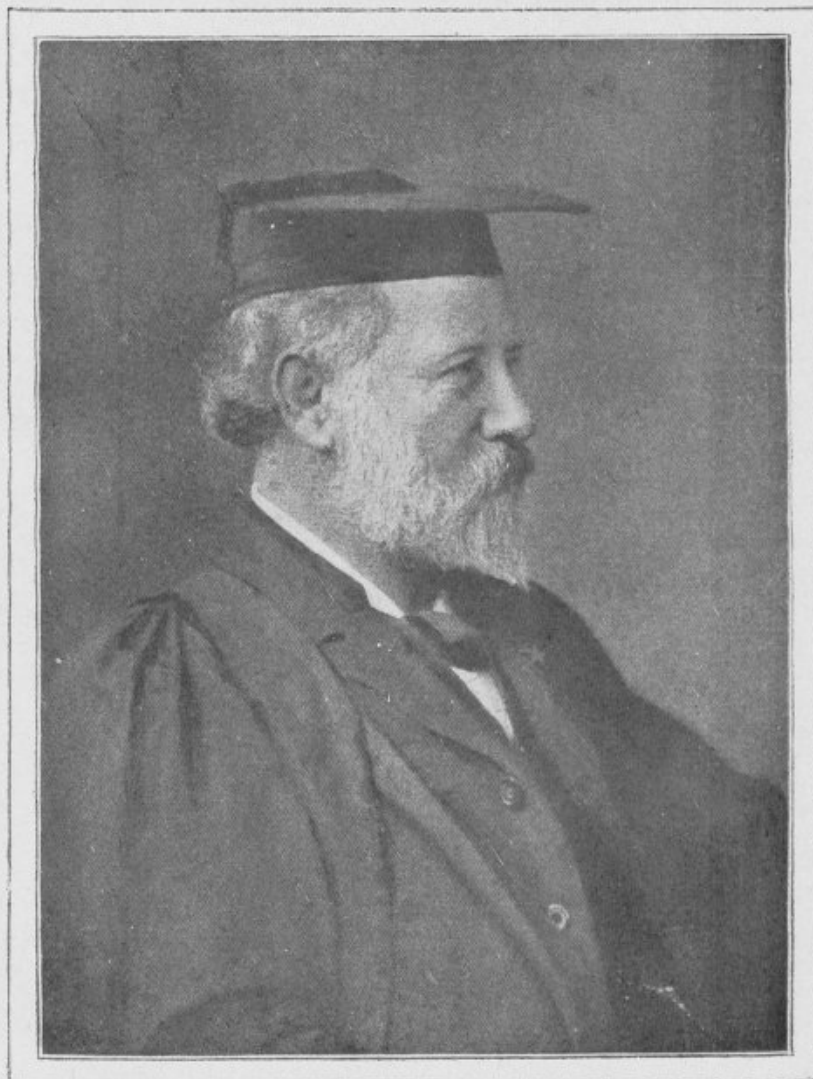
Nous avons reçu le compte rendu, en 3 volumes, du Congrès dentaire Panama-Pacifique tenu à San-Francisco en septembre 1915.

Nous analyserons ces volumes dans un prochain numéro.

---







G. CUNNINGHAM  
1852-1919

---

## NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> G. Cunningham.

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris apprend avec peine que le D<sup>r</sup> Georges Cunningham, de Cambridge, est décédé à Londres, dans un hôpital, le 5 mars 1919, à l'âge de 67 ans. Il avait quitté son domicile, il y a plusieurs mois, pour faire des conférences sur la dentisterie aux soldats britanniques en France; il avait été atteint d'une bronchite grave autrefois et c'est à une attaque bronchitique aiguë qu'il a succombé en quelques jours.

Il était né en 1852 à Edimbourg, où il étudia à l'Université. Puis il vint à Paris, où il s'intéressa à la dentisterie. Il alla faire ses études dentaires à l'Université de Harvard, dont il fut diplômé. Il commença à exercer à Wisbech avec son frère, puis alla en 1883 s'établir à Cambridge et en 1887 il obtint le diplôme de L. D. S. du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre.

Cunningham suivait assidûment les Congrès dentaires internationaux, et même les Congrès dentaires nationaux français, où il jouait un rôle remarqué et où il présentait toujours quelque contribution appréciée. Il fit même des communications à la Société d'Odontologie de Paris et fournit à l'*Odontologie*, dont il était un des principaux collaborateurs, des travaux originaux.

Praticien habile, renommé autant qu'estimé, il préconisait la prévention de la carie dentaire par l'examen méthodique de la bouche à intervalles réguliers.

L'expérience l'avait amené à penser que la carie dentaire peut être prévenue par de simples soins, par la propreté de la bouche et des dents et que la négligence de ces soins et de cette propreté provoque beaucoup de souffrances inutiles dues à la maladie.

La prévention de la carie dentaire devint sa pensée constante et, convaincu que, si la première molaire de la dentition permanente était surveillée et préservée de la carie, les autres dents pourraient de même être préservées et conservées saines, il proposa aux autorités scolaires de Cambridge d'organiser l'hygiène dentaire scolaire comprenant l'inspection et le traitement des dents des enfants des écoles primaires. Sa proposition fut adoptée et les succès obtenus ont été surprenants: la santé fut rendue à des milliers d'enfants, aujourd'hui adultes, qui



possèdent des dents saines et jouissent d'une bonne digestion et par suite d'une nutrition parfaite.

Il avait eu l'heureuse idée de faire servir le cinématographe à la démonstration de la nécessité de l'hygiène dentaire et les essais auxquels il s'était livré à cet égard avaient donné des résultats pleins de promesses pour l'avenir.

C'est ainsi que pendant la guerre dans les conférences qu'il faisait sur le continent aux troupes britanniques il présentait au moyen de représentations cinématographiques le développement et la carie des dents. Il avait perfectionné le masque contre les gaz asphyxiants pour qu'il ne pût plus communiquer d'infection.

Si l'hygiène dentaire était sa préoccupation favorite, il s'appliqua également à faire modifier par les Pouvoirs compétents le programme des études dentaires et à faire régler le statut professionnel des membres de la profession.

Pénétré de la nécessité d'établir des liens entre les odontologistes des divers pays, notamment entre ceux d'Angleterre et des Etats-Unis d'Amérique, d'une part, et de France, d'autre part, il s'employa activement à des tournées de propagande dans les divers pays pour réaliser sa conception. Il fut un véritable agent de liaison ou, comme il se qualifiait plaisamment lui-même, *un commis-voyageur* pour les relations dentaires internationales.

Aussi, à la suite du Congrès dentaire international de 1900 à Paris, fut-il un des fondateurs de la F. D. I. Membre du Conseil exécutif, du Bureau, de la Commission d'enseignement et de la Commission d'hygiène des services dentaires publics, il fit preuve d'une grande activité et d'une grande assiduité aux sessions annuelles de cette Fédération.

Particulièrement intelligent, très vif et sympathique à tous, sa physionomie ouverte est bien familière aux dentistes français, au milieu desquels il venait depuis plus de 30 ans. Maniant aisément la langue française, plein d'humour et d'originalité, il ne comptait parmi eux que des amis.

Il a été incinéré le 8 mars.

M. Paterson, de Londres, a prononcé un discours dans lequel il a retracé la vie si active du défunt.

Avec Cunningham disparaît une grande figure de la profession odontologique dans laquelle il laissera le souvenir d'un praticien éclairé, à l'esprit clair, utile à la science et surtout à l'hygiène dentaire, qui a beaucoup produit et dont les productions sont marquées au coin de l'originalité de la pénétration et d'une grande largeur de vues.

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, dont il était

membre honoraire, salue sa disparition avec émotion et avec de profonds regrets et adresse ses sincères condoléances à la *British Dental Association*, dont M. Cunningham faisait partie.

---

**Armand Cyboule.**

Nous apprenons le décès de notre confrère M. Armand Cyboule, de Pontoise, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

---

Notre confrère M. Robert Morche, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, décédée le 18 mars 1919, à l'âge de 34 ans.

Nous exprimons à notre confrère nos bien vives condoléances et nos sincères regrets.

---

Notre confrère M. Bruant, dentiste-militaire, vient d'être éprouvé par la perte de sa grand'mère, M<sup>me</sup> Vve Bruant, décédée, à Nice, le 17 mars, dans sa 91<sup>e</sup> année.

Nous adressons à notre confrère nos sincères condoléances.

---



## LIVRE D'OR DES DENTISTES

---

### CITATION A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir la citation suivante :

**HOUSSET (P.)**, dentiste militaire, chef du Centre de Prothèse, 8<sup>e</sup> armée.

« Affecté à la mobilisation au 260<sup>e</sup> R. I. comme brancardier régimentaire, a pris part avec ce régiment aux affaires d'Alsace (d'août 1914 à octobre 1915) et à la campagne de Serbie (de novembre 1915 à octobre 1916). Y a fait preuve des plus belles qualités de courage, de dévouement et de sang-froid en allant volontairement sous le feu de l'ennemi relever les blessés de son régiment, notamment à Chavannes, à Burnhaupt (Alsace, août et septembre 1914) et à Demir-Kapou, Dova Tépé (Lac Doiran, Serbie) 1915-1916. »

Ordre, n<sup>o</sup> 183. — Croix de guerre.

Nous adressons nos félicitations à notre confrère.

---

## NOUVELLES

---

### Fête annuelle des élèves de l'École dentaire de Paris.

La fête annuelle des élèves de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le dimanche 23 février 1919 à l'Hôtel des Sociétés savantes, l'après-midi.

Le programme comprenait une partie de concert, des monologues, des morceaux de chants et de musique, des poésies, et une revue en deux actes intitulée : *Foutez-nous... l'apex*.

La Revue fut précédée d'un boniment annonçant la création de l'Association amicale de l'art dentaire, qui a pour but de venir en aide, au moyen de prêts remboursables, aux étudiants dans l'impossibilité matérielle, par suite de la guerre, de continuer leurs études.

Comme toujours la verve des jeunes gens s'en est donné à cœur joie. La satire n'a pas manqué dans les couplets.

Cette revue présentait cette particularité qu'elle était le fruit du travail d'un certain nombre d'étudiants, contrairement à ce qui se passait antérieurement, où leurs devanciers empruntaient le concours professionnel.

Un comité fut organisé entre élèves de l'Ecole, et chacun des membres de ce comité a fourni, dans la mesure de ses moyens, ce qu'il était capable d'élaborer.

Pour ménager toutes les susceptibilités les auteurs ont eu l'idée d'englober sous le pseudonyme aggloméré « Roseglenweiss-fourdeghulbroc » une partie des noms de ceux qui participèrent à la composition de cette revue.

L'analyse de cet aggloméré fait trouver : Dr Le Norcy, Brochier, Mlle Weisse, qui ont écrit un grand nombre de chansons et de récits. Puis ont été ajoutées les compositions de Ségal S., Hulin, Fournier, Dégus et Rosenstrauch. M. Chazal, l'ami infortuné, prêta aussi son concours, en nous fournissant deux scènes : *Gavroche à la Clinique* et la *Chanson des Mutilés*.

Pêle-mêle, tous les couplets et toutes les scènes des auteurs ci-dessus ont été assemblés et classés par M. Fournier pour former un tout qui puisse avoir un sens.

Le Comité, constitué par la réunion de tous ceux qui prêtèrent leur concours, prit connaissance de cet assemblage, et y apporta quelques modifications.

Le tout mis au point, M. Hulin fut nommé régisseur de la par-



tie Revue et responsable des répétitions bi-hebdomadaires et de la représentation ; M. Fournier, régisseur de la partie concert.

M<sup>lle</sup> Miette A. fut nommée secrétaire, et M. Bracq fut l'accompagnateur de toute la partie Revue.

Chacun des auteurs avait apporté sa note : Rosenstrauch, dit Toto, les couplets bon enfant pleins d'entrain ; Segal, des chansonnettes gamines ; Le Norcy, genre des vieux couplets montmartois ; Mlle Weisse, un esprit bien parisien et justement critique ; Fournier, le premier, eût la tâche de commencer à juxtaposer les scènes pour mettre la Revue sur pied ; Despres, donna une collaboration précieuse ; Hulin, créa de nombreux jeux de scène, organisa les répétitions et fut régisseur ; Brochier, avec son esprit malicieux pimenta la Revue.

Cette fête a été très réussie et a obtenu un grand succès. La salle était comble. Les organisateurs de la fête et les auteurs de la Revue ont droit à toutes nos félicitations et nous les leur adressons de bon cœur.

---

#### Mission.

L'Ecole dentaire de Paris a reçu la visite des professeurs Eugène et Alfred Lickteig, de la Faculté de médecine de Strasbourg, envoyés en mission pour étudier le fonctionnement de l'enseignement odontologique, afin d'organiser cet enseignement dans cette Faculté.

L'Ecole a fait le meilleur accueil aux professeurs Lickteig et s'est mise à leur disposition pour leur fournir tous les renseignements qui leur sont nécessaires.

---

#### Félicitations.

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a reçu un télégramme de la Société odontologique espagnole adressant ses plus enthousiastes félicitations pour le succès des démarches en vue de l'obtention du grade d'officier dentiste.

---

#### Distinction.

Nous apprenons avec plaisir que M. Georges Villain, au cours de sa mission actuelle aux Etats-Unis d'Amérique, a été nommé membre honoraire de l'Institut dentaire de l'Université

de Louisville (Kentucky), où il a fait une conférence le 27 février.

C'est la première fois que ce titre est conféré.

Nous adressons nos félicitations à notre actif et dévoué confrère.

---

#### Nouvel établissement de stomatologie.

Nous apprenons la création, le 18 mars courant, à Naples, 4, Piazzia Municipio, d'un Institut de stomatologie, où l'enseignement sera donné suivant les idées modernes.

Le 20 avril prochain paraîtra le premier numéro d'une revue sous le titre de *La Riforma della stomatologia* (La Réforme de la stomatologie), organe de l'Institut.

Nous souhaitons bonne chance à ces deux nouvelles créations.

---

#### Nomination.

C'est avec la plus grande satisfaction que nous enregistrons la nomination de M. Millerand, député, aux fonctions de Commissaire général de la République à Strasbourg.

Nous prions M. Millerand, qui est membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, de vouloir bien agréer nos chaleureuses félicitations.

---

#### Société d'Odontologie de Paris.

La prochaine réunion de la Société d'Odontologie aura lieu le mardi 1<sup>er</sup> avril 1919, à 9 heures précises du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Correspondance.
  - 2<sup>o</sup> Recherches sur la pathogénie et le traitement de la pyorrhée alvéolaire, par le D<sup>r</sup> Mendel Joseph.
  - 3<sup>o</sup> De quelques préjugés en thérapeutique dentaire, par le D<sup>r</sup> Maurice Roy.
  - 4<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière.
  - 5<sup>o</sup> Questions diverses.
- 

#### A. F. A. S.

Le Conseil d'administration de l'A.F.A.S. s'est réuni au siège



de l'Association le lundi 3 mars 1919, à 17 heures, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Examen des comptes de 1918 et budget de 1919.
- 2<sup>o</sup> Attribution des subventions de 1918.
- 3<sup>o</sup> Affaires financières (amortissement d'obligation).
- 4<sup>o</sup> Conférences de 1919.
- 5<sup>o</sup> Projet de Congrès pour 1919.
- 6<sup>o</sup> Affaires diverses.

Le Conseil a décidé qu'il n'y aura pas de Congrès en 1919 et que la session sera remplacée par quelques conférences supplémentaires en province, notamment en Alsace-Lorraine.

La prochaine session n'aura lieu qu'en 1920, à Strasbourg, très probablement.

---

#### Aide confraternelle.

Le Comité de *l'Aide confraternelle* s'est réuni le 20 mars 1919 pour examiner diverses questions relatives à des demandes de secours et à la réinstallation de confrères des régions libérées.

En présence des nombreuses infortunes à soulager, le Comité a décidé de faire appel de nouveau à la générosité des confrères qui n'ont pas encore souscrit.

Nous ne saurions trop recommander cet appel à tous nos lecteurs.

Prière d'adresser les souscriptions au président, M. G. Viau, 109, boulevard Malesherbes, ou au Trésorier, M. Fontanel, 1, rue Vercingétorix, Paris.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA PATHOGENIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le D<sup>r</sup> MAURICE ROY.

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

*(Conférence à la séance inaugurale du 6<sup>e</sup> Congrès dentaire international. Londres 1914.)<sup>1</sup>*

La pathogénie de la pyorrhée alvéolaire est un des points les plus controversés de la pathologie dentaire tant au point de vue de la conception générale de la maladie qu'au point de vue de la lésion initiale de celle-ci.

Les divergences existant entre les divers auteurs me paraissent tenir à deux ordres de causes :

1<sup>o</sup> Parce que l'on confond souvent sous le nom de pyorrhée alvéolaire des maladies différentes qui, si elles ont des points communs avec celle-ci n'en sont pas moins nettement distinctes si on les étudie dans leur principe essentiel.

2<sup>o</sup> Parce que la plupart des auteurs, examinant la maladie à un stade trop avancé, confondent involontairement les lésions secondaires avec les lésions primitives et par suite les causes adjuvantes avec les causes essentielles, celles-ci ne pouvant plus être que très difficilement distinguées de celles-là.

Or il est du plus grand intérêt de déterminer la lésion initiale de la pyorrhée car la prophylaxie précoce de la maladie est liée à cette connaissance. Il m'a donc paru utile

1. A cette séance inaugurale du 4 août 1914, quatre conférences scientifiques devaient être faites par des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre et des Etats-Unis; le D<sup>r</sup> M. Roy, qui avait été désigné comme conférencier français, n'a pu faire cette conférence, qui paraîtra dans le compte rendu du Congrès, par suite de la déclaration de guerre de l'Allemagne à la France qui eut lieu le jour même de l'ouverture du Congrès.



d'étudier cette question à un point de vue critique qui me semble n'avoir pas été suffisamment suivi jusqu'ici. C'est le but du présent travail dans lequel, ayant déterminé tout d'abord bien exactement ce que l'on doit entendre sous le nom de pyorrhée alvéolaire, j'ai pris successivement toutes les lésions observées au cours de cette affection et me suis efforcé d'établir le rôle que pouvait jouer chacune de celles-ci dans son évolution. Afin d'éviter toute cause d'erreur, je me suis attaché à considérer la maladie plus particulièrement à sa période de début, bien plus précoce encore que nombre d'observateurs ne le pensent, et à la dégager des autres affections avec lesquelles elle se trouve très fréquemment associée dans son évolution et qui viennent masquer presque complètement la lésion initiale de la maladie. Ayant déterminé cette lésion initiale, j'ai montré alors l'évolution logique de la pyorrhée et le rôle joué dans celle-ci par les causes adjuvantes ; enfin, je me suis occupé en terminant de la prophylaxie précoce de la maladie d'après les données pathogéniques exposées dans mon travail.

Je me suis efforcé de discuter aussi impartialement que possible les diverses opinions émises au sujet de la pyorrhée alvéolaire en étudiant plus spécialement les travaux les plus récents sur ce sujet.

La bibliographie de la pyorrhée est considérable, on en aura une idée quand je dirai que l'*Institut international de Bibliographie* de Bruxelles, m'a fourni sur ce sujet plus de cinq cents fiches bibliographiques. L'excellente étude de Julien Tellier sur la *Pyorrhée alvéolaire*<sup>1</sup> constitue un des meilleurs exposés de la question et elle m'a été très utile dans la préparation de ce travail. Je n'ai pu citer, dans le cours de celui-ci, qu'un petit nombre d'auteurs pour ne pas l'allonger par trop ; mais, dans une bibliographie complémentaire, j'indiquerai les principaux travaux que j'ai consultés et donnerai une bibliographie aussi complète que possible des travaux sur cette question.

---

1. Julien Tellier. La Pyorrhée alvéolaire, Paris 1913, chez Maloine.

## PREMIÈRE PARTIE

## CHAPITRE I. — QUE DOIT-ON ENTENDRE SOUS LE NOM DE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE ?

Sans méconnaître que le terme *pyorrhée alvéolaire* est un mauvais terme pathologique, puisqu'il se rapporte à un symptôme qui peut manquer dans la pyorrhée et qui en tout cas n'est pas caractéristique de cette maladie, je l'emploie néanmoins ici parce qu'il faut tenir compte de la généralisation de son emploi.

De même, j'étudierai plus particulièrement la forme de pyorrhée la plus couramment observée et, pour qu'il n'y ait pas de malentendu, je tracerai immédiatement le tableau clinique de la maladie à sa période d'état pour bien spécifier, dès le début de ce travail, le complexe symptomatique que l'on est convenu de désigner sous le nom de *pyorrhée alvéolaire*.

À la *période d'état*, la pyorrhée alvéolaire présente une série de symptômes nettement déterminés, il y a :

- 1° Ebranlement et déviation des dents ;
- 2° Inflammation de la gencive sur une étendue plus ou moins grande ;
- 3° Existence au collet de la dent d'un cul-de-sac s'étendant plus ou moins profondément le long de la racine ;
- 4° Dénudation de la racine qui n'a plus de membrane périécementaire dans toute la portion en rapport avec le cul-de-sac ;
- 5° Présence habituelle de calculs sur la racine dans la portion dépourvue de périécement ;
- 6° Suppuration plus ou moins abondante dans le cul-de-sac gingival ;

Dans cet ensemble symptomatique, un seul phénomène se dégage comme nettement caractéristique, c'est le cul-de-sac gingival, c'est pourquoi je pense que l'on doit poser en principe que *ce qui caractérise la pyorrhée alvéolaire* à



*la période d'état, c'est la présence d'un cul-de-sac gingival plus ou moins profond au collet de la dent avec dénudation correspondante de la racine dans toute la portion en rapport avec ce cul-de-sac. Tous les autres*

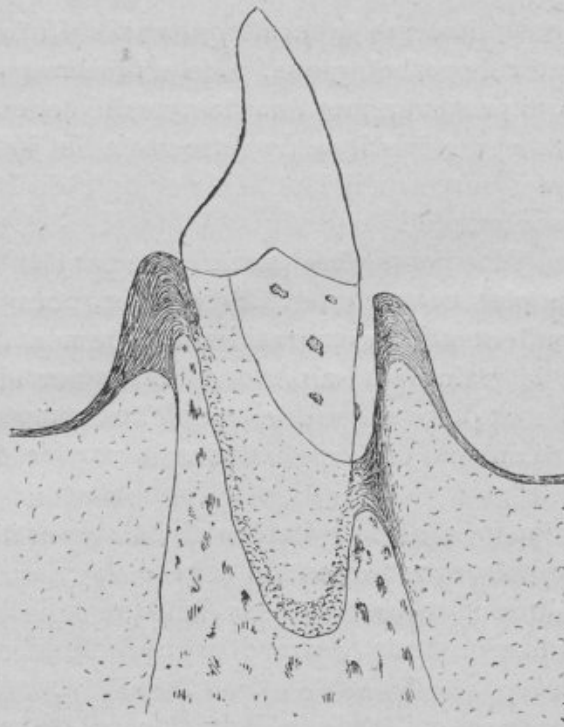


Fig. 1. — Pyorrhée alvéolaire à la période d'état avec cul-de-sac à la région vestibulo-proximale.

phénomènes observés sont en rapport avec cette lésion soit comme cause, soit comme conséquence.

C'est donc la pathogénie, le mode de formation de ce cul-de-sac qui est susceptible de nous donner la pathogénie exacte de la maladie.

## CHAPITRE II. — LES CAUSES D'ORIGINE LOCALE.

Tous les symptômes qui accompagnent la pyorrhée ont été invoqués comme cause de l'affection, il nous faut donc

passer en revue chacun de ceux-ci pour voir si quelqu'un d'eux peut être considéré comme constituant la lésion initiale qui entraînerait la formation du cul-de-sac caractéristique de la maladie.

### 1° *La gingivite.*

La gingivite chronique peut présenter un ensemble symptomatique qui se rapproche tellement de la pyorrhée alvéolaire à la période d'état que nombre d'auteurs comme Riggs, Miller, Landgraf et quantité d'autres avec eux veulent faire de cette maladie une simple gingivite chronique.

Mais, de ce que les deux maladies ont de grands points de ressemblance, il serait erroné de conclure à leur identité, car, si le nombre des gens atteints de pyorrhée alvéolaire est grand, celui des gens atteints de gingivite chronique par absence complète de toute pratique d'hygiène dentaire est encore beaucoup plus considérable et il faudrait alors expliquer pourquoi, avec des conditions identiques, et souvent même beaucoup plus défavorables au point de vue de *l'inflammation et de l'infection gingivales*, des individus restent exempts de pyorrhée vraie pendant une durée souvent indéfinie :

D'autre part, l'existence d'un cul-de-sac gingival avec dénudation correspondante de la racine étant la lésion caractéristique de la pyorrhée alvéolaire, il faudrait expliquer pourquoi, chez des gens présentant de la gingivite chronique intense depuis un nombre considérable d'années on ne trouve au collet des dents que des culs-de-sac gingivaux peu modifiés, alors que chez des pyorrhéiques, n'ayant qu'une très légère gingivite marginale, on observe des culs-de-sac gingivaux considérables pouvant aller jusqu'à l'apex des racines.

Pour expliquer cette discordance il est nécessaire de faire intervenir d'autres facteurs étiologiques dont la présence est indispensable, ce qui ne permet plus de considérer la gingivite que comme une cause adjuvante.



D'autre part, si la pyorrhée s'accompagne fréquemment d'inflammation gingivale, celle-ci peut manquer totalement aux diverses phases de la maladie et manque fréquemment à la période de début, comme je le montrerai, et cette seule considération suffit, à elle seule, à éliminer la gingivite comme lésion initiale de la pyorrhée alvéolaire ; celle-ci se distingue très nettement par son développement, sa marche et son pronostic de la gingivite qui ne vient que compliquer la pyorrhée par un mécanisme que j'exposerai plus loin.

2° *Les calculs salivaires et les calculs dits sériques.*

La présence de dépôts calcaires au collet des dents et sur la portion dénudée des racines est un phénomène à peu près constant à la période d'état ; la plupart des auteurs divisent ces dépôts en deux catégories : les uns d'origine salivaire, les autres d'origine sanguine, suivant qu'ils siègent sur la partie découverte de la dent (calculs salivaires) ou sur la partie de celle-ci recouverte par les tissus mous (calculs sériques) ; il y a là une division qui pourrait bien être un peu arbitraire et la différence ne réside peut-être pas dans l'origine, mais seulement dans les conditions différentes de formation<sup>1</sup>.

Quoiqu'il en soit, ces différents dépôts qui accompagnent toujours la gingivite, sont considérés par nombre d'auteurs comme la cause productrice des poches pyorrhéiques. En effet, le tartre, par ses dépôts successifs au collet de la dent et l'inflammation qu'il produit dans la gencive, détermine un décollement progressif de ce tissu grâce auquel il se dépose à un niveau de plus en plus éloigné du collet ; il dénude progressivement la racine qu'il dépouille de son périécement et de ses parois alvéolaires qui se résorbent par extension de l'inflammation gingivale, toujours très intense. L'extension de ces désordres peut amener finalement la chute de la dent par l'invasion du tartre jusqu'au voisinage de l'apex.

---

1. Nous parlerons plus loin des dépôts dits goutteux ou uratiques.

Si ce processus se rapproche sensiblement de celui qui se rencontre dans la pyorrhée il en diffère cependant notamment par des points essentiels. C'est ainsi que le cul-de-sac formé par les seuls dépôts tartriques est toujours proportionnel à l'abondance de ces dépôts qui remplissent presque complètement le cul-de-sac, la gencive se résorbant au fur et à mesure que se forme le tartre.

Dans la pyorrhée, au contraire, même en l'absence de tout dépôt tartrique apparent, avec une gencive paraissant sertir encore le collet, on observe un cul-de-sac très profond pouvant aller jusqu'à l'apex et tout à fait indépendant de l'abondance des dépôts calcaires; ceux-ci, qui sont toujours des calculs dits sériques, ne remplissent jamais qu'une très petite portion du cul-de-sac.

H. Burchard enfin a montré que « si une dent est extraite à une époque relativement précoce de la maladie on trouve sur la portion cervicale de la racine un calcul noir, écailleux au-dessus duquel se trouve une surface de dent dénudée dans laquelle il n'existe aucun dépôt et dans la direction de l'apex des portions de périécement épaissi. Il y a toujours un espace entre le périécement et le calcul montrant, que le décollement ou la perte du périécement est en avance sur le calcul <sup>1</sup> ».

De plus, dans la pyorrhée, la suppuration qui sort des poches pyorrhéiques est assez abondante pour avoir donné son nom à la maladie et pour être assez souvent le premier signe qui attire l'attention des patients et des dentistes sur des dents exemptes de dépôts calcaires sur leurs parties extérieures. Dans la résorption périradiculaire par dépôts tartriques simples, au contraire, la suppuration est relativement insignifiante, même avec des dépôts tartriques considérables, par suite de la faible profondeur des culs-de-sac gingivaux.

De ces différentes considérations, il résulte que *ni la gingivite ni les calculs salivaires ou ceux dits sériques ne*

---

1. H. Burchard. Varieties of dental Calculi. *Dental Cosmos*, 1898, p. 1.



peuvent être considérés comme constituant la lésion initiale de la pyorrhée alvéolaire. Sans doute, comme je le montrerai, ils jouent un rôle très important dans le développement de la maladie, une fois celle-ci constituée par sa lésion initiale, mais ils ne constituent néanmoins qu'une cause adjuvante de la pyorrhée.

### 3° L'infection.

Si la suppuration qui a donné son nom à la pyorrhée peut manquer dans certains cas, même à la période d'état et si elle manque totalement dans la période de début, l'infection n'en est pas moins la compagne habituelle de la pyorrhée ; aussi certains auteurs, à la suite de Galippe, ont-ils pensé à incriminer cette infection comme cause première de la maladie, ils ont même été jusqu'à en faire une maladie contagieuse de dent à dent, d'individu à individu.

Pour admettre cette hypothèse il ne suffit pas de trouver dans les culs-de-sac gingivaux un nombre plus ou moins considérable de micro-organismes, car il est impossible de n'en pas trouver dans toutes les parties des bouches les plus saines qui, on le sait, ont une flore microbienne abondante ; il faudrait pour que la théorie infectieuse fut acceptée que l'on constatât l'existence constante dans les poches pyorrhéiques ou dans les tissus périradiculaires d'un *microbe spécifique*. Or il résulte des recherches de tous les observateurs sans exception que les bactéries trouvées dans le pus pyorrhéique ne présentent absolument rien de spécifique ; ce sont soit des streptocoques, soit des staphylocoques que l'on rencontre dans les suppurations ordinaires associés à des saprophytes, hôtes ordinaires de la bouche à l'état de santé.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs américains ont voulu faire des amibes que l'on rencontre dans les culs-de-sac pyorrhéiques les agents spécifiques de la pyorrhée mais les récents travaux de Mendel Joseph ont montré l'inanité de cette opinion <sup>1</sup>.

---

1. Mendel Joseph. La Pathogénie de la Pyorrhée. Société d'Odontologie de Paris, 8 avril 1919.

Il est en outre contraire à toute observation que la pyorrhée soit contagieuse de dent à dent, car cette affection débute le plus souvent sur des dents isolées les unes des autres, respectant fréquemment les deux dents adjacentes de la dent malade, c'est-à-dire celles qui sont exposées dans les conditions les plus directes à la contagion. Il serait encore plus puéril de discuter la contagion d'individu à individu pour une maladie aussi répandue ; cette assertion ne repose sur aucun fondement.

Galippe, Miller, Goadby ont tenté sans succès de reproduire la pyorrhée en faisant des inoculations de pus ou de cultures microbiennes. Mendel Joseph, par inoculations aussi profondes que possibles dans l'espace péri-cervical, a réussi, à produire chez le lapin des abcès suivis de lésions pyorrhéiques ; mais en procédant ainsi, cet auteur ne paraît provoquer non pas de la pyorrhée vraie, mais des lésions analogues à celles de la gingivite phlegmoneuse qui se différencient très nettement des lésions pyorrhéiques par leur évolution et leur pathogénie <sup>1</sup>.

Enfin, si la théorie de l'infection cause première de la pyorrhée devait être admise il faudrait, là encore, comme pour la gingivite, expliquer pourquoi quantité d'individus avec des bouches très infectées ne présentent pas de pyorrhée, alors que celle-ci se rencontre dans des bouches qui ont toujours été très soignées. Pour justifier cette contradiction les partisans de la théorie infectieuse ont été obligés de dire que c'était une infection vulgaire se développant chez des individus ayant une prédisposition individuelle (Galippe, Ferré <sup>2</sup>), dans ces conditions, *l'infection n'est plus qu'un élément secondaire de la maladie n'entrant en jeu que lorsque celle-ci est déjà constituée*, ce ne saurait être la lésion initiale de la pyorrhée ni la cause première de la formation culs-de-sac gingivaux caractéristiques de l'affection.

---

1. Société d'Odontologie de Paris, 8 avril 1919.

2. Galippe. Communication au Congrès médical International de Berlin 1890.  
H. Ferré. De certaines infections secondaires d'origine buccale. Thèse de Paris, 1906.



#### 4° *Les causes traumatiques.*

Pour nombre d'auteurs, les lésions primitives dans la pyorrhée seraient des troubles d'origine traumatique dus soit à la malocclusion (Károlyi, de Vienne), soit à des malpositions, soit en un mot à ce que Godon a appelé des ruptures d'équilibre du système dentaire, soit enfin à des irritations locales comme celles résultant d'obturations défectueuses à la partie cervicale, l'absence de point de contact entre les dents et le tassement des aliments entre les dents ainsi placées, etc. (Spies, A. Black).

Toutes ces causes incontestablement interviennent dans l'évolution de la pyorrhée où elles jouent le rôle de causes prédisposantes ; mais, pour qu'elles soient réellement la cause première de cette affection, il faudrait qu'elles se rencontrent dans tous les cas de pyorrhée sans exception et qu'elles précèdent toujours l'évolution de la maladie, car un seul cas de pyorrhée sans une cause semblable préalable suffit à infirmer toute la théorie. Or il est incontestable que l'on voit la pyorrhée se développer chez des gens exempts de toute malocclusion, de toute malposition, ou de toute irritation traumatique ; d'autre part on voit nombre d'individus présentant de la malocclusion associée à des malpositions et à de l'infection buccale par manque d'hygiène qui restent indemnes de toute pyorrhée, bien qu'ils aient ainsi réuni dans leur bouche non pas une, mais plusieurs des conditions considérées comme susceptibles de provoquer cette affection. Il faut donc, pour que celle-ci éclate, qu'un autre facteur intervienne et c'est ce facteur seul qui pourra être considéré comme la lésion initiale.

Les irritations causées par des obturations défectueuses, des bandes de couronnes mal faites ne sauraient être discutées longuement car malheureusement le nombre des obturations défectueuses est considérable et il existe de par le monde des millions d'individus portant des obturations semblables et des bandes de couronne mal faites sans avoir pour cela de pyorrhée. Il y a une raison en quelque

sorte primordiale, c'est que la carie dentaire, de l'avis unanime, est généralement rare chez les individus atteints de pyorrhée et que par conséquent on rencontre ordinairement peu d'obturations dans leur bouche ; il arrive même, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, que ce sont des dents portant des obturations défectueuses qui sont les dernières frappées chez des pyorrhéiques.

L'absence de point de contact est susceptible des mêmes critiques que la malocclusion et les malpositions dentaires et quant au tassement des aliments dans les espaces interdentaires anormaux, nous verrons que ce phénomène n'est pas primitif mais au contraire bien souvent secondaire à la lésion initiale de la pyorrhée.

En résumé, *toutes ces causes traumatiques pouvant se rencontrer sans pyorrhée*, et, d'autre part, *la pyorrhée étant susceptible de se développer en dehors d'elles*, les troubles apportés aux dents par ces différents facteurs ne peuvent donc pas être considérés comme les troubles primitifs de la maladie.

### CHAPITRE III. — LES CAUSES D'ORIGINE GÉNÉRALE.

Ayant donc écarté successivement comme lésion initiale de la maladie : la gingivite, les calculs salivaires et sériques, l'infection, les troubles traumatiques, c'est-à-dire l'ensemble des causes qui feraient de la pyorrhée une maladie purement locale, il nous faut arriver maintenant à un ordre de causes différent qui présente ceci de particulier que, quel que soit le tissu au sein duquel on place la lésion primordiale de la maladie, on doit faire intervenir dans le développement de celle-ci des causes d'ordre général, c'est-à-dire se rapportant à un trouble particulier de la constitution de l'individu.

Je n'hésite pas un instant pour affirmer que, malgré le rôle important joué dans son développement par les causes locales, *la pyorrhée alvéolaire est une maladie d'origine générale* et que, sans cette conception, il est impossible



d'expliquer le développement de cette maladie qui respecte certains individus chez lesquels toutes les causes locales sont accumulées tandis qu'elle frappe au contraire certains autres chez qui ces causes manquent totalement. C'est cette conception également qui permet d'expliquer la marche fatalement progressive de certains cas de pyorrhée traités même rigoureusement.

Suivant l'expression très judicieuse de Julien Tellier, il n'est pas possible d'admettre une *marche centripète* de la pyorrhée alvéolaire comme le voudraient les partisans des causes externes que nous venons d'énumérer ; cette affection est à *marche centrifuge* ; tous les faits que nous exposons dans ce travail nous permettent de poser en principe que *c'est une cause générale qui détermine la production de la lésion initiale qui permettra le développement ultérieur de la maladie*.

Ces causes générales sont probablement nombreuses et je n'ai pas l'intention d'en faire ici une revue détaillée, renvoyant pour cela à l'excellente étude de Julien Tellier. Disons toutefois que, de l'accord presque unanime, les différents auteurs ont confirmé les vues émises pour la première fois par Magitot : à savoir que c'est l'arthritisme et les affections qui s'y rattachent qui sont les maladies le plus souvent incriminées comme origine de la pyorrhée.

Mais, quelles que soient ces causes générales, ce que l'on peut dire c'est que ce sont celles-ci qui, exerçant leur action sur les tissus dentaires ou alvéolaires, y déterminent la lésion initiale qui donnera naissance au complexe symptomatique que l'on est convenu d'appeler pyorrhée alvéolaire.

*Ce point primordial étant posé, voyons quel est le tissu primitivement modifié par cet état général particulier ? C'est ce que nous allons maintenant essayer d'établir en étudiant les diverses lésions observées et les théories émises par les divers auteurs.*

#### 1° La dent, la pulpe.

Les dents atteintes de pyorrhée présentent incontestablement

blement une structure particulière qui se traduit par une immunité remarquable à l'égard de la carie dentaire. Tous les observateurs sont en effet d'accord sur ce point que la carie dentaire est, sinon exceptionnelle, tout au moins rare chez les malades atteints de pyorrhée et cette circonstance constitue même, pour ceux-ci, une source constante d'étonnement quand ils voient se perdre des dents qui ne leur semblent frappées d'aucune altération apparente. Il est même à remarquer que, chez un pyorrhéique ayant des dents cariées, ce sont souvent celles-ci qui sont atteintes les dernières par la maladie et c'est ce qui a fait poser par Paul Dubois ce principe que « *la périodontite expulsive est en proportion inverse de la carie* ». C'est en se basant sur ce fait que cet auteur a établi une théorie de la pyorrhée qui serait due selon lui à une sénilité précoce de la dent résultant de sa calcification excessive<sup>1</sup>. Cette altération de la dent serait une surcalcification précoce, analogue à celle qui se produit physiologiquement chez les gens âgés.

Cette minéralisation excessive de la dent est en rapport avec une suractivité pulpaire et, de fait, il est fréquent de trouver des calculs dentinaires dans la pulpe des dents atteintes de pyorrhée, aussi cette théorie se rattache-t-elle à celle qui place dans la pulpe la lésion primitive et Josépowici aurait constaté que toutes les dents atteintes de pyorrhée présentent de la pulpite avec retentissement inflammatoire sur le périodonte.

Il y a à l'appui de ces théories un fait d'observation cou-

---

1. « La vitalité du ligament alvéolo-dentaire est liée à la texture plus ou moins compacte de la dent, au diamètre des fibrilles dentinaires, à la proportion de matière organique que la dent contient. Les dents riches en matière organique et faibles en sels minéraux sont des dents très susceptibles de carie ; ainsi les dents jeunes. Les dents richement minéralisées et pauvres en matière organique sont peu susceptibles de carie, en revanche leurs attaches sont peu vigoureuses et leur ébranlement et leur chute précoce résultent de cette minéralisation exagérée. La pulpe meurt de la calcification qui s'opère à sa périphérie, le ligament alvéolo-dentaire subit la même évolution régressive. » (Paul Dubois. Périodontite expulsive ou ostéo-périostite alvéolo-dentaire, *L'Odontologie*, 1892, p. 7.)



rante c'est que les dents à pulpe morte sont moins frappées par la pyorrhée que les autres et c'est de là que découle le traitement qui consiste à dévitaliser les dents pyorrhéiques<sup>1</sup>. Il y a lieu à cet égard de faire une remarque qui, je crois, n'a pas été signalée jusqu'ici, c'est que ce sont surtout les dents dont la pulpe était morte *avant l'invasion de la pyorrhée*, celles dont la pulpe a été détruite dans un âge relativement précoce, qui jouissent d'une immunité considérable à l'égard de la pyorrhée tandis que cette modification est beaucoup moins nette sur les dents dévitalisées *après l'invasion de la maladie*.

Mais il est un fait capital qui ne permet pas d'accepter la théorie de Paul Dubois et celle de Josépowici, c'est que la pyorrhée alvéolaire débute au collet de la dent et non à l'apex. Or, si l'on plaçait dans la dent ou dans la pulpe la lésion première de la maladie, les lésions les plus avancées de la pyorrhée, ou tout au moins le maximum de celles-ci devrait se trouver *à l'apex*, ce qui est contradiction formelle avec toutes les observations cliniques et avec les données fournies par l'anatomie pathologique, nous reviendrons du reste plus longuement tout à l'heure sur ce point particulier.

Par conséquent *si ces modifications pulpaire et dentinaires sont bien réelles et sont peut-être dues aux mêmes causes générales que la pyorrhée, elles sont sans influence sur le développement de celle-ci* et sont simplement des altérations contemporaines, mais indépendantes de la pyorrhée.

## 2° Le ciment.

Nous écarterons de même la théorie qui place dans le ciment la lésion primitive (Howard Steward). En effet si des lésions du ciment accompagnent l'évolution de la

---

1. En raison des rapports anastomotiques qui existent entre la circulation pulpaire et la circulation péri-cémentaire et alvéolaire, la destruction de la pulpe apporte peut-être une suractivité circulatoire dans les tissus périradi-culaires qui empêcherait le développement de la pyorrhée.

pyorrhée, celles-ci sont toujours infiniment moins marquées que celles du péricément et du tissu osseux. De plus, ainsi qu'on peut le voir sur les coupes de Hopewell Smith, les lésions du ciment qui consistent en une hyperplasie de ce tissu sont surtout marquées à l'apex et nous ferons à cet égard la même observation que celle que nous venons de faire à propos de la pulpe, à savoir que la pyorrhée débute au collet de la dent et que des lésions apicales du ciment sont incapables d'expliquer le développement des lésions pyorrhéiques. Tout au plus faut-il voir dans cette hypertrophie cémentaire ou une modification analogue à celle de la dentine dont nous venons de parler ou un retentissement de l'inflammation du périodonte qui accompagne le développement de la pyorrhée.

### 3° *Le ligament alvéolo-dentaire.*

Les lésions du ligament alvéolo-dentaire ou péricément sont constantes à la période d'état et pour nombre d'auteurs, qui adoptent la manière de voir de Magitot, la pyorrhée alvéolaire est une inflammation du ligament alvéolo-dentaire évoluant sur des individus prédisposés par une constitution arthritique. C'est ainsi que Pierce, Kirk, Endelmann et un certain nombre d'auteurs font de la pyorrhée une localisation goutteuse dans le péricément analogue aux autres localisations articulaires de la goutte par dépôts d'acide urique ou de sels uratiques dans ce ligament.

Avant de discuter la nature des lésions péricémentaires il nous faut dire quelques mots des théories les plus récentes émises au sujet de leur production.

Endelmann<sup>1</sup> a publié à ce sujet un travail très intéressant dans lequel il donne l'explication suivante des dépôts uratiques. Les urates sont solubles dans les solutions alcalines et précipités dans les solutions acides. Les sels ura-

---

1. J. Endelmann. Le problème de l'acide urique dans ses rapports avec les inflammations péricémentaires. *L'Odontologie*, 1908, vol. XL, p. 289 et *Dental Cosmos*, 1908.



tiques, résultant du métabolisme défectueux, de la combustion incomplète des aliments azotés, sont en dissolution dans le sang en vertu de l'alcalinité de ce fluide.

Or, dans l'état de repos ou d'activité légère, les articulations, ligaments, synoviales, cartilages, liquides articulaires ont une réaction alcaline, mais dans l'état d'activité, cette réaction se change en une alcalinité moindre (alcalinité relative) ou très rarement en une réaction franchement acide. Les dépôts uratiques dans le ligament seraient donc dus à une suractivité anormale des articulations alvéolo-dentaires.

Ces sels se déposeraient ainsi dans les articulations où ils cristalliseraient et où, d'après C. N. Pierce, ils « agissent comme des irritants spécifiques et engendrent les phénomènes bien connus ; douleur, congestion, tuméfaction, exsudation, nutrition défectueuse, désorganisation des tissus, formation de pus, ostéomyélite résultant de la résorption du procès alvéolaire et finalement perte des dents, phénomènes caractéristiques de la pyorrhée alvéolaire. Le siège le plus habituel du dépôt de ces sels est l'apex de la racine où la structure de la membrane alvéolo-cémentaire est moins compacte, moins résistante et plus volumineuse <sup>1</sup> ». Pour d'autres auteurs la maladie prend naissance au tiers apical de la racine.

G. W. Black <sup>2</sup> place, lui, le siège de la pyorrhée dans des glandes qu'il a décrites dans le périécement mais qui paraissent ne pas être autre chose que des débris épithéliaux para-dentaires décrits par Malassez. Dans un cas unique observé par lui, il aurait trouvé ces pseudo-glandes gorgées de micro-organismes. Kirk <sup>3</sup> adopte les idées de G. W. Black et pense qu'en raison de leur caractère embryonnaire, ces

---

1. C. N. Pierce. Pyorrhée alvéolaire, in Manuel de Dentisterie opératoire de Ed. C. Kirk. Adaptation française par R. Lemièrre, p. 489.

2. G. W. Black. A study of the histological Characters of the periosteum and périental membrane, 1887. Ibid. The fiber and glands of the périental membrane (*Dental Cosmos*, 1899.)

3. Ed. C. Kirk. The locus minoris resistentiæ in pyorrhea alveolaris (*Dental Cosmos*, 1918, p. 577.

pseudo-glandes ont une vitalité amoindrie, et un pouvoir de résistance moindre à l'infection, elles constitueraient ainsi le *locus minoris resistentiæ* de la membrane péri-radriculaire.

Suivant que l'infection de ces glandes serait superficielle ou profonde on aurait soit un écoulement purulent entre le cément et sa membrane de revêtement, avec formation d'une poche purulente, soit une suppuration à travers les tissus aboutissant à la formation d'une fistule gingivale éloignée du bord libre de la gencive et déterminant ainsi ce que l'on désigne sous le nom d'*abcès péri-cémentaire sur dent vivante*.

Les théories que nous venons de résumer sont évidemment des plus séduisantes, mais on ne saurait en cette matière se contenter de simples vues de l'esprit ou de déductions plus ou moins ingénieuses, il faut encore que ces théories soient d'accord avec les faits observés par la clinique et qu'elles soient appuyées par l'anatomie pathologique. Or il ne nous paraît pas en être ainsi des conceptions que nous venons de résumer auxquelles il est facile je pense de faire des objections que je considère comme péremptoires.

C'est ainsi que la théorie des dépôts uratiques de Endelmann repose entièrement sur la suractivité articulaire des dents ; or, si nous examinons ces faits au point de vue général nous voyons déjà qu'ils sont contraires aux données fournies par la clinique qui montre que la goutte ne se développe que chez les individus dont l'activité physique est diminuée.

Sans doute on pourrait arguer qu'il ne s'agit dans la pyorrhée que de la suractivité articulaire des dents, suractivité qui ne peut avoir d'effet sur la nutrition générale ; mais, en dehors de ce point particulier, la théorie de Endelmann ne peut s'accorder avec les faits cliniques car on voit la pyorrhée se développer non pas sur les dents qui travaillent le plus, ce qui serait conforme à sa théorie puisque leurs tissus articulaires seraient moins alcalins, mais on la voit au contraire se développer plus particulièrement sur les dents



qui travaillent le moins ; c'est ainsi qu'elle se développe avec une fréquence remarquable sur les dents complètement dépourvues d'antagonistes qui, étant continuellement à l'état de repos, doivent avoir leur articulation *toujours en milieu alcalin*.

Si les dents atteintes de pyorrhée s'améliorent et guérissent quand elles sont immobilisées, ce n'est pas parce qu'elles ne travaillent plus, mais, bien au contraire, parce qu'elles travaillent davantage. En effet, une dent atteinte de pyorrhée, si elle est branlante, ne sert pas ou peu pour la mastication en raison de sa mobilité et de la sensibilité qui l'accompagne tandis qu'au contraire, dès qu'elle est immobilisée par une ligature ou une attelle, elle devient solide et utilisable pour la mastication.

Une dent dépourvue d'antagoniste, si elle est solidarisée avec d'autres dents par un bridge se trouve amenée ainsi à être utilisée d'une façon indirecte pour la mastication et on voit alors sa pyorrhée s'améliorer. Ce sont là des faits en contradiction absolue avec la théorie si séduisante émise par Endelmann. Mais non seulement la théorie n'est pas justifiée par les faits observés, mais encore il faut mettre fortement en doute l'existence même des calculs uratiques qui paraissent être bien plutôt une simple vue de l'esprit qu'une réalité tangible, car tous les auteurs qui ont voulu s'attacher à la recherche de ces calculs, non à l'aide de déductions théoriques, mais avec des microscopes et avec des réactifs chimiques ont été amenés à conclure à leur inexistence <sup>1</sup>, ou, dans les cas les moins défavorables, à une rareté telle qu'elle équivaut à une négation en présence d'une maladie aussi répandue que la pyorrhée alvéolaire <sup>2</sup>.

---

1. « M. Galippe, avec l'aide de deux chimistes, MM. Brun et Goullard, a vainement recherché la présence de l'acide urique dans la salive, dans du tartre frais, sur des dents de pyorrhéiques. Nash dit que la rencontre d'un tophus vrai sur les racines des dents est une impossibilité absolue ; les différences entre les tophus et les dépôts radiculaires sont si radicales qu'il est inconcevable qu'ils aient jamais pu être pris l'un pour l'autre ». (Julien Tellier, *loc. cit.* p. 55.)

2. Dans l'intéressante discussion qui suivit la communication de Endelmann à la Société Odontologique de New-York, W. B. Dinning disoit : « La question importante est de savoir si les concrétions trouvées sur les portions apicales

Si donc la présence de la diathèse goutteuse à l'origine de la pyorrhée est incontestable dans un grand nombre de cas, il ne s'en suit pas qu'il faille faire jouer à l'acide urique le rôle direct et un peu trop simple qu'on veut lui attribuer dans le développement de la maladie.

Si l'acide urique joue un rôle dans la production de la pyorrhée, il est plus vraisemblable, comme le pense E. S. Talbot, de considérer que ce n'est pas comme irritant mécanique à la façon des calculs salivaires, mais bien plutôt, par l'intermédiaire de la circulation, comme toxique chimique irritant pour le protoplasma cellulaire et amenant ainsi des troubles dans la vitalité des cellules des tissus alvéolo-dentaires.

En ce qui concerne la théorie admise par G. W. Black et par Kirk qui place la lésion initiale de la pyorrhée dans des pseudo-glandes, débris épithéliaux paradentaires de Malassez, elle n'est pas conforme aux données fournies par l'anatomie pathologique si l'on s'en rapporte aux pièces présentées par Hoppewell Smith et par Mendel Joseph. Si ces masses épithéliales jouent un rôle dans le développement des lésions du ligament radiculaire, ce n'est qu'à une période avancée alors que, suivant la description donnée par Roemer, « le périodonte, infiltré de petites cellules rondes, se transforme en tissu granuleux (granulomateux), analogue, semble-t-il, aux bourgeons charnus <sup>1</sup> », et c'est à ce moment que le périodonte est envahi par des masses épithéliales en forme de coin ou de cône.

---

des racines sont en réalité des urates, M. Endelmann en citant les recherches de Kirk Pierce et autres considère cela comme admis tandis que les observations de Talbot, faites sur un grand nombre de cas, semblent permettre un doute à cet égard. Dans son chapitre sur l'acide urique comme facteur étiologique cet auteur conclut ainsi :

« Sur 950 cas examinés par divers chimistes à différentes périodes 5 à 6 0/0 donnent des résultats positifs, quant à l'acide urique à l'examen chimique et microscopique. Ces résultats démontrent péremptoirement que la gingivite intersticielle n'est pas due seulement à l'acide urique ; que celui-ci n'est qu'une expression de la diathèse urique et une coïncidence, car il n'est pas toujours présent dans les gencives et le tartre des patients atteints de goutte ou de diathèse urique. » (*Dental Cosmos*, 1908. *L'Odontologie*, 1908, V, XL, p. 357.)

1. Julien Tellier. La pyorrhée alvéolaire, p. 21. O. Roemer. Periodontitis und periostitis alveolaris. In *Handbuch der Zahnheilkunde*, 2<sup>e</sup> édition, vol. II.



Cette description des lésions du ligament alvéolaire à une période avancée de la maladie confirme la description magistrale donnée par Malassez en 1885<sup>1</sup> ; mais en dehors de G. W. Black, qui du reste n'a qu'un seul cas à l'appui de sa théorie, aucun autre observateur n'a pu confirmer le rôle considérable que cet auteur voudrait faire jouer à ces débris épithéliaux.

Mendel Joseph, dont les travaux anatomo-pathologiques sur la pyorrhée sont tout à fait remarquables, a cherché, dans un travail récent, à vérifier les idées émises par Black et auxquelles Kirk avait apporté l'appui de ses déductions théoriques et il est arrivé à des conclusions diamétralement opposées à celles de ces deux auteurs ; je ne saurais mieux faire que de les reproduire :

« Parti avec l'idée d'apporter la justification de l'hypothèse de nos éminents confrères américains, j'arrive à exprimer une opinion toute différente. Aucune de mes préparations, et plusieurs d'entre elles sont nettes, démonstratives, ne m'a permis de reconnaître au corps glandulaire de Black une tendance, une prédisposition particulière à fixer l'élément infectieux dans le cours du processus pyorrhéique. Mes observations m'ont conduit à admettre que les débris épithéliaux de la membrane péri-dentaire (je ne parle pas ici des débris épithéliaux disséminés dans le tissu gingival) sont étouffés et détruits par la formidable poussée d'infiltration leucocytaire bien avant le moment où les micro-organismes sont dans la possibilité de les atteindre<sup>2</sup>. »

Ainsi donc, *la théorie des dépôts uratiques dans le périécement et la théorie des masses épithéliales de Black ne peuvent être acceptées*, que l'on s'appuie sur l'observation clinique, sur les recherches chimiques ou sur l'examen microscopique.

---

1. Malassez. Débris épithéliaux paradentaires (*Archives de Physiologie*, 1885).

2. Mendel Joseph. Le *locus minoris resistentiae* de la pyorrhée alvéolaire selon Black et Kirk. Recherches histo-bactériologiques. *L'Odontologie*, 1914, V, 1, p. 241.

#### 4° LES ABCÈS PÉRICÉMENTAIRES SUR DENTS VIVANTES, LEUR NATURE.

Pour justifier l'analogie de la pyorrhée alvéolaire avec la formation des tophus goutteux, le fait le plus souvent invoqué est celui d'une forme rare de la maladie caractérisée par la formation d'*abcès alvéolaires sur dents vivantes* qui évoluent en partie comme les abcès dus à la mastication pulpaire. La pulpe de ces dents est vivante, la gencive paraît être intacte au collet et ces abcès paraissent se former à la partie moyenne de la racine sans autre communication apparente avec l'extérieur que la fistule résultant de leur ouverture à la surface de la gencive.

Pour expliquer la formation de ces abcès dont la nature a, jusqu'ici, paru très difficile à déterminer, nombre d'auteurs admettent qu'il s'agit de tophus goutteux d'urates de chaux déposé sur la racine par l'intermédiaire de la circulation et ayant déterminé un abcès par infection d'origine sanguine également. On a vu plus haut l'opinion émise par Kirk qui fait de ces abcès la conséquence de l'infection des pseudo-glandes de Black par voie sanguine.

Or, j'ai présenté au Congrès du Havre, en 1914, un travail dans lequel j'ai montré, par des observations absolument probantes que de nouveaux cas sont venus renforcer encore depuis, le mécanisme de la formation de ces abcès dans lesquels, pas plus que dans les culs-de-sacs pyorrhéiques ordinaires, les tophus goutteux ne jouent aucun rôle.

Les abcès péricémentaires sur dents vivantes, sont simplement dus à la rétention du pus dans des poches pyorrhéiques de forme complexe dont l'orifice marginal est méconnu, par ce que très éloigné de l'abcès et se trouve fermé fréquemment par les dents antagonistes en suroccclusion, mordant sur la gencive au collet de la dent intéressée ou par des causes diverses ; c'est ainsi que, dans un cas que j'ai observé, c'était un appareil prothétique qui



fermait, du côté lingual, l'ouverture marginale d'une poche pyorrhéique ayant provoqué un abcès évoluant du côté vestibulaire, à la partie moyenne de la racine, et dont la nature réelle avait été méconnue. La figure 2 ci-contre montre la forme du cul-de-sac et l'évolution d'un semblable abcès qui, bien que formé apparemment dans la région vestibulaire, a une origine margino-linguale.

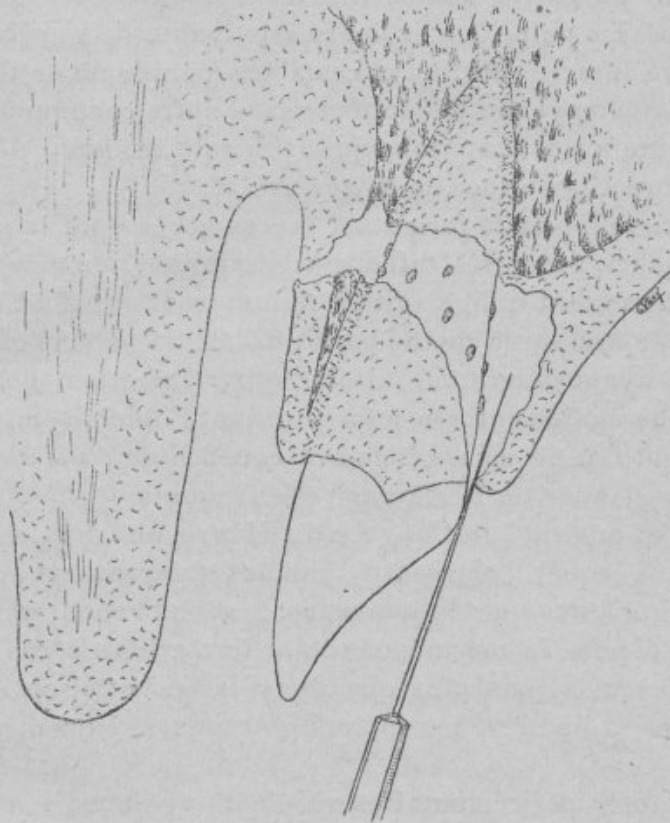


Fig. 2. — Abcès périécementaire sur dent vivante montrant l'ouverture de l'abcès dans la région vestibulaire, ainsi que le cul-de-sac pyorrhéique siégeant à la face linguale et dans lequel est introduit un stylet.

On voit que ce cul-de-sac primitivement formé à la face palatine de la dent, s'étend sur la face proximale, contourne la racine et va finalement se terminer à la face vestibulaire de la racine où il s'ouvre lorsque du pus s'y est accumulé en quantité suffisante, l'ouverture margino-palatine ne le laissant pas sortir parce qu'elle est fermée par la languette marginale de la gencive sur laquelle viennent mordre les dents antagonistes.

En résumé, il résulte de ce travail antérieur auquel je renvoie le lecteur pour plus amples détails <sup>1</sup> que *les abcès périécementaires sur dents vivantes sont des abcès pyorrhéiques formés dans un cul-de-sac serpigneux dont l'ouverture au collet de la dent se trouve méconnue, en raison de son siège qui est situé en un point éloigné de l'abcès gingival apparent.*

#### 5° LA GINGIVITE INTERSTITIELLE.

Pour Talbot, la lésion initiale résiderait, non pas dans le ligament alvéolaire, mais dans le tissu conjonctif interstitiel tout entier des gencives, d'où le nom de gingivite interstitielle qu'il donne à la maladie. Du tissu interstitiel, l'inflammation s'étendrait au ligament alvéolaire, puis à l'alvéole. Ces différents tissus seraient, selon lui, des organes adventices ou transitoires subissant des modifications se rattachant à une sénilité précoce des organes dentaires.

Les lésions décrites par Talbot ne me paraissent pas conformes à celles décrites par les plus récents travaux d'anatomie pathologique qui n'établissent aucune lésion particulière du tissu conjonctif interstitiel qui serait, selon cet auteur, le siège de la lésion initiale de la pyorrhée ; d'autre part, je ne crois pas non plus que cette hypothèse soit d'accord avec l'observation clinique et l'évolution logique qui me paraît devoir être assignée à la maladie. Par contre, je me rallie entièrement à l'idée de la sénilité précoce comme cause de la maladie dont Talbot s'est fait l'un des défenseurs et je reviendrai plus loin sur ce point particulier.

(A suivre.)

---

1. Maurice Roy. Les abcès périécementaires sur dents vivantes, leur nature. Association française pour l'avancement des Sciences, Le Havre 1914. L'Odontologie, juillet 1917, p. 247.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### CHIRURGIENS-DENTISTES DES RÉGIONS LIBÉRÉES

*Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 mars dernier que la F. D. N. a, par une lettre en date du 27 mars 1919, demandé au Ministre du blocus et des régions libérées que les chirurgiens-dentistes et dentistes établis dans ces régions et dont le mobilier, le matériel et l'outillage ont été emportés, détruits ou endommagés par l'ennemi puissent bénéficier de la même mesure que les médecins et vétérinaires.*

*Après démarches auprès du ministre, la Fédération a reçu la réponse suivante :*

MINISTÈRE DU BLOCUS ET DES RÉGIONS LIBÉRÉES

*Régions libérées.*

V. L. 1<sup>er</sup> bureau. Service de santé n° 58.

Paris, le 11 avril 1919.

Monsieur le Président,

Par lettre du 27 mars dernier, vous m'avez exprimé le désir, au nom des membres de l'Association que vous présidez, de connaître les mesures prises par mon département à l'égard des chirurgiens-dentistes des régions libérées et, à ce sujet, vous m'avez demandé d'étendre à ces praticiens le bénéfice des avantages accordés aux médecins appelés à reprendre l'exercice de leur profession dans les départements dévastés.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'intérêt de la question posée dans votre lettre ne m'a pas échappé.

En effet, si aucune instruction émanant de mon département ne s'applique spécialement aux chirurgiens-dentistes, ceux-ci peuvent cependant, s'ils sont titulaires du diplôme délivré par une Faculté de médecine à la suite des études définies par la loi du 30 novembre 1892, revendiquer les avantages accordés par ma circulaire du 22 février dernier à toutes les personnes exerçant une profession libérale.

Ces avantages comportent l'attribution immédiate d'une avance pouvant s'élever à 10.000 francs, à valoir sur l'indemnité pour dommages de guerre à laquelle chaque sinistré appartenant à une profession libérale peut avoir droit, en vue de la reconstitution de la partie indispensable du mobilier et de l'outillage profession-

nels ; ils comportent également la concession, dans les mêmes conditions, d'imputations sur les futures indemnités d'instruments ou de produits médicaux ou pharmaceutiques.

En ce qui concerne l'indemnité temporaire exceptionnelle attribuée aux médecins et vétérinaires en vertu de mes circulaires des 24 janvier et 8 mars, seuls peuvent y prétendre les chirurgiens-dentistes qui accepteront, comme leurs confrères, de prêter leur concours aux services d'assistance et d'hygiène publiques.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre :

*Le contrôleur général faisant fonctions de directeur,*  
Signature illisible.

### LES ÉTUDIANTS MOBILISÉS

*Nous croyons intéressant de reproduire le résumé de la discussion qui a eu lieu à la Chambre des députés au sujet d'une proposition de résolution concernant les étudiants mobilisés.*

#### CHAMBRE DES DÉPUTÉS

*Extrait du procès-verbal de la 1<sup>re</sup> séance du mardi 8 avril 1919.*

#### 3. — DISCUSSION D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION CONCERNANT LES ÉTUDIANTS MOBILISÉS.

*M. le président.* — L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de résolution de MM. Pierre Rameil et Bouffandeau, tendant à inviter le Gouvernement : 1<sup>o</sup> à autoriser les étudiants mobilisés à prendre les inscriptions cumulatives qui leur permettront de subir les examens dans les plus brefs délais possibles ; 2<sup>o</sup> à prendre les mesures réparatrices qui s'imposent en faveur des jeunes gens dont les hostilités ont interrompu les études.

*M. Bouffandeau, rapporteur.* — La proposition qui vous est soumise intéresse les trois ordres d'enseignement. Elle intéresse toute la jeunesse studieuse dont la guerre a interrompu les études et la préparation intellectuelle et professionnelle.

Dès 1917, à la séance du 27 mars, au moment où la Chambre discutait la loi relative à l'incorporation de la classe 1918, nous avons posé la question des mesures réparatrices qui s'imposaient en faveur des étudiants de toutes les catégories.

M. Rameil avait déjà déposé une proposition de résolution et M. Viviani, qui était ministre de l'Instruction publique, était venu devant la commission de l'enseignement. Il était entré pleinement dans



nos vues. Son successeur, M. Steeg, à nos pressantes sollicitations, répondait en parlant des étudiants des classes 1914, 1915, 1916 et 1917 :

« Depuis un ou deux ans qu'ils sont au front, il leur a été impossible de préparer avec fruit les concours et les examens auxquels ils demandent à se présenter. Dès lors, nous risquerions de provoquer un fâcheux abaissement des études en délivrant des diplômes qui ne correspondraient pas à un savoir suffisant.

» Mais je prends très volontiers l'engagement d'étudier un ensemble de mesures réparatrices qui permettront à ces jeunes gens de ne pas perdre le fruit de leurs efforts.

» Je le ferai non seulement pour des raisons d'équité qui ont bien leur valeur, mais aussi et surtout dans l'intérêt supérieur du développement du haut enseignement en France, car ce serait une dérision, presque une déchéance, si, après le triomphe de nos armes, nous étions hors d'état de poursuivre les pacifiques conquêtes que la France a toujours obtenues dans les domaines de la science et des arts. »

Ces déclarations du ministre de 1917 correspondent, nous en sommes certains, aux pensées et aux sentiments du grand-maitre de l'Université de 1919. Quelques-unes des mesures qui étaient annoncées dès ce moment, mesures absolument nécessaires, ont été déjà prises, nous le reconnaissons ; d'autres ont été annoncées. Mais nous avons dû constater qu'elles auraient pu être plus complètes si l'on avait compris, dans d'autres sphères gouvernementales, qu'il fallait secourir les vues du ministre de l'Instruction publique et de la commission de l'enseignement, non pas dans l'intérêt personnel des jeunes gens, mais, comme le disait le ministre de l'Instruction publique de 1917, dans l'intérêt supérieur du haut enseignement et de la France.

M. Pierre Rameil a déposé avec moi une nouvelle proposition de résolution, dès le 18 novembre. Nous n'envisagions alors, comme maintenant, que la reconstitution du capital intellectuel de la nation.

Plus de quatre mois se sont écoulés au cours desquels nous avons conféré à plusieurs reprises avec M. le ministre de l'Instruction publique et le Gouvernement. Si nous avons pu enregistrer certaines réalisations, nous n'en sommes pas moins obligés de vous demander d'insister avec nous sur des points capitaux.

Suivant l'ordre même établi dans notre rapport, nous examinerons rapidement les mesures à prendre pour l'enseignement supérieur, les grandes écoles, l'enseignement secondaire et l'enseignement primaire.

Pour l'enseignement supérieur, on a pris le décret du 10 janvier 1919, dont l'application a été précisée par les instructions du même jour. L'autorisation de prendre des inscriptions cumulatives est accordée, comme nous l'avions demandé dès 1917 ; un aménagement des cours est prévu de telle sorte que les études correspondant à une année scolaire seront réduites à six mois, tandis que les stages et travaux pratiques d'une année pourront être condensés en trois mois.

Les étudiants refusés à un examen avant ou pendant leur incorporation pourront se présenter, dès la reprise effective de leurs études, à la plus prochaine session. Le nombre des sessions est porté à quatre au moins par an.

Sans pénétrer davantage dans le détail, nous tenons à féliciter M. le ministre de l'Instruction publique, avec lequel nous sommes en plein accord, des mesures qu'il a prises et qu'il est prêt à compléter, nous en sommes persuadés.

Mais, monsieur le ministre, à quoi servent ces mesures et votre bonne volonté si, matériellement, les étudiants sont dans l'impossibilité d'étudier, s'ils ne peuvent pas reprendre contact avec les livres et les idées ? Votre décret du 10 janvier 1916 ne profite en réalité qu'à un tout petit nombre d'étudiants. \*

Vous disiez vous-même avec raison, dans l'exposé des motifs du décret du 10 janvier dernier :

« Le tort fait par la guerre aux études scientifiques, littéraires, professionnelles est profond. La victoire doit permettre de le réparer dans toute la mesure possible. C'est une dette d'honneur à l'égard de cette jeunesse héroïque, parmi laquelle on trouve des étudiants qui ont dû interrompre depuis six et même sept années les études destinées à assurer leurs moyens d'existence. »

Avec vous, nous répétons : « Oui, il y a une dette d'honneur. Aidez-nous à la payer ».

Elle ne sera payée que si l'on permet aux intellectuels de revenir à bref délai à leurs études. Il n'y a que trop de temps perdu.

Les mesures que vous avez prises, celles que nous préconisons, seront inopérantes, si, sous une forme ou sous une autre, vous ne rendez pas à leurs facultés ces étudiants qui, vous le reconnaissez, ont aujourd'hui vingt-huit, vingt-neuf ou trente ans et qui sont séparés de l'Université depuis six ou sept années.

Nous ne pourrions mieux dire que M. le ministre lui-même, c'est pourquoi je n'insiste pas, lui laissant le soin d'obtenir ce qu'il a demandé.

Nous ne sommes pas suspects en cette matière, ayant toujours voté les mesures demandées pour la défense nationale. Nous avons toujours voté avec les gouvernements, quels qu'ils soient, lorsqu'ils nous demandaient de maintenir le plus grand nombre possible d'hommes sous les drapeaux pour la défense nationale, quand il s'agissait d'assurer la victoire.

Nous sommes trop d'accord sur ce point pour que je ne vous remercie pas de l'appui que vous apportez à mon affirmation. Or, la mesure que nous proposons, après vous, n'a aucun inconvénient militaire, car on ne peut dire que distraire du service 7.000 à 8.000 étudiants, ce serait désorganiser l'armée.

Du reste, nous ne vous demandons même pas de les démobiliser, nous vous demandons seulement de les mettre dans les villes de facultés, dans les milieux où ils peuvent continuer leurs études.

Nous avons soumis notre texte à M. le Sous-Secrétaire d'Etat de la démobilisation ; on nous promet que ces mesures seront prises, mais à quelle époque ? Au mois de juin ? Or, personne n'ignore que le mois de juin est l'époque des examens. Ce n'est pas à ce moment qu'on peut recommencer des études. Nous voudrions qu'on rendit ces jeunes gens à leurs études dès la rentrée des vacances de Pâques afin que le der-



nier trimestre de l'année scolaire 1918-1919 ne fût pas perdu pour eux.

La guerre n'a enrichi que quelques individualités. Si quelques-uns sont des profiteurs de la guerre ; il y en a beaucoup — c'est la grande masse — qui se sont appauvris. Les familles de petits artisans, de petits bourgeois, qui avaient leurs fils dans les universités ou qui les destinaient, sortant du lycée, à une carrière libérale, ne pourront peut-être plus maintenant, après cinq années de guerre, faire les sacrifices qu'elles faisaient auparavant.

Nous invitons donc le Gouvernement à prendre des mesures pour qu'une aide pécuniaire soit apportée à ceux de ces jeunes gens qui n'auraient plus les moyens de poursuivre leurs études. Ils rentreront dans la vie appauvris d'argent. Il ne faut pas qu'ils entrent dans leur carrière appauvris d'idées et de connaissances.

Nous y insistons. Qu'une aide pécuniaire soit prévue pour eux. Au besoin nous ferons des propositions à cet égard. Les grandes écoles ont rouvert leurs portes, du moins les principales. Leurs élèves ont été plus heureux que d'autres. Je n'insisterai pas sur cette partie de notre proposition de résolution ; toutefois, il s'en faut que tous les grands établissements soient traités de la même manière.

Les écoles de chimie n'ont encore bénéficié d'aucune mesure réparatrice. Par exemple, l'institut de chimie, annexé à la faculté des sciences de Paris, ne jouit pas des avantages accordés aux élèves des autres grandes écoles.

Nous arrivons à la question de la limite d'âge. Elle nous permettra de montrer les grands inconvénients qu'il y a à ne pas faciliter la reprise des études des mobilisés ayant dépassé vingt-cinq ans. Vous avez beau reculer la limite d'âge, les intéressés hésiteront à continuer leur préparation à certaines fonctions, à s'engager dans certaines carrières, parce que les retards qu'ils entrevoient les effrayent.

Nous ne voulons pas — et c'est notre pensée, monsieur le ministre, comme c'est celle de la commission de l'enseignement — abaisser la valeur des diplômes, mais nous ne pourrions cependant pas prendre de mesures réparatrices à l'égard de tous ces jeunes gens dont la guerre a brisé la carrière, si nous ne leur accordons pas des facilités pour conquérir ces diplômes. Il est impossible, je le sais, de conserver exactement aux diplômes leur valeur ancienne et d'accorder certaines facilités. La preuve en est que vous condensez en quelques mois tous les travaux pratiques, tous les stages, et que vous aménagez les programmes en les réduisant.

Les intéressés eux-mêmes ne demandent pas que vous abaissiez le niveau des études. Donnez-leur seulement les moyens de réparer en quelques mois le tort que leur a causé la guerre. C'est tout ce qu'ils désirent.

Nous vous demandons de faire pour le brevet supérieur ce que vous avez décidé pour le baccalauréat, c'est-à-dire de faciliter l'accession

du brevet supérieur à tous les jeunes gens qui se préparaient à ce diplôme et qui n'ont pu l'obtenir avant leur mobilisation.

*M. Goniaux* soulève le cas des jeunes gens demeurés dans les régions envahies.

*Le rapporteur* signale qu'ils ont déjà été l'objet de mesures spéciales.

*Le sous-secrétaire d'Etat de la démobilisation* ajoute que le Gouvernement avait le souci de prendre toutes mesures qui pourraient leur être utiles et de faire en sorte que, tout en accomplissant leur service militaire, ils puissent continuer leurs études.

*M. Mauger.* — Et pour les autres ?

*M. le sous-secrétaire d'Etat de la démobilisation.* — Il s'agit des élèves des écoles primaires supérieures aussi bien que des élèves des lycées.

*M. Guislain*, avec qui je m'étais entretenu des mesures qui pourraient être prises, fut d'accord avec moi pour reconnaître qu'elles donneraient satisfaction aux préoccupations très légitimes de ces jeunes gens.

*M. Gilbert Laurent.* — Je désire appeler l'attention de la Chambre et de M. le ministre de l'Instruction publique sur une catégorie spéciale d'étudiants, les étudiants en médecine.

Environ 20 p. 100 de médecins auxiliaires ont été tués pendant la guerre. Il y a un vide considérable dans le corps médical, et il importe de former au plus tôt un nombre de praticiens suffisant pour exercer dans les campagnes où les médecins manquent de façon complète.

On a voulu, dans ce but, partager les étudiants en deux séries qui faisaient chacune six mois d'études. Je trouve que c'est insuffisant. Les études médicales ne se font pas à la course, il y faut le temps. Ce n'est qu'à la longue, par des études suivies, que se forme un praticien. Pour que les nouveaux docteurs en médecine ne soient pas des demi-savants, il ne faut pas qu'ils fassent des demi-études. Ces études doivent être complètes, appuyées sur des travaux pratiques ; elles doivent s'étendre à la gynécologie, à la pédiatrie, à l'ophtalmologie, etc. ; elles doivent comprendre en un mot toutes les branches de l'art médical.

Pour que les étudiants mobilisés puissent faire des études complètes, il serait utile de les faire permuter, de les envoyer dans des villes où se trouve une faculté de médecine ou une école de plein exercice.

*M. André Paisant.* — Il en est de même pour les étudiants en droit.

*M. Gilbert Laurent.* — Pour les étudiants en droit, il s'agit d'études théoriques, tandis qu'il faut pour les étudiants en médecine des études pratiques qu'on ne peut pas faire partout.

On peut, sans léser les droits des étudiants, ni ceux des autres Français, affecter à des villes de facultés ou d'écoles de médecine tous les étudiants, depuis ceux qui n'ont encore que le P. C. N. jusqu'à ceux qui n'ont plus que leur thèse à soutenir. Ainsi, on leur permettra d'employer d'une façon pratique et utile les nombreux loisirs dont on dispose à la caserne. Les étudiants pourront ainsi terminer leurs



études, suivre des travaux pratiques, fréquenter les laboratoires et cliniques en vue des spécialités qu'ils auront à exercer dans l'avenir.

Vous leur éviterez ainsi de faire des demi-savants ou des demi-ignorants, dangereux pour leurs malades comme pour la santé publique.

J'insiste donc auprès de M. le ministre de l'Instruction publique pour qu'il s'entende avec M. le ministre de la Guerre afin de faire affecter tous les étudiants en médecine — y compris ceux restés dans des régiments de combattants et n'ayant pas été affectés au service de santé — à des villes de facultés ou d'écoles de médecine.

L'armée n'en souffrira aucunement dans sa force et, d'autre part, nos futurs médecins pourront ainsi faire des études complètes et sérieuses et maintenir, en France et surtout à l'étranger la réputation du corps médical français.

*M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.* — La situation des étudiants est bien telle que vient de la décrire M. Bouffandeau. Des étudiants sont aux armées depuis sept ans ; la plupart y sont depuis quatre années — je ne parle, bien entendu, que des étudiants du cadre de réserve. — Cette simple constatation suffit pour vous faire comprendre quelle sollicitude méritent les étudiants dont la situation préoccupe à juste titre la commission de l'enseignement, et en même temps à quel point l'avenir de la France, notre capital intellectuel, est intéressé aux solutions que le ministre de l'Instruction publique et le Gouvernement peuvent dès à présent envisager, ou ont déjà été prises et réalisées.

Le but à atteindre, en ce qui concerne l'instruction publique, nous le concevons de la même manière : il s'agit d'abrégier la scolarité des étudiants après leur libération, mais en même temps et — c'est le point de vue auquel vous conviendrez que le ministre de l'Instruction publique doit se placer — il faut se garder de déprécier en rien les diplômes qui peuvent être accordés aux étudiants après une scolarité abrégée. C'est donc en partant de ce double principe que j'ai essayé d'envisager les mesures propres à donner satisfaction à la commission de l'enseignement.

Les idées directrices sont les suivantes : d'abord, il doit être bien entendu qu'il n'y aura pas de diplôme sans examen, sans épreuves sérieuses et absolument probantes.

Sur ce point, il ne saurait y avoir de doute. Mais en même temps, il est indispensable que la liberté de se présenter aux examens auxquels on se croit préparé soit entière pour les étudiants.

Il ne faut pas que les délais ordinaires jouent entre les examens. Il est nécessaire que les jeunes gens assez intelligents, assez travailleurs pour gagner du temps sur les autres et se préparer aux examens, soient libres de s'y présenter, et qu'ils ne soient pas arrêtés par les formalités en usage dans les facultés.

Troisième idée directrice : il faut autant que possible réduire les programmes à l'essentiel. C'est le moment de les resserrer, d'en extraire la substance et de n'exiger de l'étudiant que ce qui fait véritablement sa force et sa valeur, que ce qui le prépare réellement à la fonction qu'il doit exercer.

Ensuite, il ne faut pas que l'obligation de prendre des inscriptions à dates fixes arrête la préparation des examens. Par conséquent, il faut que les inscriptions cumulatives deviennent la règle pour les étudiants mobilisés.

Enfin, il ne faut pas, lorsqu'un étudiant a subi un échec à un examen, qu'il soit arrêté dans la suite de ses études ; il faut qu'il puisse continuer ses études comme s'il avait été reçu, à la condition qu'en doublant les étapes, en déployant un zèle assidu dans le travail, il puisse réparer l'insuccès qu'il a éprouvé et faire marcher de pair la préparation des deux examens qui, jusqu'à présent, devaient être successifs et séparés par l'intervalle d'une année.

Voilà, d'une façon un peu sommaire, les principes sur lesquels je me suis appuyé, d'accord avec le conseil supérieur de l'instruction publique.

Les élèves refusés à un examen de première année devaient jusqu'à présent recommencer l'année scolaire pour préparer l'examen auquel ils avaient échoué.

Je crois qu'en ce moment il est parfaitement possible d'admettre qu'ils prennent les inscriptions relatives au second examen et préparent ce second examen à condition qu'ils ne puissent pas passer l'examen de deuxième année avant d'avoir satisfait à celui de première année.

Les mesures que j'avais décidées en vertu de ces principes se rapportent aux trois degrés d'enseignement.

En ce qui concerne l'enseignement supérieur, les mesures avaient déjà été prises par mes prédécesseurs. Je vous rappelle les circulaires du 25 novembre 1916 et du 14 avril 1917 : elles autorisaient déjà l'inscription pour les militaires qui remplissaient certaines conditions déterminées, mais cette autorisation était accordée dans des conditions trop étroites : en effet, c'étaient seulement les auxiliaires, les inaptes, les officiers renvoyés à l'intérieur pour blessures de guerre qui pouvaient prendre les inscriptions nécessaires aux examens.

J'ai cru devoir élargir ces conditions. En le faisant, je n'ai pas eu grand mérite. Les événements avaient marché et, à ce moment, je pouvais prendre une mesure encore plus large que la mesure déjà très raisonnable à laquelle mon prédécesseur s'était arrêté.

C'est alors que j'ai fait paraître l'instruction du 25 mars 1918, que j'ai prise d'accord avec la commission interministérielle à laquelle je veux rendre hommage, car elle a constamment éclairé mes décisions et m'a permis d'agir avec méthode dans l'intérêt des étudiants.

L'instruction du 25 mars élargissait les circulaires précédentes. Il s'agit ici uniquement des étudiants du cadre de réserve, c'est-à-dire des étudiants qui avaient accompli soit en temps de paix, soit en temps de guerre, les trois ans obligatoires de service militaire. Je leur avais donc donné la faculté de prendre des inscriptions et de continuer leurs études à partir du 1<sup>er</sup> avril 1918 ; mais, bien entendu, je n'ai pas pu leur donner le moyen de valider ces inscriptions ; j'ai considéré comme validées les inscriptions prises dans l'année qui a précédé la mobilisation ; mais, cela fait, les études et les examens étaient subordonnés aux obligations militaires. Je n'ai pas pu obtenir qu'il



leur fût accordé des permissions ou des congés pour venir préparer des examens ou valider leurs inscriptions.

Ce droit d'inscription a donc été subordonné aux obligations militaires que les étudiants avaient à remplir. Quelques-uns de ces jeunes gens ont pu se présenter aux examens de fin d'année ; un certain nombre d'entre eux, il faut le dire à leur honneur, ont utilisé les loisirs que leur laissait le service militaire en temps de guerre pour préparer des examens auxquels ils ont été reçus avec succès. Mais le plus grand nombre n'a pas pu profiter de ce droit d'inscription que leur avait concédé le ministre.

Bien mieux, j'ai décidé que les inscriptions seraient prises par procuration. Bien que j'aie donné toutes les facilités pour prendre ces inscriptions, bien que j'aie même décidé que des examens individuels pourraient être réclamés à toute époque de l'année scolaire par les étudiants qui se croiraient prêts à les passer malgré toutes les concessions que j'ai faites, le plus grand nombre des étudiants n'a pas pu profiter de cette situation universitaire favorable, mais qui l'était beaucoup moins à cause des obligations militaires auxquelles ils étaient astreints.

*M. Pierre Rameil.* — J'ai écrit au directeur de l'enseignement supérieur pour lui signaler une question qui, à mon avis, me paraît très importante. Le département de la guerre a engagé de très grosses dépenses pour acquérir des appareils enregistreurs et de repérage par le son qui sont d'une très grande précision. Dernièrement, nous nous préoccupons de la façon dont nous augmenterions le matériel de nos laboratoires, de façon à attirer et à intéresser en particulier les étudiants étrangers. Dans cet ordre d'idées, je sais, Monsieur le ministre, que des professeurs appartenant à des écoles de médecine vous ont écrit pour demander que ces appareils si délicats et qui ont coûté jusqu'à 60.000 et 80.000 francs fussent mis à la disposition des facultés. Je crois savoir qu'on n'a pas tenu compte de ces demandes.

Je voudrais, Monsieur le ministre, que vous donniez les ordres nécessaires pour réserver à notre enseignement national ces instruments de précision.

*M. Gilbert Laurent.* — Tels ceux de radioscopie et de radiographie.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Cette question ne rentre pas dans le cadre de mes observations. Cependant je puis, d'un mot, vous faire connaître les démarches que j'ai faites et les mesures prises. Je regrette que M. le sous-secrétaire d'Etat à la liquidation des stocks ne soit pas présent, il aurait pu vous renseigner avec exactitude.

En ce qui me concerne, j'ai demandé aux ministères de la Guerre et des Finances et notamment à M. le sous-secrétaire d'Etat à la liquidation des stocks, de vouloir bien mettre en réserve les instruments de précision dont vous parlez. J'avais même désiré que la rétrocession gratuite de ces instruments me fût accordée, dans l'intérêt général de la science. Mais, il faut compter un peu avec les règles anciennes, même en temps de guerre.

J'ai simplement obtenu que ces instruments fussent mis en réserve et que le ministère de l'Instruction publique eût, pour ainsi dire, un droit

de préemption, à des conditions que j'espère favorables au point de vue financier. Mais c'est tout ce que j'ai pu obtenir. C'est déjà un résultat.

*M. Barthe.* — J'ai pu obtenir du sous-secrétaire d'Etat du service de santé quelques microscopes pour des pharmaciens. Il est tout à fait étonnant que ce que M. Mourier peut faire pour les pharmaciens, vous, ministre de l'Instruction publique, vous ne puissiez pas le faire pour l'enseignement supérieur.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Cela prouve que l'influence des pharmaciens est considérable. Souhaitons qu'en cette circonstance la mienne soit égale à la leur. Pour le moment, je vous répète que j'ai obtenu que ces instruments fussent mis en réserve et, par conséquent, à ma disposition, en ce sens que personne ne pourra les acheter avant que le ministère de l'Instruction publique n'ait fait connaître s'il désirait les acquérir pour son compte.

Je reviens à la question qui occupe en ce moment la Chambre. Pour les étudiants en médecine notamment, j'ai été obligé de maintenir les travaux pratiques et les stages, ainsi que pour les étudiants en pharmacie. Mais ce stage et ces travaux pratiques ont été abrégés, comme le rappelait M. Bouffandeau, d'un an à trois mois.

*M. Gilbert Laurent.* — Ils ont même été peut-être un peu trop abrégés.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Les inconvénients seront diminués par le travail intensif des étudiants qui bénéficieront de ces mesures. J'ai pris, d'ailleurs, ces décisions d'accord avec la commission consultative de l'Instruction publique.

.....  
Donc, tous les étudiants du P. C. N. de ces mêmes classes peuvent prendre leur troisième inscription après un stage de travaux pratiques. A ce moment, on leur délivre le certificat d'inscription. Ceux qui ont quatre inscriptions peuvent recevoir le P. C. N. après examen de leurs dossiers.

Ces certificats sont provisoires et ne deviennent définitifs qu'après décision de la faculté.

Enfin, je vous prie de remarquer que ces mesures découlent des principes généraux que j'ai énoncés : abréger la scolarité sans compromettre cependant la valeur du diplôme.

Je suis allé plus loin et ceci, je l'assure, est un peu mon œuvre personnelle, quoique j'aie consulté sur ce point la commission interministérielle. J'ai cru devoir faire une addition au décret du 25 mars.

Par décision du 19 décembre 1918, j'ai cru devoir régler la situation des étudiants des classes 1913 et 1914 qui, à la veille de la mobilisation, avaient échoué à l'examen de fin d'année et qui, ensuite, pendant quatre ans et demi, avaient dû abandonner la préparation de cet examen et n'avaient pas pu se présenter à une des sessions suivantes.

Il ne m'a pas paru raisonnable d'exiger qu'au bout de quatre ans et demi, ils fussent astreints à repasser intégralement l'examen auquel ils avaient échoué.

Ma première pensée a été de demander aux facultés de reprendre leurs dossiers et de me désigner ceux qui pouvaient bénéficier d'une mesure de faveur que la guerre justifiait.



J'ai dû renoncer à cette idée, car il est difficile de demander à un jury d'examen, qui s'est prononcé, de modifier les notes qu'il a données.

J'ai donc pris, d'accord avec les doyens des facultés, une décision ministérielle aux termes de laquelle les jeunes gens qui avaient échoué à cet examen en 1914 seraient dispensés de le repasser entièrement, mais auraient à réparer leur échec chaque fois que la note d'une des parties de l'examen serait inférieure à un quart des points.

C'est une mesure libérale, un peu hâtive, mais qui n'a pas été contestée, parce qu'elle était vraiment raisonnable après cinq ans de guerre.

En ce qui concerne les étudiants en médecine, j'ai pris un arrêté, le 24 décembre 1918, qui, obéissant au même principe, abrège la scolarité. J'ai autorisé les étudiants en médecine qui se trouvaient sous les drapeaux pendant la guerre, à opter entre le nouveau et l'ancien régime d'études ; ils gagnent ainsi une année. J'ai pris la même mesure pour les étudiants en pharmacie, qu'on ne peut guère séparer des étudiants en médecine.

Voilà les mesures que j'ai prises, que je pourrais appeler des mesures de raccord, de transition, pour souder la situation qui a précédé la guerre à la situation actuelle.

*M. Jules Nadi* signale le cas particulier d'un étudiant étranger.....

*M. Chassaing.* — Il ne faut pas que les étudiants français soient concurrencés par des étudiants étrangers, pourvus d'un titre dont nous ne connaissons pas la valeur.

*M. Lachaud.* — Nous avons été assez envahis par les médecins étrangers pour ne pas l'être encore davantage.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Je ne peux pas examiner tous ces cas. Celui-ci est, d'ailleurs, en dehors du sujet que je traite. Je m'occupe des étudiants français, tandis qu'il s'agit là de médecins étrangers qui, pendant la guerre, ont exercé en France.

C'est une question très délicate, sur laquelle la commission spéciale du ministère de l'Instruction publique s'est déjà prononcée à plusieurs reprises dans un sens défavorable.

Cependant, à la suite des interventions nombreuses qui ont eu lieu auprès de moi, je n'ai pas pu ne pas y réfléchir et j'ai examiné le fond même de cette question.

*J'estime qu'il faut être extrêmement prudent et ne pas accorder des équivalences à des médecins étrangers.*

Le seul point de vue auquel je me suis placé est celui-ci : il y a une distinction à établir entre les médecins étrangers qui sont allés au front dans les rangs de l'armée française, qui y ont soigné nos blessés, qui ont rendu des services, qui se sont distingués par leur valeur médicale ou chirurgicale, et les autres, ceux qui, pendant la guerre, tandis que les médecins français soignaient les blessés, conservaient, eux, à l'intérieur, ou développaient leur clientèle, grâce à leur titre d'étrangers.

Je n'ai pas pris de décision et n'en perdrai aucune sans la plus extrême prudence, sans m'être entouré de tous les renseignements et avis.

La seule enquête à laquelle je me suis livré a consisté à demander à M. le ministre de l'Intérieur, qui a la surveillance de l'exercice de la

médecine, de vouloir bien me faire connaître combien il y avait à Paris et en France de ces médecins étrangers qui avaient exercé à l'intérieur pendant la guerre.

D'autre part, j'ai cru devoir consulter également le groupe médical de la Chambre sur la question de savoir s'il faut approuver d'une façon rigoureuse ou avec certains tempéraments la jurisprudence observée jusqu'ici au ministère de l'Instruction publique.

La question est délicate et je ne la résoudrai pas, sans être d'accord avec tous ceux qui ont qualité pour donner leur opinion.

Telles sont les mesures de raccord ou de transition.

Je désire vous entretenir, maintenant, des mesures de réparations proprement dites que je distingue des autres.

Je n'ai pas été le premier à prendre ces mesures de réparations.

En effet, par un décret du 12 juillet 1917, un de mes prédécesseurs avait déjà envisagé des mesures réparatrices, tout d'abord, au sujet des dispenses de grades exigés pour l'inscription dans les facultés, ensuite, au point de vue de la durée de la scolarité après la libération.

D'ailleurs, ces dispenses de grade ont été accordées par anticipation pendant la guerre après avis de la commission spéciale, aux étudiants blessés ou malades, considérés dès lors comme libérés de leurs obligations militaires proprement dites, et méritant une sollicitude particulière.

Ces mesures ont été prises en temps de guerre et j'ai, maintenant, à envisager le règlement de la situation des étudiants pour le moment où ils pourront reprendre leur scolarité régulière, c'est-à-dire après la signature des préliminaires de paix, quand le ministère de la Guerre pourra me rendre ces étudiants et les remettre dans la situation normale qu'ils doivent occuper.

Les mesures précédentes étaient insuffisantes, mais elles ne pouvaient pas être autres que celles qui ont été prises.

Il convenait, par conséquent, d'en prendre de nouvelles pour le temps de paix.

J'ai envisagé la situation de l'étudiant au lendemain de la libération définitive de sa classe : c'est le point de vue auquel désormais je devais me placer.

Vous avez pu voir, au *Journal officiel* du 10 janvier dernier, neuf décrets, arrêtés ou instructions par lesquels j'ai essayé de régler les différentes questions qui intéressent les étudiants. J'ai obéi à une double pensée : hâter les études, mais conserver les stages et les travaux pratiques, surtout pour les étudiants en médecine.

Ces stages et travaux pratiques sont, avec les études proprement dites, les garanties spéciales des diplômes que nous leur délivrons.

En somme, pour employer la formule dont je me suis servi moi-même dans l'exposé des motifs du rapport adressé au Président de la République sur les décrets que vous avez vus, je dis que ce ne sont pas les étudiants mobilisés qui doivent s'adapter au régime normal, mais que c'est, au contraire, le régime qui doit s'adapter à toutes les catégories d'étudiants mobilisés. Voilà la formule que je veux appliquer et qui me paraît répondre à la réalité des choses.



Après avoir parlé des étudiants qui ont fait acte de scolarité, il faut bien envisager, maintenant, la situation de ceux qui n'avaient pas fait acte de scolarité avant la guerre. Car, si vous voulez recruter le personnel destiné aux fonctions publiques et aux fonctions libérales, il faut prendre des mesures pour que ceux qui, avant la mobilisation, avaient l'intention d'entreprendre des études, ne soient pas tentés d'y renoncer pour toujours.

Il faut donc faciliter l'accès dans les facultés. Voilà les trois points sur lesquels j'ai essayé d'appliquer les principes généraux qu'au début de cet exposé j'avais annoncés à la Chambre.

Pour le baccalauréat, j'ai pris une mesure hardie, je l'avoue. D'abord, j'ai proclamé qu'on pouvait admettre à l'examen ceux qui étaient admissibles avant la guerre.

Le baccalauréat n'est pas un examen d'enseignement.

On pouvait, par conséquent, prendre une mesure audacieuse et déclarer bachelier ceux qui n'avaient été qu'admissibles avant la guerre. Après quatre ans et demi, obliger ces jeunes gens à passer l'oral, eût été vraiment un peu excessif.

J'ai pris une seconde mesure à l'égard de ceux qui avaient échoué avant la guerre. Cette mesure est un peu hardie, je le répète, mais je l'ai prise d'accord avec la commission interministérielle.

Le 10 février, j'ai pris une décision qui a fixé le programme de l'examen oral, le seul qu'on exige des candidats refusés.

Je crois, en effet, qu'on peut faire subir un examen spécial, un examen oral, aux candidats qui ont échoué avant la guerre. Ceux qui ont échoué à la première partie passeront un examen oral. Ceux qui avaient la première partie et qui ont échoué à l'examen de philosophie pourront subir un simple examen oral pour la seconde partie.

Ce sont là des mesures dont la témérité, au moins apparente, a suscité quelques résistances, mais que j'ai cru pouvoir prendre, cependant, persuadé que cette indulgence était une forme de la justice.

.....  
*M. Pierre Rameil.* — M. Vieillard vous avait demandé de dispenser de la deuxième partie les élèves ayant passé la première. Vous auriez pu aller jusque-là.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Cependant il faut s'assurer que les candidats ne sont pas des non-valeurs et qu'un effort minimum de travail les a rendu capables de répondre à certaines questions orales. Il ne faut pas, en exagérant, déprécier le diplôme.

L'année dernière, j'ai usé du droit que j'avais de recommander aux professeurs de lire attentivement le livret scolaire. Je savais que le livret scolaire n'était pas toujours étudié par les professeurs de faculté. Je me suis assuré par moi-même que mes instructions avaient été suivies. J'ai découvert un cas où cette instruction n'avait pas été écoutée ; j'ai obligé cette faculté — qui était celle de Paris — à recommencer l'examen du dossier et du livret scolaire ; et elle a dû proclamer admissible un élève qu'elle avait refusé. C'est là un acte un peu énergique auquel on n'est pas habitué, mais j'estime que, quand on donne des instructions, il faut s'assurer qu'elles sont suivies.

*M. Lefebvre du Prey.* — Permettez-moi, Monsieur le ministre, d'appeler votre attention sur la situation de jeunes gens de la classe 1917 ; ils ont été appelés plus tôt que leurs camarades des autres classes, au commencement de janvier : ils ont donc été privés de la session de mars. Ne pourrait-on pas prendre une mesure en leur faveur afin qu'ils ne soient pas en état d'infériorité par rapport à leurs camarades des classes 1916 et 1918 ?

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — J'étudierai cette situation et je chercherai quelle solution elle peut comporter.

*M. Lagrosillière.* — Vous nous avez parlé d'une commission interministérielle. Y ferez-vous entrer des représentants du ministère des Colonies ?

D'autre part, les mesures très bienveillantes et très sages dont vous nous avez parlé, seront-elles applicables aux colonies ?

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — La commission comprend des représentants du ministère de la Guerre ; je ne crois pas qu'on ait fait appel au ministère des Colonies, mais je puis donner à mon collègue l'assurance que les mesures que je viens d'énoncer seront applicables de plein droit aux colonies.

Voilà le premier décret, concernant le baccalauréat ; je vous en ai indiqué les grandes lignes.

Un autre décret, du 10 janvier 1919, règle le statut des étudiants, en général. C'est l'énoncé des mesures qui découlent des principes que j'ai indiqués tout à l'heure. Vous y verrez que j'ai prévu la durée de la validité des inscriptions après la guerre : j'ai prolongé d'une durée égale, après la guerre, les inscriptions prises avant les hostilités. J'ai indiqué que les inscriptions cumulatives devaient être la règle.

J'ai réduit à six mois la durée des études qui était ordinairement d'une année ; j'ai condensé en une période de trois mois les travaux pratiques d'une année. J'ai prévu des sessions d'examen tous les trois mois. J'ai autorisé la réduction à trois mois de l'intervalle d'une année entre deux examens ; c'est encore une mesure un peu hardie, mais que vous apprécierez certainement.

J'ai abrogé les règles ordinaires pour les étudiants prisonniers. Ceux-ci comprennent deux catégories. Les uns ont pu trouver, dans les loisirs de la captivité, le temps de préparer des examens ; il ne faut pas qu'ils soient arrêtés par les moindres délais, il faut qu'ils puissent se présenter immédiatement. Quant aux autres, ils bénéficieront tout naturellement des règles que j'ai posées pour les autres étudiants.

Enfin, une mesure que j'ai prise et que je crois importante est le droit d'inscription dans les facultés pour les jeunes gens pourvus seulement de la première partie du baccalauréat, sous réserve, bien entendu, qu'avant de subir leur premier examen d'enseignement supérieur, ils passeront l'examen oral que j'ai prévu par décision du 10 février 1919. C'est une mesure nouvelle ; elle peut être prise sans péril.

*M. Ferdinand Bougère.* — Comment l'entendez-vous, Monsieur le ministre ?

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Un jeune homme est pourvu de la première partie du baccalauréat. Pour entrer dans une



faculté, il faut être pourvu de la deuxième partie. Je l'autorise à entrer à la faculté avec la première partie en lui disant : « Avant de passer l'examen qui termine votre première année d'enseignement supérieur, vous aurez subi avec succès l'examen complet du baccalauréat tel qu'il est fixé par la décision du 10 février 1919, c'est-à-dire non pas l'examen total d'avant la guerre, mais l'examen oral que je lui substitue. »

*M. Ferdinand Bougère.* — En sorte qu'il pourra passer ses deux examens à quelques jours de distance.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Pourvu qu'ils soient passés la veille, c'est suffisant.

*M. de Castelnau.* — Quelles facilités donnerez-vous aux étudiants qui sont actuellement mobilisés, pour suivre les cours des facultés ?

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — J'ai pris aussi, à la même date, un décret qui concerne les régions libérées.

Il était question tout à l'heure des étudiants de ces régions. M. Deschamps a répondu à une question posée. Je dois ajouter, en ce qui me concerne, que j'ai consenti un avantage aux jeunes gens de ces régions.

Les candidats des classes 1918 et plus jeunes bénéficieront des dispenses que j'ai accordées aux jeunes gens des autres régions pour les classes 1917 et antérieures, c'est-à-dire que, dans la mesure de leurs obligations militaires, ces jeunes gens des classes 1918 et plus jeunes pourront prendre des inscriptions, se présenter aux examens et parfaire leurs études. C'est une réparation assez large et parfaitement juste pour ces jeunes gens qui ont souffert de l'oppression allemande.

Voilà, dans leur ensemble, les mesures que j'ai prises pour l'enseignement supérieur.

Pour l'enseignement secondaire, je n'ai pas eu à prendre des mesures aussi nombreuses et aussi importantes. Il est difficile de décerner le baccalauréat à ceux qui n'ont pas le temps de le passer.

*M. Chassaing.* — Les élèves titulaires de la première partie du baccalauréat peuvent-ils être dispensés de la seconde partie, par exemple pour commencer leurs études de médecine ou de droit ?

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Les élèves pourvus de la première partie du baccalauréat pouvaient commencer leurs études de médecine et de droit dans les facultés, à la condition que dans le courant de l'année ou immédiatement avant l'examen de fin d'année, ils subissent avec succès la deuxième partie du baccalauréat sous la forme de l'examen oral spécial institué par le décret du 6 février 1919.

Je ne puis pas aller plus loin, sous peine de déprécier le diplôme. J'arrive à l'enseignement primaire.

Quant au brevet supérieur, je ne crois pas possible de changer ni le nombre ni la nature des épreuves ; il est seulement possible d'alléger le programme et surtout de prolonger la durée de validité de l'admissibilité.

*M. le rapporteur.* — Nous sommes d'accord.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — J'avais, jusqu'à pré-

sent, annoncé des mesures purement universitaires. Je n'ai pas besoin de dire que, comme ministre de l'Instruction publique, j'en ai demandé de beaucoup plus larges, et j'en ai obtenu quelques-unes que j'énunmère.

Pour les étudiants en médecine, bien que M. Laurent ait demandé pour eux de nouvelles mesures, ... j'ai obtenu, par l'initiative de M. Mourier, qui s'est mis d'accord avec moi, la réunion dans un certain nombre de centres universitaires d'une première série d'étudiants en médecine pour six mois, ces six mois représentant pour eux la valeur d'une année d'études.

.....  
J'avais demandé également que des cours militaires spéciaux de préparation pour les candidats au concours de 1919 aux grandes écoles scientifiques fussent créés. Cela est fait.

Des préparations spéciales pour les élèves des écoles scientifiques ont été instituées....

J'ai également obtenu pour les étudiants sous les drapeaux, en mesure de se présenter aux examens des facultés, le droit à une permission spéciale. C'est là un progrès assez considérable, car, jusqu'à présent, les étudiants se trouvant dans cette situation devaient attendre leur tour de permission régulier pour passer leurs examens.

J'ai demandé également qu'après les vacances de Pâques, on voulût bien me rendre les étudiants des anciennes classes, jusqu'à celles de 1914. Je me suis incliné devant les nécessités militaires, que je connais, et je suis parfaitement d'accord avec le Gouvernement sur ce point. Il y a lieu d'attendre. Des raisons militaires, dont l'importance ne vous échappera pas, empêchent à l'heure actuelle la rentrée de ces étudiants et, s'il le juge à propos, M. le sous-secrétaire d'Etat pourra vous donner les raisons qui rendent nécessaire leur maintien sous les drapeaux pendant quelque temps encore.

J'aurais également voulu obtenir la rentrée à Paris des élèves de toutes les grandes écoles, des écoles spéciales du Gouvernement et aussi de la ville de Paris.

Je n'ai point encore réussi et j'attends ce résultat.

.....  
Toutes ces mesures n'auront donc d'effet que lorsque les nécessités militaires permettront la démobilisation des étudiants. Je tirerai de la situation le meilleur parti. Je disais tout à l'heure que nous serons obligés d'organiser pendant les vacances des cours spéciaux pour les étudiants qui n'auront pu rentrer. Je ferai appel au concours de tous les maîtres de nos écoles.

Enfin, j'aborde la question des subsides pour les étudiants qui viennent de revenir. Depuis le 18 février 1918, je m'en préoccupe.

Voilà des étudiants qui sont libérés après plusieurs années de guerre. Les familles ne sont plus en état de les aider. Les bourses que leur octroie l'Etat sont insuffisantes. Il est temps de penser à les mettre dans une situation qui leur permette de préparer les concours d'agrégation et tous les autres examens. Sur ce point, rien n'est encore résolu.

Depuis cette époque, je demande l'autorisation d'utiliser les crédits



inscrits au budget pour cet objet, en les accordant aux étudiants qui sont rentrés et qui souvent ne peuvent pas subsister dans les conditions de vie chère actuelles. Le ministre des Finances m'a demandé un décret spécial pour fixer les conditions d'attribution. Ce décret est fait et lui est actuellement soumis. J'espère que dans quelque temps je pourrai obtenir de lui et du Gouvernement la permission de donner des subsides aux étudiants qui ont repris leurs études et qui sont dans une situation malheureuse.

.....  
Les suggestions de la Chambre, que je suis prêt à accepter dans la mesure où elles seront pratiques, me permettront de donner satisfaction aux légitimes désirs des étudiants et aussi de sauvegarder l'avenir intellectuel du pays.

*M. Ferdinand Bougère* entretient la Chambre du baccalauréat et de l'accession aux carrières de la médecine et du droit.....

*Le ministre de l'Instruction publique* répond.....

*M. Ferdinand Bougère* regrette la disparition des officiers de santé qui rendaient des services dans les campagnes.

.....  
*M. Paul Ribeyre.* — J'attire l'attention de M. le ministre sur la situation de certains jeunes gens tout à fait dignes d'intérêt : des mobilisés appartenant aux plus jeunes classes et qui ont été faits prisonniers.

Pour une raison quelconque, certains d'entre eux ont été envoyés en Suisse où ils sont restés dix, douze et même quinze mois. Quelques-uns, qui avaient leur baccalauréat et avaient même commencé des études de médecine ou de droit en France, ont trouvé le moyen, pendant leur séjour en Suisse, de suivre des cours dans différentes universités. Ils désireraient que le Gouvernement français pût prendre en leur faveur certaines mesures, soit pour leur permettre de continuer immédiatement leurs cours en France, soit même, s'ils justifient de leur présence dans certaines universités suisses et de travaux sérieux qu'ils y auraient faits, pour leur tenir compte, dans la durée de leur scolarité obligatoire en France, de la totalité ou d'une partie du temps qu'ils ont passé dans les universités suisses pendant leur captivité.

Je vous demande, monsieur le ministre, d'examiner très attentivement cette situation, qui est digne d'intérêt.

*M. le ministre de l'Instruction publique.* — Il s'agit là d'une question d'équivalence que j'étudierai, si vous voulez bien me la soumettre.

*M. Pierre Rameil.* — Je voudrais qu'on essayât, à ce moment, pour aider à reconstituer notre élite massacrée, de donner par tous les moyens des facilités aux étudiants quels qu'ils soient, en leur permettant, tandis qu'ils accomplissent leur période militaire, limitée sans doute mais indispensable, de continuer leurs études.

C'est par l'adoption de mesures de ce genre que nous empêcherons la ruine de notre enseignement.

*M. le président.* — Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale?...

La discussion générale est close.

Je consulte la Chambre sur la question de savoir si elle entend passer la discussion de l'article unique.

(La Chambre, consultée, décide qu'elle passe à la discussion de l'article.)

« *Article unique.* — La Chambre invite le Gouvernement à prendre en faveur des mobilisés des trois ordres d'enseignement et de tous les jeunes gens dont les études ont été interrompues par les hostilités, les mesures suivantes :

» Enseignement supérieur. — a) Accorder très largement, et aussi longtemps qu'il sera nécessaire, aux étudiants qui ont été mobilisés, l'autorisation de prendre des inscriptions cumulatives leur permettant de subir les examens dans les plus brefs délais possibles ;

» b) Permettre aux étudiants des classes 1914 et plus anciennes, dont les études étaient en cours au début des hostilités, de reprendre ces études sans délai soit par une mise en congé, soit par leur affectation à une ville de faculté ;

» c) Prévoir cette affectation pour les étudiants des classes les plus jeunes lorsque les circonstances le permettront ;

» d) Envisager une aide pécuniaire sous forme de bourses ou d'exonération de droit pour les étudiants qui ont été mobilisés et qui, de par leur situation, ne pourraient reprendre leurs études sans cette aide.

» Grandes écoles et limite d'âge pour les concours. — a) Etendre les mesures prises pour les grandes écoles à tous les élèves des grandes écoles spéciales dont les études ont été interrompues par les hostilités ;

» b) Faire bénéficier les boursiers de licence des mesures prises en faveur des élèves de l'école normale supérieure, issus du même concours qu'eux ;

» c) Reculer la limite d'âge imposée pour l'entrée aux écoles et pour l'admission au concours ouvrant l'accès de certaines carrières de telle sorte qu'aucun mobilisé ne soit lésé dans ses intérêts légitimes.

» Enseignement secondaire. — a) Maintenir aussi longtemps que l'exigeront les intérêts des élèves qui ont été mobilisés les mesures réparatrices prises pour les candidats au baccalauréat ;

» b) Examiner dans quelles conditions une attestation pourrait être délivrée par le chef de l'établissement aux élèves de l'enseignement secondaire qui ne peuvent reprendre leurs études et passer l'examen du baccalauréat, pour indiquer qu'ils ont reçu l'enseignement du second cycle jusqu'à la classe au cours de laquelle ils ont interrompu leurs études.

#### *Enseignement primaire <sup>1</sup>.*

» g) Prendre pour les candidats au brevet supérieur qui ont été mobilisés des mesures analogues à celles qui ont été prises en faveur des candidats au baccalauréat.....

L'article unique, mis aux voix, est adopté.

1. Les diverses parties de la résolution relatives à l'enseignement primaire visent toutes le certificat d'aptitude à l'inspection primaire et à la direction des écoles normales, le certificat d'aptitude pédagogique, les instituteurs primaires, sauf le paragraphe g, reproduit in-extenso.



## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### PRÉVOYANCE

La prévoyance, a-t-on dit parfois, n'est pas la qualité principale de notre profession. Cela s'explique, du reste, sans se justifier, par certaines raisons spéciales faciles à déterminer : gain généralement élevé, atteint souvent dès le début de la carrière, faisant perdre de vue le souci de l'avenir ; certitude — au moins apparente — que la profession pourra toujours satisfaire aux exigences de la vie de celui qui l'exerce ; existence relativement facile jusque dans les années qui ont précédé la grande guerre, etc.

Cependant nul n'est complètement maître de son sort : la maladie ou la fatigue peuvent avoir pour conséquence une impossibilité de travail au moins partielle. Un accident peut entraîner la disparition du chef de famille et condamner à la gêne ceux des siens qui jusque-là avaient vécu dans l'aisance et sans souci du lendemain.

Nous avons tous connu quelques-uns de nos confrères, atteints par l'âge, la maladie ou quelque catastrophe financière, réduits, aux portes de la vieillesse, à une situation pénible, obligés parfois de demander les secours de notre Caisse de prévoyance.

La nécessité d'assurer l'avenir et de se ménager une retraite devient d'ailleurs plus impérieuse encore à l'époque troublée que nous traversons. C'est un devoir de garantir dans la mesure du possible les siens, ceux que l'on emploie et soi-même contre les mauvais risques de l'existence.

Ces pensées s'imposent avec force — aujourd'hui plus que jamais — à l'attention de tous nos confrères et plusieurs de nos correspondants nous ont saisi de leur désir de voir se créer dans notre profession, sinon une Société de secours mutuels que pour diverses raisons il serait assez difficile d'organiser, tout au moins une Caisse de retraites et de prévoyance.

Or cette caisse existe déjà, son fonctionnement offre *le maximum de garanties*, puisque c'est une *institution de l'Etat*, les avantages qu'elle présente sont remarquables et les sacrifices qu'elle exige peuvent être proportionnés aux disponibilités de chacun.

Nous voulons parler de la *Caisse nationale des Retraites pour la vieillesse*, créée par les lois des 18 juin 1850 et 20 juillet 1886 et gérée par la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette institution

sociale, dont le fonctionnement devrait être connu de tous est pourtant ignorée, tout au moins dans les détails de son organisation, par trop peu de confrères parmi nous, bien qu'elle compte actuellement *deux millions* de déposants et qu'elle possède un portefeuille de plus de *deux milliards de francs*.

Quelques exemples feront mieux saisir le haut intérêt que présente pour tous cette forme d'assurance.

Voulez-vous, si vous avez 30 ans, vous garantir à 55 ans une rente de 2.000 francs. Vous aurez à faire jusqu'à l'âge d'entrée en jouissance de la retraite un versement annuel de 430 francs à capital aliéné, si vous voulez obtenir dans les mêmes conditions 2.400 fr. de rente (maximum légal), le versement sur les bases du tarif actuel serait de 540 fr. par an.

Si votre femme est âgée de 25 ans et que dans les conditions ci-dessus (rente à 55 ans, capital aliéné) vous vouliez lui assurer 2.000 fr. de rente, votre versement devra être de 300 fr. par an; ce versement sera de 375 fr. s'il s'agit de garantir 2.400 fr.

Père de famille, voulez-vous donner à l'enfant qui vient de naître une garantie pour un avenir — éloigné sans doute, mais que vous espérez bien qu'il atteindra — il vous suffira de verser, depuis la naissance de l'enfant, jusqu'à ce qu'il ait atteint 21 ans, 180 francs par an (15 francs par mois) pour lui assurer, à capital aliéné 2.315 fr. de rente à 50 ans. Si vous vous réservez, en cas de décès du bénéficiaire présumé, le retour des sommes que vous aurez versées, la rente assurée sera encore de 1.900 francs.

Enfin pour ceux qui disposent de capitaux plus importants un versement de 3.000 fr. effectué, en une seule fois à l'âge de 35 ans, par exemple, assurera à 55 ans une rente viagère de 750 fr. si le capital est *aliéné* et de 520 fr. si ce dernier est *réserve*.

Indépendamment de votre famille vous pouvez également faire des versements au bénéfice d'un tiers et contribuer ainsi à assurer une retraite au personnel que vous employez (opérateurs, mécaniciens, assistants, domestiques, etc.). Le sacrifice n'est pas au-dessus de vos forces économiques et c'est un devoir social certain qui s'impose à chacun de nous de garantir, dans une certaine mesure tout au moins, l'avenir de ceux qui contribuent à assurer sa prospérité personnelle. Le livret constitué au profit d'un tiers, restant la propriété de ce dernier, celui-ci, s'il vient à vous quitter pour un motif quelconque, pourra continuer lui-même les versements sur son livret, le donateur n'ayant pris, d'ailleurs, aucun engagement pour les versements ultérieurs. C'est, du reste, au cours d'études faites pour assurer des retraites au personnel d'une Société dont nous avons l'administration que nous avons été



frappé de l'intérêt que pouvaient présenter pour nos confrères et pour nous-mêmes les combinaisons offertes par la Caisse nationale des Retraites.

Les formalités d'adhésion sont très simples, la seule pièce à produire à l'appui du premier versement étant un extrait de l'acte de naissance du nouveau titulaire, extrait établi gratuitement sur papier libre, et les versements étant reçus en France et en Algérie, dans tous les bureaux de poste et chez les percepteurs des contributions directes.

Les demandes de renseignements et de tarifs peuvent être adressées à la Caisse des Dépôts et Consignations (service de la Caisse nationale des Retraites), rue de Lille, 56, à Paris, VII<sup>e</sup>, et l'on peut se procurer des tracts indiquant les tarifs et le mécanisme des assurances dans tous les bureaux de poste.

Le signataire de cet article est, du reste, à l'entière disposition de ceux de ses confrères qui voudront bien lui demander des éclaircissements ou des renseignements complémentaires.

Que ceux qui ne connaissent pas ou connaissent peu la Caisse nationale des Retraites n'hésitent pas à s'y adresser et à faire acte de prévoyance. Ils n'auront qu'à se féliciter pour leur famille et pour eux-mêmes d'avoir assuré l'avenir. La sécurité du lendemain est en effet pour tous une des principales garanties du bonheur présent.

Maurice Roy.

---

### PRÉAPPRENTISSAGE ET APPRENTISSAGE

*On lit dans le Travail, revue d'enseignement technique, d'études économiques et sociales, du 5 avril 1919, l'intéressant article ci-après, dont nous approuvons les termes, l'apprentissage subissant aussi dans la profession dentaire, une crise qui entrave le recrutement des mécaniciens dentistes.*

*Le préapprentissage — ce néologisme — est issu d'un Congrès tenu à Paris en 1909. Depuis cette époque, le mot a couru, bien qu'il fût déjà déformé, car il se confond quelquefois avec l'apprentissage, qu'il doit seulement précéder, dans l'ordre chronologique.*

Toutes les industries : du fer, de la pierre, des métaux, du bois, du vêtement, de la bijouterie, etc., etc., se subdivisent en corporations, et pour chacune d'elles un apprentissage est nécessaire.

Mais comment l'enfant de 12 à 13 ans, sortant de l'école primaire, doit-il entrer dans la vie ouvrière ?

Pour les familles, dont le gain de l'enfant est un appoint indispensable, il faut le jeter à l'usine, afin d'une réalisation immédiate, ou l'astreindre à des besognes grossières souvent rebutantes, mais qui permettent de trouver tout de suite un salaire déjà appréciable. Dans de telles circonstances, quelle qu'en soit la cause, aucune dissertation ne prévaut contre cette réalité angoissante au point de vue social.

Pour les familles qui veulent au contraire assurer la maîtrise d'un métier à leurs enfants — en les dotant d'un *capital-travail* — nous pouvons dire que présentement l'apprentissage complet est assez difficile à réaliser. La division du travail, l'intensification du rendement dans la production et l'utilisation de l'enfant dans les ateliers, où trop souvent il sert de manœuvre, sont déjà trois sérieux obstacles qui empêchent de saisir, d'apprendre un métier sans spécialisation, en plaçant l'enfant dans un milieu défavorable.

Cependant si l'enfant recevait un enseignement manuel généralisé, correspondant à l'industrie qu'il a choisie ; si l'enfant n'était pas tenu de produire, mais d'apprendre, en s'exerçant au maniement d'outils groupés en séries pour accomplir des exercices déterminés ; si la fonction des muscles par rapport aux attitudes qu'il faut observer dans le travail était appliquée ; si l'on savait provoquer et développer le sentiment de l'ordre, éduquer la volonté, stimuler le goût du travail ; si, par des exemples bien choisis, l'enfant était amené à comprendre la beauté que recèle toute profession d'artisan ; si l'on fixait la leçon pratique du travail manuel par un dessin clairement approprié, il se serait préparé à l'apprentissage, c'est-à-dire il aurait fait excellemment du préapprentissage.

Dès lors, un stage de quelques mois serait suffisant pour débrouiller l'enfant, et après un examen médical indispensable, on pourrait le diriger sûrement vers le métier pour lequel il se serait classé.

Ce cycle du préapprentissage l'aurait épuré, éduqué et instruit.

Ainsi les enfants ne seraient plus versés au hasard dans des professions qu'ils abandonnent, parce qu'ils n'ont reçu aucune préparation les initiant aux métiers vers lesquels ils se destinaient.

*L'apprentissage* veut une préparation technique plus spéciale et en rapport constant avec le métier que l'on désire exercer.

Contrairement à l'apprentissage empirique qui se pratique dans les ateliers, il est indispensable que l'apprenti soit dès les



premiers jours soumis à une discipline morale qui l'éduque, qu'il apprenne d'abord le dessin géométrique et en modèle les formes, qu'il assure l'équilibre des muscles par des exercices de mouvements progressifs, en relation avec les diverses positions du corps humain étudiées pour l'accomplissement du travail de chaque profession, qu'il rectifie et fixe ses attitudes sur des principes scientifiques expérimentés, qu'il fasse des exercices variés de préhension et de maniement d'outils sur la matière à œuvrer pour la formation de son habileté professionnelle.

Puis l'initiation aux formes, aux couleurs et la compréhension de la valeur des matériaux et leur mise en œuvre manuellement, ainsi qu'à l'aide des procédés de fabrication moderne, enrichiront son bagage.

Comment peuvent se former, vivre et se développer des organismes techniques qui ajouteraient à cet enseignement — après un stage — une rétribution calculée sur le travail que produirait l'adulte, tout en continuant d'apprendre et de se perfectionner ?

Nous trouverons parmi les œuvres de guerre des écoles d'apprentissage qui portent le germe de vitalité nécessaire à leur développement <sup>1</sup>. Si elles étaient quelque peu appuyées par les pouvoirs publics, nul doute qu'elles ne rendissent les plus grands services.

Nous examinerons ces écoles dans leur fonctionnement appropriées aux métiers ; nous exposerons les méthodes d'enseignement et nous donnerons le résultat de ces expérimentations qui se sont poursuivies pendant la guerre.

Evidemment, il ne s'agit pas de façonner des apprentis pour en faire de *petites mains*, car elles seront toujours assez nombreuses, mais de jeunes ouvriers habiles ayant du goût et sachant travailler. Et avec cette élite, une émulation provoquera la formation d'artisans capables de s'élever, par leur capacité et leur intelligence, à des conditions supérieures.

Ed. VILLARET.

---

1. Rappelons à ce sujet que l'Ecole dentaire de Paris comprend, dans son programme d'études, des cours théoriques et pratiques pour les apprentis mécaniciens dentistes d'une durée de deux ans, après lesquels il leur est délivré un certificat d'aptitude prothétique.

L'Ecole a également créé depuis la guerre une école de rééducation professionnelle de mécaniciens dentistes pour les mutilés, ainsi que pour les éprouvés de la guerre (veuves et orphelins).

## BIBLIOGRAPHIE

### Transactions of the Panama Pacific Dental Congress.

Nous avons reçu les comptes rendus du Congrès dentaire Panama Pacifique, qui s'est tenu à San Francisco (Californie) du 30 août au 9 septembre 1915.

Rappelons que la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, l'Association générale syndicale des dentistes de France et *l'Odontologie* avaient adhéré à ce Congrès et à l'Exposition internationale qui y était annexée et que notre directeur, M. Godon, était un des présidents d'honneur de ce Congrès. Rappelons également que le Comité français était composé de MM. Godon, Pont, Roy, Blatter, G. Villain. Les circonstances seules ont empêché que la participation française ne fût plus active.

La F. D. I. devait y tenir en même temps sa session annuelle sous la présidence du Dr Brophy.

Les comptes rendus se composent de 3 volumes, formant un total de 1487 pages, publiés par la *Consolidated Dental Mfg Co*, sous la direction de M. R. Ottolengui, agissant au nom du Comité d'organisation.

Le premier volume (518 pages) comprend l'histoire de l'organisation du Congrès, les photographies et les noms des membres du Comité d'organisation, le bureau de la Commission du Congrès en 1915, le bureau du Congrès, les Comités locaux du programme, des démonstrations, de l'exposition, des transports, de l'installation matérielle, des fêtes et du Comité auxiliaire des dames.

Il comprend également les Comités exécutifs d'Etats et nationaux, les Comités étrangers, les bureaux des sections, le Comité des résolutions, le règlement des bureaux des sections et des Comités exécutifs nationaux, les présidents d'honneur, les délégués des Gouvernements étrangers, les délégués des Sociétés d'Etat, les membres délégués du corps dentaire de l'armée et du corps dentaire de la Marine militaire des Etats-Unis, enfin le représentant du service indien des Etats-Unis.

La séance d'ouverture vient ensuite, puis 45 communications aux sections. A la 1<sup>re</sup> section (anatomie, physiologie et histologie), furent présentées 5 communications ; à la 2<sup>e</sup> (étiologie, radiographie, pathologie et bactériologie) 7 ; à la 3<sup>e</sup> (chimie et métallurgie) 2 ; à la 4<sup>e</sup> (hygiène buccale et prophylaxie) 11 ; à la 5<sup>e</sup> (matière médicale et thérapeutique) 6 ; à la 6<sup>e</sup> (chirurgie buccale) 14.



Le 2<sup>e</sup> volume contient les communications à la 7<sup>e</sup> section (orthodontie) au nombre de 8 ; à la 8<sup>e</sup> section (dentisterie opératoire) au nombre de 25 ; à la 9<sup>e</sup> section (prothèse) au nombre de 9 ; à la 10<sup>e</sup> section (enseignement, nomenclature, littérature, histoire, législation) au nombre de 13, un rapport sur les démonstrations, enfin 10 comptes rendus détaillés de démonstrations.

Le 3<sup>e</sup> volume est consacré aux discussions des 100 communications présentées dans les sections, qui n'occupent pas moins de 346 pages, les discours prononcés aux cérémonies, les résolutions et vœux, enfin la liste des congressistes étrangers et américains.

Les volumes 1 et 2 sont illustrés de très nombreuses gravures et planches, dont beaucoup sont en couleur.

Ces comptes rendus, qui témoignent de l'importance du Congrès et du travail considérable qui y a été élaboré, font honneur à la profession américaine d'abord, au Comité d'organisation ensuite.

---

#### Livre reçu.

Nous avons reçu le volume contenant les 10 conférences faites en 1918 par l'Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.) en 1918.

---

## LIVRE D'OR DES DENTISTES

---

### CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir les citations suivantes :

**VIEL (René-Léon)**, dentiste militaire au G. B. D. /165<sup>e</sup>, détaché de la 22<sup>e</sup> S. I. M. au Q. G. de la 165<sup>e</sup> D. I. :

« Au front depuis le début de la campagne, d'abord dans une Ambulance Divisionnaire, puis dans un G. B. D. où il a toujours accompli son service avec beaucoup de zèle et de dévouement et parfois dans des circonstances difficiles et périlleuses.

» Le 7 septembre 1918, pendant la nuit, se trouvant dans le voisinage d'une maison où venait d'exploser une mine aménagée par l'ennemi en retraite, a spontanément organisé les secours et, méprisant le danger, est parvenu à retirer 4 blessés ensevelis sous les décombres et que cette rapide intervention a permis de soigner efficacement.

» A pu également, grâce à son activité, retirer un peu plus tard, les corps de 3 hommes écrasés sous les ruines de l'immeuble détruit. »

Ordre du Quartier général de la 165<sup>e</sup> Division d'infanterie du 16 septembre 1918.

**WINTERGERST (Charles)**, dentiste militaire au 12<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.

« Engagé volontaire de la classe 1914, a fait au début de la guerre 14 mois au 26<sup>e</sup> Bataillon de chasseurs, successivement comme brancardier et comme caporal brancardier, ayant acquis ses galons par sa belle conduite au feu.

» Dentiste militaire au bataillon depuis 17 mois, a rendu de signalés services à cette unité, grâce à son habileté manuelle et sa science technique indéniable.

» Lorsque les circonstances l'ont exigé, est venu aider les médecins débordés de travail dans des postes de secours parfois avancés.

» S'est parfaitement comporté sur le champ de bataille en particulier en Champagne 1917 et dans les combats pour la possession de la ligne Hindenburg (fin septembre) ».

Ordre du bataillon n° 203, du 12 septembre 1918.

Nous adressons à nos confrères nos vives félicitations.



## NÉCROLOGIE

### H. Guilford.

On annonce la mort de M. Siméon Hayden Guilford survenue le 18 janvier 1919 après une courte maladie, à l'hôpital Samaritain, à Philadelphie, à l'âge de 78 ans.

Il était né le 11 avril 1841 à Lebanon (Pensylvanie). Son père était un ingénieur civil distingué, plus tard maître de forges. Il avait fait des études très complètes et était docteur en philologie. Après avoir pris part à la guerre de sécession de 1861 à 1863 il étudia la dentisterie au collège dentaire de Pensylvanie où il obtint le D. D. S. en 1865. Il commença à exercer à Lebanon, puis s'établit en 1872 à Philadelphie où il demeura toujours, sauf en 1880 où il dirigea provisoirement un cabinet dentaire à Paris.

En 1881 il fut chargé de l'enseignement de la dentisterie opératoire et prothétique et de l'orthodontie au collège dentaire de Philadelphie, fut doyen de cette institution de 1896 à 1918, excepté pendant un intervalle de 2 ans.

On lui doit de nombreux ouvrages, dont le plus répandu est son *Orthodontie*, qui eut 4 éditions : 1880, 1893, 1898, 1905. Il est l'auteur des chapitres *Orthodontie*, *Anomalies des dents et des maxillaires*, *Hypercémentose* dans l'*American System of Dentistry* (1886) et des chapitres sur la *préparation des cavités et des obturations de contour* dans le *Textbook of operative dentistry* (1900, 1903, 1905). Il a fourni aux journaux professionnels de nombreux articles et faisait autorité en matière d'orthodontie.

Il a été président, vice-président de plusieurs sociétés dentaires et il était membre également de nombreuses sociétés odontologiques.

Il prit part à plusieurs sessions de la F. D. I., notamment à Saint-Louis (1904).

En juin 1915 il organisa et accompagna un groupe de quatre professeurs du collège dentaire de Philadelphie, qui servit pendant trois mois à la section dentaire de l'ambulance américaine à Paris.

Il s'était marié en juin 1868 ; il laisse sa veuve, une fille mariée et un fils, M. Dudley Guilford, qui pratique la dentisterie à Philadelphie.

La mort de M. Siméon Guilford est une grande perte pour la science dentaire.

Nous adressons à sa famille nos plus sincères condoléances.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 29 ans, survenue à Lézignan (Aude), de notre confrère M<sup>me</sup> Léonie Girod, D. E. D. P.

Nous adressons à son mari et à sa famille nos bien sincères condoléances.

\*  
\* \*

Notre confrère M. le médecin-major Frey, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris et professeur honoraire à l'École dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère à l'âge de 74 ans.

Nous adressons à notre confrère, à M<sup>me</sup> Oppenot-Frey D. E. D. P., sa sœur, et à leur famille nos profonds regrets, nos sincères condoléances et l'assurance de toute notre sympathie.

---

## NOUVELLES

### Mariages.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de notre confrère M. Marcel Dupontreué, démonstrateur à l'École dentaire de Paris et membre du Conseil d'administration de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, avec M<sup>lle</sup> Jeanne Bonnin.

En raison des circonstances actuelles le mariage a été célébré dans la plus stricte intimité le 17 mars 1919.

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. Marcel Justrich, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Madeleine Touzeau, célébré à Vincennes le 3 avril 1919.

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

---

### Retour de mission.

Notre confrère M. G. Villain est de retour depuis le 12 avril de la mission aux Etats-Unis qui lui avait été demandée par l'Institut des professeurs d'odontologie et pour laquelle il s'était mis en route le 11 janvier dernier.



Au cours de cette mission, M. Georges Villain a reçu le diplôme de docteur en chirurgie dentaire *pro honoris causa* de l'Université Laval, à Montréal.

Il a été également nommé professeur honoraire de la même Université.

Enfin il a été nommé membre honoraire de l'*Institute of Dental Teachers of the United States* (Institut des professeurs dentaires). C'est la première fois que ce titre a été conféré.

#### Congrès national de médecine de Madrid.

Le 20 avril s'est ouvert à Madrid le 1<sup>er</sup> Congrès national espagnol de médecine, qui devait avoir lieu en octobre 1918 et qui a été ajourné à cause de l'épidémie de grippe.

Il comptait 4.000 adhérents et comprenait une section d'Odontologie indépendante. Les organisateurs de cette section se sont efforcés de préparer un programme brillant.

La séance solennelle d'ouverture s'est tenue au théâtre royal sous la présidence du roi.

La section d'odontologie avait pour président M. Landete et pour secrétaire M. Diez. 39 communications et 17 présentations ou démonstrations figuraient au programme ; ces dernières ont été faites à l'Ecole d'Odontologie de la Faculté de médecine.

Une exposition de médecine et d'hygiène, avec section odontologique, était annexée au Congrès dans le Palais des expositions au Retiro.

Rappelons que le Congrès international des sciences médicales qui se tint à Madrid en 1903 comprenait une section d'odontologie, qui eut le plus grand succès.

#### Souscription en faveur de l'œuvre des réformés n° 2.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 juin 1918 que l'Ecole dentaire de Paris a offert à l'œuvre de protection des réformés n° 2 un certain nombre d'appareils dentaires gratuits et a en même temps fait appel aux sociétaires pour qu'ils joignent, comme l'ont déjà fait plusieurs de nos membres, leur contribution personnelle à celle de l'Ecole, qui a été de cent appareils.

Répondant à cet appel, notre confrère M. Lejeune, membre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de l'A. G. S. D. F., a bien voulu s'inscrire pour les frais de deux appareils.

Nous remercions vivement M. Lejeune de ce don gracieux et nous espérons que son exemple sera suivi par d'autres confrères.

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA PATHOGÉNIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le Dr MAURICE ROY.

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

*(Conférence à la séance inaugurale du 6<sup>e</sup> Congrès dentaire international, Londres 1914.)*

(Suite.)

#### DEUXIÈME PARTIE

##### CHAPITRE I<sup>er</sup>. — LES LÉSIONS ALVÉOLAIRES.

En dehors des lésions alvéolaires, j'ai ainsi passé en revue toutes les lésions qui accompagnent le développement de la pyorrhée alvéolaire et j'ai indiqué les raisons pour lesquelles ni les unes, ni les autres ne me paraissent pas devoir être considérées comme la lésion initiale qui marque la première étape du développement de la maladie.

Il ne me reste donc plus à examiner que les lésions du tissu osseux et à montrer, en m'appuyant sur l'observation clinique, corroborée par l'anatomie pathologique, que ce sont bien les lésions alvéolaires qui sont les premières en date et que c'est leur production qui permettra l'évolution ultérieure de la pyorrhée avec son cortège symptomatique habituel et ses lésions complexes. C'est ce sujet qui formera la seconde partie de mon travail.

##### 1<sup>o</sup> *Les lésions cliniques.*

Pour étudier la pyorrhée à la période initiale voyons



d'abord les rapports des divers tissus de la région alvéolo-dentaire chez l'homme normal ; pour cela, considérons la bouche d'un individu âgé de vingt ans, bien portant, ayant les dents bien rangées et dont les dents et les gencives sont saines.

Si nous examinons la région gingivale d'un semblable

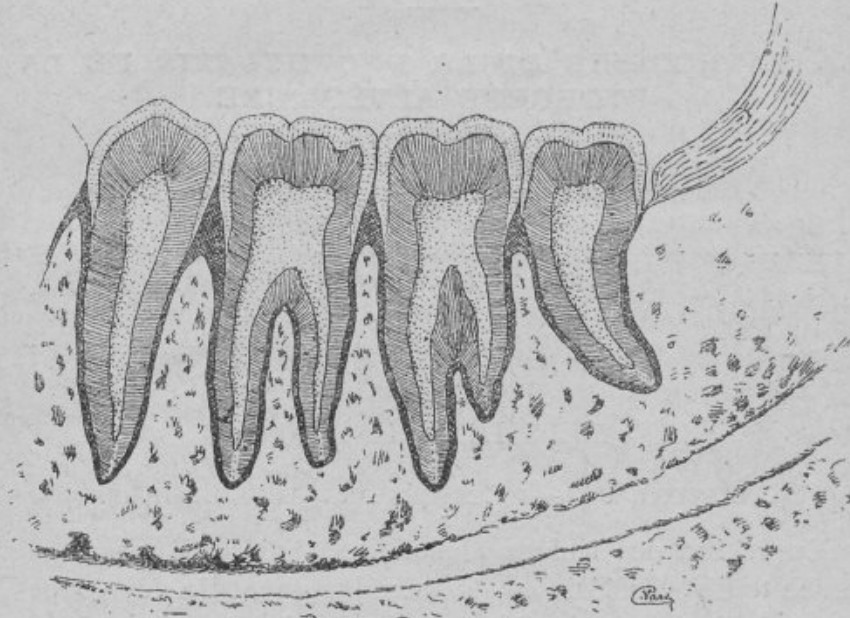


Fig. 3. — Dessin représentant les rapports anatomiques normaux des tissus péri-dentaires, os, ligament, fibro-muqueuse, chez un individu jeune. L'espace existant sur le squelette entre les bords alvéolaires et le collet anatomique des dents est complètement rempli par la fibro-muqueuse gingivale ; et, par suite, les espaces proximaux entre les dents sont des *espaces virtuels*.

sujet (fig. 3), nous constaterons que la gencive est exactement insérée au collet de la dent où elle présente un très minime bourrelet qui forme un espace en forme de V, sorte de rainure plutôt que cavité, c'est l'*espace péri-cervical*. Si nous voulons explorer les espaces proximaux interdentaires, nous verrons que, même avec les instruments les plus fins, nous ne pénétrons que difficilement entre les dents et, lorsque nous le ferons, ce sera toujours avec une légère effraction de la gencive car, à l'état normal

cet espace est complètement rempli par les tissus alvéolaires, ligamentaires et gingivaux. Cet individu a peu de difficulté pour se nettoyer les dents, elles se nettoient en quelque sorte spontanément par la mastication en raison des rapports anatomiques parfaits des arcades dentaires



Fig. 4. — Dessin analogue à celui de la fig. 3 représentant les rapports anatomiques chez un individu de 40 ans, arthritique, avec dents bien soignées. Les espaces proximaux sont devenus des *espaces réels* par suite de l'affaissement de la fibro-muqueuse consécutif à la résorption des bords alvéolaires, mais il n'y a pas de culs-de-sac gingivo-radicaux.

avec les joues, les lèvres et la langue qui frottent les dents dans presque toute l'étendue de leurs faces vestibulaires et linguales. Cet individu n'éprouve pas le moindre besoin de se servir de cure-dent car aucun débris alimentaire ne reste dans ses espaces interdentaires qui sont absolument clos.

Examinons maintenant ce même individu à quarante ans et supposons qu'il soit de constitution légèrement arthritique (fig. 4). Il a pris les soins hygiéniques convenables, ses dents et ses gencives sont toujours saines, ses dents sont



toujours parfaitement rangées sur les arcades alvéolaires et normalement engrenées entre elles, et cependant il nous dira, si nous l'interrogeons à cet égard, qu'il éprouve depuis quelque temps le besoin de se servir de cure-dents parce que, après les repas, il lui arrive fréquemment d'avoir entre les dents des débris alimentaires et, si nous explorons ses



Fig. 5. — Maxillaire inférieur d'une femme âgée de 22 ans avec des bords alvéolaires qui peuvent être considérés comme normaux (d'après Colyer).

espaces interdentaires, nous constaterons que, alors que vingt ans auparavant nous ne passions qu'avec peine dans ces espaces, nous y passons maintenant avec facilité et avec des instruments de calibre relativement volumineux<sup>1</sup>. Nous constaterons également dans les régions vestibulaires et linguales des dents, que le collet normal de celles-ci n'est plus en rapport avec l'insertion de la fibro-muqueuse gingivale et que le cément se trouve plus ou moins mis à découvert. Le collet anatomique de la dent et son collet gingival ne concordent plus.

---

1. Si l'usage maladroit des cure-dents peut amener des lésions de la gencive et du ligament dans l'espace interdentaire, il est inexact de penser, comme le font beaucoup de praticiens, que le cure-dent est responsable de la création de ces vides interproximaux. Ceux-ci se produisent spontanément et, dans l'immense majorité des cas, les gens ne commencent à se servir de cure-dents que lorsqu'ils en éprouvent le besoin par suite de l'existence d'espaces interdentaires anormaux, soit par suite de résorption alvéolaire, comme dans le cas qui m'occupe ici, soit par carie, obturation défectueuse ou déviation des dents de leur position normale.

Néanmoins (j'ai supposé le sujet observé comme ayant suivi les prescriptions d'hygiène les plus efficaces) l'espace péri-cervical a suivi la gencive dans sa rétrocession et ne s'est pas transformé en cul-de-sac, il n'y a pas de suppuration au collet des dents.

Nous sommes cependant en présence d'un malade atteint de pyorrhée alvéolaire (en prenant toujours ce terme au sens général que nous sommes convenu de donner à ce mot) puisqu'il est porteur de la lésion primordiale de la pyorrhée, la résorption alvéolaire. Et si ce malade avait



Fig. 6. — Radiographie montrant l'apparence de l'os dans le maxillaire inférieur représenté fig. 5 (d'après Colyer).

fait quelque faute d'hygiène, s'il avait quelque trouble dans ce que Godon a appelé très justement l'équilibre articulaire des dents, il présenterait, au niveau d'une ou plusieurs dents, non plus seulement le tableau clinique que nous avons tracé, mais celui d'une pyorrhée nettement constituée avec ce cul-de-sac gingival plus au moins profond qui est la caractéristique de la maladie à la période d'état et avec le cortège symptomatique complexe qui peut accompagner l'évolution de cette affection.

Que s'est-il passé chez cet individu dont les tissus sont sains d'apparence extérieure et chez lequel aucune cause pathologique locale n'a paru intervenir.

Si nous examinons le maxillaire de cet individu par la dissection ou si, plus heureusement pour lui, nous nous contentons de le faire radiographier, nous constaterions que ses bords alvéolaires ont subi une diminution notable de hauteur et présentent les lésions qui ont été si bien montrées par J.-F. Colyer sur les pièces sèches qu'il présente



dans son travail sur l'*Anatomie pathologique des maladies périodontiques*<sup>1</sup> (fig. 5, 6, 7, 8) et que montrent également la radiographie (fig. 10) que j'ai fait faire d'un



Fig. 7. — Maxillaire sur lequel se voit une légère résorption de l'os dans le centre de l'espace interproximal (d'après Colyer).

pyorrhéique précoce dont on voit (fig. 9) le moulage des arcades dentaires.

Si nous faisons une coupe de la région alvéolaire de ce



Fig. 8. — Radiographie du maxillaire supérieur représenté fig. 7. Noter que la résorption de l'os a déjà commencé dans l'espace interproximal (d'après Colyer).

même individu, nous y trouverions malgré son âge tous les signes de l'atrophie alvéolaire sénile bien décrite par Hopewell Smith<sup>2</sup>.

C'est en effet cette atrophie osseuse qui est la lésion primitive et c'est elle qui entraîne à sa suite la résorption du

1. J.-F. Colyer. — *Ash's Monthly*, septembre 1913, p. 705.

2. Hopewell Smith. — *Pyorrhea alveolaris. Its Pathology. Dental Cosmos*, 1911, p. 397 et 981.

péricément et celle de la gencive et, par voie de conséquence, la dénudation de la racine de la dent. Les lésions osseuses, en un mot, ont entraîné toutes les autres.

Cette subordination des modifications ligamentaires et gingivales aux modifications alvéolaires est indéniable et, là encore m'appuyant sur la clinique, je prendrai pour la démontrer l'exemple d'un processus diamétralement opposé à celui que je viens d'exposer et dans lequel la même succession des phénomènes se produit, mais dans un sens inverse.

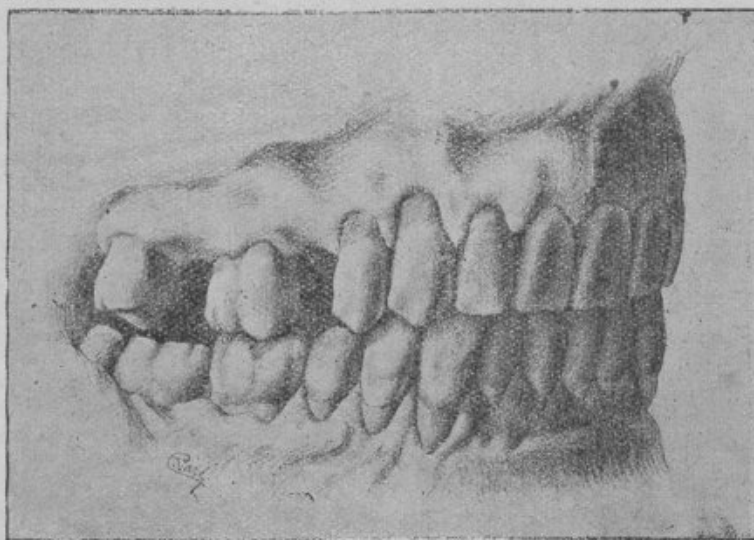


Fig. 9. — Moulage des mâchoires montrant un cas de résorption alvéolaire et gingivale sans formation de cul-de-sac par parallélisme de résorption chez un homme de 30 ans ayant de la résorption sénile précoce.

Les dents qui sont dépourvues d'antagonistes présentent le plus souvent un déplacement en hauteur qui s'accompagne d'ébranlement et fréquemment de pyorrhée alvéolaire (fig. 11). Or on observe parfois des individus chez lesquels l'absence d'antagonistes, si elle a amené le déplacement en hauteur des dents de la mâchoire opposée, n'a produit aucun ébranlement de celles-ci ; ces dents sont extrêmement fermes dans leur alvéole et sans trace notable de déchaussement.



Alors que les déplacements que l'on observe dans les dents dépourvues d'antagonistes s'accompagnent d'ordinaire d'une dénudation plus ou moins considérable de la racine qui est en quelque sorte expulsée de son alvéole, on constate, dans les cas que je viens de signaler, que la racine n'est que peu ou pas du tout dénudée et que l'insertion de

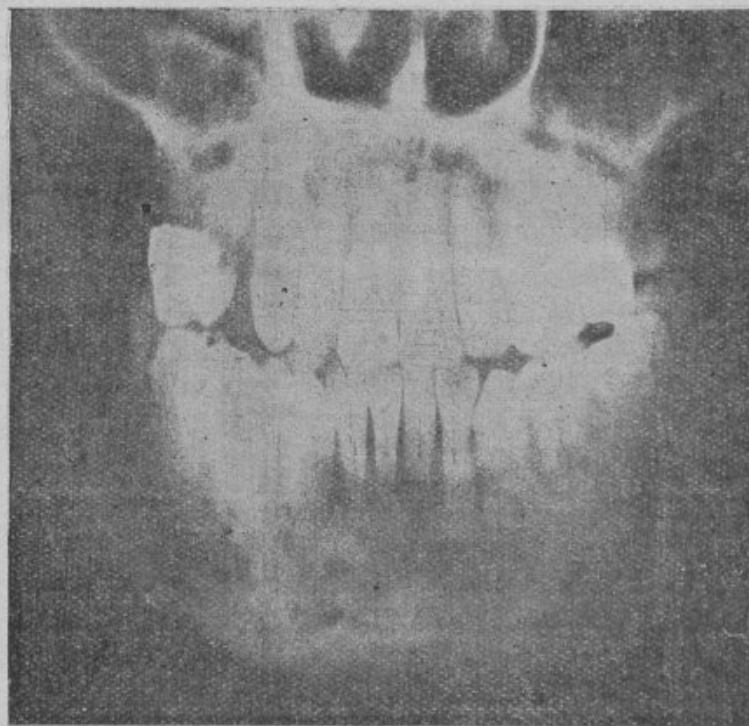


Fig. 10. — Radiographie des maxillaires du sujet dont les moulages sont représentés fig. 9.

la muqueuse gingivale est exactement fixée au collet des dents et sans trace de décollement ou de cul-de-sac pathologique, et cela, bien que les dents se soient déplacées considérablement quelquefois à un point tel qu'elles viennent mordre sur la gencive de la mâchoire opposée.

Les parois alvéolaires ne sont pas résorbées mais au contraire épaissies comme le montre la palpation de la région et même parfois la vue directe et, si l'on veut extraire une

dent semblable, on constate que la résistance est toujours plus considérable que celle de ses voisines normalement placées en raison de la résistance plus grande des bords alvéolaires épaissis.

Il s'est donc passé ici un phénomène inverse de celui qui accompagne la pyorrhée. Sous l'influence de causes que nous n'avons pas à rechercher ici et au sujet desquelles j'avais tenté autrefois d'apporter une explication <sup>1</sup>, le tissu osseux s'est hypertrophié et, sous cette influence, la dent s'est déplacée en hauteur, et avec elle les tissus dont l'os constitue la charpente, c'est-à-dire le périécement, la gencive.

Il y a là un exemple très net de la subordination des modifications périécementaires et gingivales aux modifications osseuses, et je pense trouver dans ce fait une confirmation du rôle primordial joué par l'atrophie osseuse primitive de la pyorrhée alvéolaire sur le périécement et la gencive qui suivent leur charpente osseuse dans son évolution atrophique ou hypertrophique.

## 2° Les lésions anatomo-pathologiques.

Mais l'exactitude de la thèse qui place le siège des lésions initiales dans l'alvéole et qui subordonne toutes les autres lésions à celles du tissu osseux n'est pas seulement fournie par la clinique, car si nous contrôlons les données de celle-ci, au moyen de celles fournies par l'anatomie pathologique, nous y trouverons la confirmation des considérations que nous venons d'exposer.

En effet si nous examinons les nombreuses coupes de cas de pyorrhée aux divers stades présentés dans les travaux de Hopewell Smith <sup>2</sup> et dans ceux de Mendel Joseph <sup>3</sup> et particulièrement celles concernant les cas les moins avancés de la maladie, nous voyons que les altérations osseuses sont

1. Maurice Roy. — De l'allongement des dents dépourvues d'antagonistes. Compte rendu du Congrès dentaire national de Bordeaux, 1895, p. 126.

2. Hopewell Smith. — Pyorrhea alveolaris, its Patho-Histology. *Dental Cosmos*, 1911, p. 397.

3. Mendel Joseph. — Contribution à l'anatomie pathologique de la pyorrhée alvéolaire, *L'Odontologie*, 1913, VII, p. 49.



toujours beaucoup plus étendues que les lésions gingivales et nous y voyons très nettement l'os déjà résorbé, alors que gencive et ligament sont encore fixés au ciment en un point proche du collet et ne sont encore que légèrement enflammés.

Hopewell Smith décrit ainsi les lésions osseuses :

« L'os alvéolaire présente, *même avant la gencive*, les

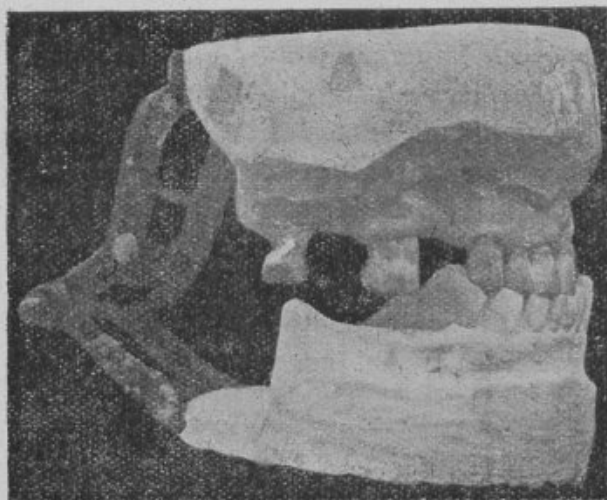


Fig. 11. — Moulage des mâchoires montrant l'élongation avec résorption alvéolaire habituellement observée dans les dents dépourvues d'antagonistes.

plus importantes modifications qui soient observées. Sommairement décrites, elles sont celles produites par le processus de l'haliteresis (peut-être une forme de l'ostéomalacie). Non seulement le bord libre marginal de l'alvéole est absorbé par les ostéoclastes près de la région cervicale des dents, mais plus profondément aussi, dans la portion radiculaire, donnant à la surface une apparence érodée<sup>1</sup>. »

Les lésions osseuses en effet ne sont pas localisées aux bords alvéolaires et on constate également un processus de résorption osseuse dans la région apicale ; mais en raison de la disposition anatomique de la région, c'est la résorp-

---

1. Hopewell Smith, *loc. cit.*, p. 405.

tion des bords alvéolaires qui, intéressant l'insertion gingivale du collet, entraînera le développement de l'ensemble symptomatique dénommé pyorrhée alvéolaire.

Si les lésions du ligament alvéolo-dentaire précédaient celles des cloisons alvéolaires et étaient la cause de la résorption de celles-ci, cela ne pourrait se produire que par suite

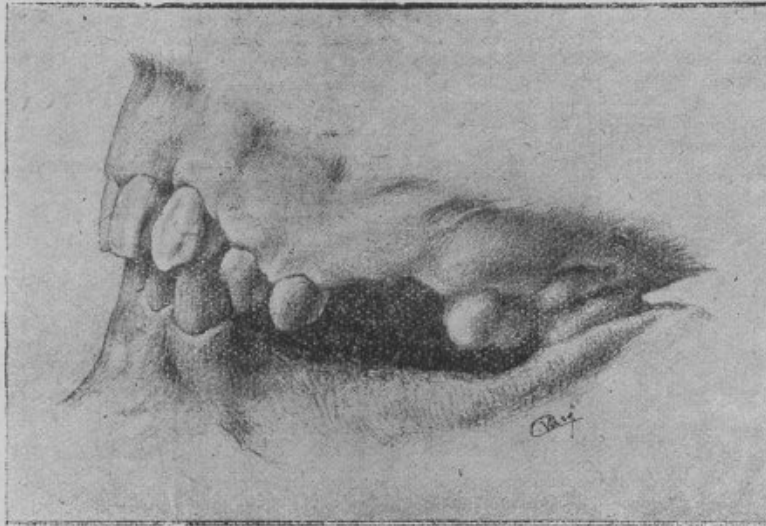


Fig. 12. — Moulage des mâchoires d'une femme de 33 ans présentant de l'élongation des dents de la mâchoire supérieure sans résorption alvéolaire. Les dents se sont déplacées et viennent mordre presque sur la gencive opposée, les bords alvéolaires se sont hypertrophiés pour suivre le déplacement des dents.

d'un processus inflammatoire qui existe bien quand la pyorrhée est définitivement constituée mais qui manque à la période initiale comme nous venons de le montrer ; les lésions osseuses devraient être moins avancées que les lésions gingivales et périécementaires, ce qui n'est jamais constaté dans les préparations que nous avons signalées et qui constituent les travaux d'histologie les plus récents et les plus complets que nous ayons sur la pyorrhée.

Mendel Joseph, bien qu'il ne se prononce pas formellement sur la lésion première de la pyorrhée, dit lui-même : « le ligament alvéolo-dentaire représente le centre anato-



mique autour duquel se développent les lésions pyorrhéiques, mais il ne paraît pas en être le centre pathologique. *Sur la plupart des préparations que j'ai examinées, les altérations dont il est le siège ont paru secondaires*



Fig. 13. — Tissus normaux (d'après Hopewell Smith). Coupe microscopique montrant les tissus périodontaux chez un sujet normal, femme de 25 ans. A) dentine ; B) membrane périradiculaire. Noter que l'os varie en épaisseur : très étroit dans la région gingivale, plus large à la région cervicale, il se rétrécit encore au-dessous à la portion radiculaire de la dent, à peu près au même diamètre que dans la partie précédente.

*aux lésions des tissus adjacents*<sup>1</sup> » et, si cet auteur considère certaines lésions osseuses comme secondaires, il constate aussi que, dans certains cas qu'il a examinés, au contraire, elles paraissent nettement primitives « les lésions gingivales ne peuvent plus y être invoquées, dit-il, comme facteur initial car elles sont à peine marquées et cependant les parois alvéolaires sont la proie d'un travail de raréfaction profond<sup>2</sup> ». Dans une communication récente à la

1. Mendel Joseph, *loc. cit.*, p. 69.

2. *Ibid.*, p. 68.

Société d'Odontologie de Paris, en présentant diverses coupes encore inédites, il disait au sujet de l'une de celle-ci qu'alors qu'il pensait trouver une pyorrhée tout à fait à ses débuts, il avait été surpris de voir que les lésions osseuses étaient beaucoup plus étendues que ne le faisaient supposer les lésions périphériques.



Fig. 14. — Pyorrhée au début (d'après Hopewell Smith). Tissu gingival face alvéolaire externe: A) cul-de-sac de faible profondeur; B) gencive légèrement enflammée; C) ciment; D) os du bord alvéolaire externe; E) ostéoclastes. Résorption alvéolaire déjà marquée dans un cas de pyorrhée très peu avancée.

Hopewell Smith est lui très nettement affirmatif et conclut à la fin de son travail que la pyorrhée « dépend essentiellement d'une lésion osseuse, d'une atrophie de l'os <sup>1</sup> », et cela paraît bien résulter en effet de l'ensemble des préparations de ce savant observateur.

### 3° *La sénilité précoce.*

Ces altérations osseuses sont, nous l'avons dit il y a un

---

1. Hopewell Smith, *loc. cit.*, p. 410.



instant, la résultante d'une sénilité précoce ; c'est à cette conclusion qu'aboutit Hopewell Smith et je suis là également, absolument d'accord avec lui sur ce point.

Cette idée de la sénilité précoce des tissus alvéolo-dentaires, a été émise pour la première fois, je crois, par un Anglais, Th. Bell, en 1835<sup>1</sup> et elle a été reprise, en 1892, en France, par Paul Dubois ; c'est également l'opinion défendue en Amérique, par Talbot, en Allemagne, par Robert Baume. Si ces divers auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de la lésion primitive, ils le sont du moins sur un point : la sénilité précoce cause de la pyorrhée alvéolaire. Cette conception de la sénilité précoce comme cause de la pyorrhée est pour moi d'un intérêt capital, car elle implique en elle-même, en dehors de la lésion locale primitive, l'intervention d'un facteur général dont l'influence est primordiale.

Le tableau clinique que j'ai tracé d'un individu examiné à

---

1. Une absorption considérable de la gencive et du procès alvéolaire, provoquant la mise à nu d'une large portion des racines des dents se produit parfois, sans accompagnement d'aucun aspect de maladie et sans aucun trouble sérieux de l'organisme.

En se formant une opinion sur des cas de ce genre et même sur ceux dans lesquels la perte de substance est associée avec plus ou moins d'état morbide, il est nécessaire de se rappeler que les dents disparaissent généralement dans la vieillesse d'une façon identique, savoir la destruction de leur soutien par l'absorption des gencives et du procès alvéolaire. Et comme ce premier pas vers une carie générale commence à des périodes différentes suivant les tempéraments, il peut à coup sûr, dans bien des cas, même chez des personnes n'ayant pas encore dépassé le milieu de la vie, être considéré comme l'indication d'une sorte de vieillesse précoce ou d'une sénilité, du moins quant à ces parties du corps. Il ne faut pas cependant l'en rendre toujours responsable, car on le rencontre parfois chez des sujets jeunes et assurément il provient des mêmes causes que celles qu'on considère comme donnant lieu à une perte semblable de substance dans ces parties, quand elles sont accompagnées d'un état plus ou moins morbide.

Ces différences peuvent être attribuées peut-être à la différence de constitution ou au plus ou moins d'éloignement de la période à laquelle la cause primaire de l'affection, quelle qu'elle puisse avoir été, est survenue.

Quoique la perte graduelle de substance dans la gencive et le procès alvéolaire se produise à l'occasion sans aucune action morbide sérieuse locale ou constitutionnelle, elle est produite plus fréquemment par le dérangement des organes digestifs ou quelque autre cause constitutionnelle immédiate ou éloignée, et alors elle est invariablement accompagnée d'un état morbide des parties elles-mêmes (Th. Bell, *The Anatomy, physiology and diseases of the teeth*, 2<sup>e</sup> édition, London, 1835, p. 211).

vingt ans, puis à quarante, sera confirmé, j'en suis sûr, par tous les praticiens ayant une pratique assez longue et ayant pu suivre avec attention les mêmes individus durant de longues années.

Or les modifications anatomiques qui se produisent chez

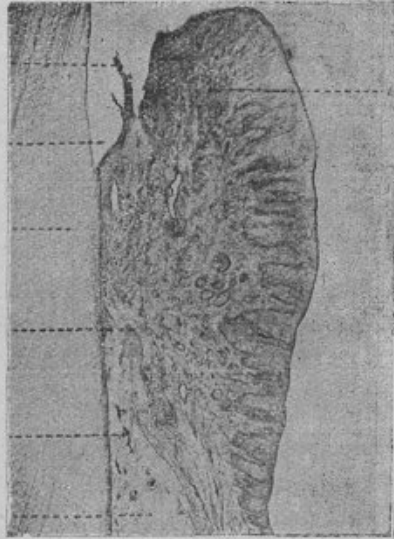


Fig. 15. — Pyorrhée un peu plus avancée (d'après Hopewell Smith). Section au niveau d'une canine côté droit, maxillaire inférieur d'un homme de 39 ans. Côté alvéolaire externe: A) dentine; B) ciment; C) cul-de-sac gingival dont le bord est attaché à la marge du ciment; D) légère desquamation de l'épithélium buccal; E) légère inflammation de la gencive; F) bord de l'os alvéolaire transformé en tissu ostéoïde; lacunes osseuses et corpuscules indistincts; G) hypertrophie de la membrane périodontaire, vaisseaux injectés; H) os normal.

l'individu que j'ai pris comme exemple ne sont évidemment pas dues à des causes d'ordre local, mais à des causes d'ordre général; elles sont liées à la vitalité, à la nutrition des tissus et par contre-coup à la vitalité, à la nutrition générale de l'individu.

La résorption alvéolaire ne se produit pas seulement par suite de troubles pathologiques mais elle est aussi la conséquence d'un processus physiologique. « La résorption de chaque procès alvéolaire des mâchoires, dit Hopewell



Smith, est un fait commun, c'est la règle chez l'homme et chez les animaux. Plus l'individu est âgé plus la perte de l'os est considérable avec la chute concomitante des dents qu'il supporte.

» Les dents des chiens, des chats, des singes et des autres animaux, soit dans l'état domestique, soit dans l'état sau-

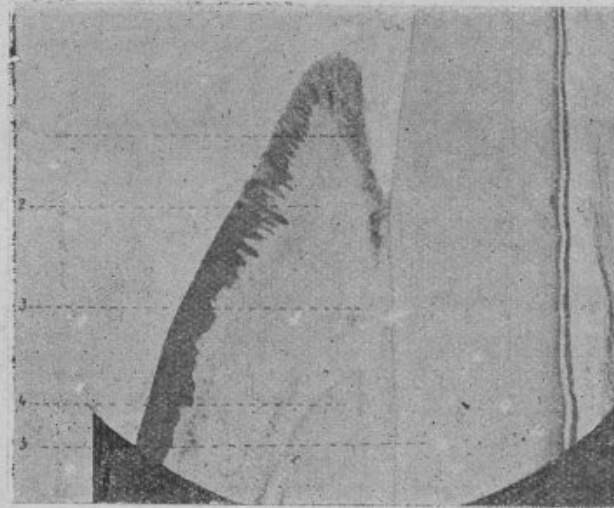


Fig. 16. — Pyorrhée au début (d'après Mendel Joseph). 1. Infiltration limitée de la gencive. 2. Chorion. 3. Petit foyer d'infiltration. 4. Paroi alvéolaire. 5. Dent.

vage, marchent vers leur chute finale à mesure que le temps s'écoule par la conséquence directe de la résorption de leurs alvéoles, processus physiologique.

» L'homme tend de plus en plus à perdre ses dents à mesure qu'il vieillit, c'est une des formes de la décadence de sa puissance vitale. Des milliers de crânes de gens âgés existent où les dents sont restées *in situ*. Cela est dû à la magnifique nature physique des sujets ; mais fort probablement, chez quatre-vingts pour cent des individus vivant dans des milieux de civilisation avancée, l'état normal c'est : pour les procès alvéolaires de s'atrophier et de diminuer, pour le tissu gingival de devenir plus mince et

dégénéré et pour la racine des dents d'être mise à nu <sup>1</sup> ».

L'atrophie sénile des bords alvéolaires est donc un processus physiologique quand elle se produit à un âge avancé ; mais comme le dit R.-H. Hofheinz <sup>2</sup>, la sénilité n'est pas nécessairement une question d'années, certains individus sont vieux à trente ans de par les dents, et Paul Dubois a déjà signalé ce fait, qui n'a pas été assez remarqué je



Fig. 17. — Lésions de résorption sénile (d'après Hopewell Smith). Coupe de canine et poche du maxillaire droit, homme de 60 ans. Côté alvéolaire externe : A) dentine ; B) cément hyperplasié ; C) os de la mâchoire ; pas de lacunes de résorption, légère décalcification du bord libre ; D) membrane péri-radriculaire hyperhémisée, montrant des signes de changement sénile ; E) léger cul-de-sac au bord de la gencive, légère gingivite.

crois, que « chez nombre d'individus affectés de périodontite expulsive, il y a atrophie précoce du bulbe pileux, les cheveux deviennent blancs et se perdent de bonne heure ». J'ai fait à cet égard une remarque curieuse mais au sujet de laquelle je n'ai pas un assez grand nombre d'observations pour en faire état, c'est que, chez certains individus, les premières dents atteintes par la résorption

1. Hopewell Smith. — Pyorrhea alveolaris, its interpretation. *Dental Cosmos*, 1911, p. 989.

2. R.-H. Hofheinz. — *Dental Cosmos*, 1913, p. 630.



alvéolaire sénile sont justement situées du côté où les cheveux deviennent plus précocement blancs.

Si, comme le dit Hopewell Smith, c'est l'halisteresis qui est le processus primitif de résorption de l'os, on pourrait trouver dans ce fait l'explication du rapprochement pathologique fait par Paul Dubois entre le blanchiment et la chute des cheveux et la pyorrhée alvéolaire puisque l'halisteresis semble plutôt être dû à l'action du système nerveux<sup>1</sup> et que l'on sait les rapports d'ordres nerveux qui existent entre les dents et les cheveux, rapports sur lesquels Jacquet, en France, a particulièrement insisté à propos de l'étiologie de la pelade.

Mais, quoiqu'il en soit de ces phénomènes accessoires, il résulte très nettement les préparations de Hopewell Smith une identité formelle entre la résorption sénile des bords alvéolaires et la résorption osseuse de la pyorrhée au début. Sans doute, lorsque l'on vient à examiner des cas de pyorrhée plus avancée on trouve des phénomènes différents de ceux de l'atrophie sénile, mais c'est qu'il y a, à ce moment, d'autres causes qui interviennent et se surajoutent au processus primitif ; c'est pourquoi je ne cesserai de répéter que pour discuter sur la nature et l'origine de la pyorrhée, c'est sur des malades à la période de début qu'il faut raisonner et non pas sur des cas de maladie à la période d'état car trop de causes accessoires viennent alors masquer les lésions primitives.

L'objection faite en effet à la nature d'atrophie sénile de l'os dans la pyorrhée c'est que certaines lésions osseuses observées sont de nature inflammatoire et non atrophique ; mais la chose s'explique d'elle-même puisque, au phénomène primitif, purement atrophique du début, viennent s'ajouter plus tard, comme nous allons le voir, d'autres phénomènes secondaires qui intéressent la gencive et le périécement et qui, étant, eux, de nature inflammatoire, provoquent dans l'os sous-jacent des phénomènes analogues

---

1. Julien Tellier, *loc. cit.*, p. 67.

à ceux que l'on pourrait observer dans toutes les inflammations se produisant dans des conditions semblables.

Dans la simple gingivite par exemple, on peut observer de la résorption alvéolaire, mais celle-ci n'a pas droit de figurer dans le cadre de la maladie dénommée *pyorrhée alvéolaire*, car il s'agit simplement d'une résorption par propagation inflammatoire d'un processus banal et cela ne constitue pas une maladie nettement déterminée comme celle que nous avons coutume de considérer sous ce nom. C'est justement de cette confusion entre des cas qui ne sont pas assimilables que découlent une partie des erreurs sur la nature de la pyorrhée.

Des considérations que je viens de développer, il résulte donc que, si l'on veut bien étudier la pyorrhée alvéolaire à ses débuts et dans les cas où elle existe à l'état de pureté, c'est-à-dire sans être associée à aucun processus accessoire, la clinique et l'anatomie pathologique sont d'accord pour établir que *la résorption alvéolaire sénile précoce est la lésion initiale de la pyorrhée, celle qui est constante et précède toutes les autres.*

A quelle cause attribuer cette *résorption alvéolaire sénile précoce* ? Je n'ai pas l'intention de discuter longuement sur ce sujet, cela dépasserait les limites que je me suis assignées et devrait faire l'objet d'un autre travail dont on trouverait les éléments dans l'intéressante étude de Julien Tellier dont j'ai déjà parlé où cet auteur donne un exposé de toutes les causes générales invoquées comme causes provocatrices de la pyorrhée.

Ce que je puis dire, c'est qu'il me paraît probable qu'un grand nombre de causes peuvent intervenir pour provoquer cette sénilité précoce, et que toutes les diathèses peuvent sans doute y conduire. L'arthritisme en particulier, en raison des troubles circulatoires qui l'accompagnent, des phénomènes vaso-moteurs et trophiques qu'il provoque, est tout naturellement l'état diathésique qui est le plus fréquemment la cause de cette atrophie sénile précoce, et par conséquent de la pyorrhée alvéolaire.



L'atrophie pourrait être due à des phénomènes de vasoconstriction qui se feraient sentir plus particulièrement sur les points terminaux comme les bords alvéolaires, qui pour Talbot seraient des organes adventices ou transitoires ; ce serait pour cela que, contrairement à l'opinion de Endelmann, la pyorrhée s'améliore non par le repos mais par le rétablissement de la mastication normale, celle-ci favorisant la circulation de l'articulation alvéolo-dentaire<sup>1</sup>.

Du fait que la pyorrhée alvéolaire est une affection de cause première générale, se dégage un point important : c'est que la suppression des causes locales, dont je montrerai dans un instant le rôle considérable dans l'évolution de la maladie, ne saurait, à elle seule arrêter celle-ci. En effet, alors que la résorption alvéolaire due à l'extension d'une inflammation gingivale par dépôts tartriques s'arrête *complètement* après la disparition du tartre et de l'inflammation gingivale qu'il produisait, et alors que cette résorption ne se reproduira plus tant que les conditions locales resteront satisfaisantes, il n'en est pas de même pour la pyorrhée. *En dehors de toute cause adjuvante locale, cette affection est à marche lentement progressive tant que subsistent les causes générales qui ont provoqué la résorption alvéolaire sénile précoce.*

#### 4° L'évolution de la pyorrhée alvéolaire.

La résorption alvéolaire sénile précoce constitue donc la première étape de la pyorrhée alvéolaire ; mais, si la ma-

---

1. Cela justifierait la remarque très intéressante de Wheeler qui, ayant examiné un grand nombre de crânes anciens et n'y ayant pas trouvé d'indice de pyorrhée et très peu de tartre, pense que cela doit être dû aux exercices plus violents pratiqués par l'homme pour la mastication à ces époques lointaines ce qui entretenait une vitalité plus grande des tissus périodontaires et les rendait inaptes à être attaqués par les micro-organismes qui ont toujours existé dans la bouche. Sans compter qu'à cette époque les affections dues au ralentissement de la nutrition devaient être infiniment plus rares par suite de l'activité physique beaucoup plus considérable chez l'homme des époques primitives.

Wheeler. — Same Observations upon the obscure etiology of pyorrhea alveolaris. *Dental Cosmos*, 1906, p. 473.

ladie en restait à ce premier stade, jamais elle n'aurait mérité son nom de pyorrhée, aussi il nous faut voir maintenant, dans quel ordre vont se succéder les phénomènes consécutifs à cette résorption et le rôle joué alors par les divers facteurs étiologiques, cités à tort comme causes primordiales, mais qui sont des causes adjuvantes très importantes dans le développement de la maladie.

J'ai dit que la résorption alvéolaire initiale entraîne la résorption correspondante du péricément et de la gencive ; si la résorption gingivale marche parallèlement avec la résorption osseuse, les accidents se bornent à la dénudation de la racine de la dent ; la fibro-muqueuse gingivale reste solidement insérée sur le ciment, à un niveau plus ou moins éloigné du collet normal, mais il n'y a pas de suppuration au collet ni de cul-de-sac gingival en dehors de la rainure péri-cervicale normale ; *il n'y a pas d'ébranlement notable des dents, même avec une dénudation très étendue des racines, s'il n'y a pas de cul-de-sac de formé.*

Toutes les ruptures d'équilibre articulaire des dents, malocclusion, malposition, défaut de dents proximales ou d'antagonistes, favoriseront la production de la résorption alvéolaire sénile précoce car elles ont déjà pour effet de créer par elles-mêmes des rapports anormaux entre l'insertion gingivale et le collet anatomique des dents, sauf dans les cas exceptionnels que j'ai cités plus haut (V. page 198). C'est pourquoi la pyorrhée débute plus précocement sur les dents affectées par ces ruptures d'équilibre ; mais celles-ci, à elles seules, ne sauraient, nous l'avons dit, provoquer la maladie car on rencontre, chez certains individus réfractaires à la pyorrhée des ruptures d'équilibre des dents sans trace de pyorrhée, même après qu'ils ont dépassé l'âge moyen de la vie par suite de l'absence de cette résorption alvéolaire d'ordre général indispensable pour déclancher la maladie.

Tant qu'il y a parallélisme entre la résorption alvéolaire et la résorption gingivale il ne se produit pas de cul-de-sac au collet des dents ; mais ce parallélisme peut se trouver



détruit et, suivant la remarque de R. Baume <sup>1</sup>, l'os peut se résorber plus rapidement que la gencive. Dans ces conditions, il suffit qu'une gingivite marginale se produise en un point quelconque du collet ; il en résulte immédiatement une légère hypertrophie du bourrelet gingival qui a pour effet d'augmenter l'espace péri-cervical normal ; de simple rainure gingivale qu'il est à l'état normal il devient un petit cul-de-sac dans lequel se déposent les débris organiques de toute sorte qui se trouvent dans la bouche et qui servent de milieu de culture aux innombrables micro-organismes, hôtes habituels de celle-ci.

A l'abri de ce petit cul-de-sac, les dépôts calcaires provenant de la salive et conditionnés peut-être par le sang extravasé ou le pus, vont se déposer sur le ciment mis à nu et augmenter à la fois et les causes d'irritation gingivale et les causes d'infection.

Deux nouveaux éléments adjuvants de la maladie, l'infection et les calculs sont donc intervenus à ce moment, et la pyorrhée arrive à la *période d'état* avec la formation du cul-de-sac du collet qui va précipiter le développement de la maladie. L'inflammation gingivale se transmet, en effet, au péri-cément et à l'alvéole, et des phénomènes de résorption osseuse d'ordre inflammatoire viennent s'ajouter aux phénomènes de résorption sénile et augmenter le défaut de parallélisme, entre la résorption osseuse et la résorption gingivale.

En effet, si l'inflammation produit dans l'os des phénomènes de résorption, il n'en est pas de même dans la gencive qui, elle, au contraire, se trouve hypertrophiée par ce même processus et qui, soutenue par les portions saines ou moins atteintes qui l'entourent, cesse de suivre l'alvéole dans son travail de résorption, à la fois sénile et inflammatoire maintenant. Le cul-de-sac s'approfondit de plus en plus, abritant des micro-organismes de plus en plus nom-

---

1. R. Baume. — Atrophie alvéolaire précoce et pyorrhée alvéolaire in *Handbuch der Zahnheilkunde* de Julius Scheff, 2<sup>e</sup> édition, vol. II.

breux qui y produisent du pus en abondance et aggravent ainsi tous les phénomènes pathologiques préalablement existants et sur la progression desquels je n'ai pas besoin de m'étendre, car ils sont assez connus et ne font plus l'objet d'aucune discussion.

Dans ce tableau descriptif que je donne de la maladie, je fais suivre à celle-ci un ordre méthodique en vue de rendre plus clair et plus explicite le rôle que je considère devoir être attribué dans son évolution à chacun des éléments en cause ; mais, pour la pyorrhée comme pour la plupart des autres maladies, si cette évolution méthodique peut être observée, elle est souvent modifiée par des conditions accessoires qui peuvent en masquer les conditions réelles.

C'est ainsi que la gingivite, que j'ai indiquée comme étant consécutive à la pyorrhée alvéolaire, peut se trouver exister préalablement au développement de celle-ci ; mais cela ne modifie en rien dans la réalité la succession des phénomènes pathologiques que j'ai indiquée. La seule différence réside dans ce fait que, dans le tableau que j'ai tracé plus haut, il peut s'écouler un temps plus ou moins long entre les phénomènes de résorption alvéolaire et la formation du cul-de-sac, tandis que, si la gingivite existe préalablement à la résorption alvéolaire, la formation de ce cul-de-sac suivra *immédiatement* la production de la *résorption alvéolaire sénile précoce* et voilà pourquoi un grand nombre d'observateurs, ne voyant que la gingivite préalable, rattachent uniquement à cette gingivite la formation du cul-de-sac gingival dont la production, je pense l'avoir démontré, est un phénomène préparé par des causes beaucoup plus complexes et profondes que le simple phénomène local qui saute aux yeux à l'observation de la maladie confirmée.

Ce sont justement ces causes profondes qui expliquent pourquoi une gingivite ne sera jamais suivie de pyorrhée chez tel individu qui présente cependant toutes les conditions d'infection locale requises, alors que cette maladie évoluera chez tel autre qui pourra ne présenter que des conditions infectieuses et inflammatoires beaucoup moindres.



Tant que, dans une gingivite, manquera le facteur essentiel de la pyorrhée, *la résorption alvéolaire précoce*, cette maladie n'éclatera pas même parfois chez un individu âgé qui se trouvera être exceptionnellement jeune de par ses bords alvéolaires.

C'est aussi pourquoi tel individu dont la bouche est sale, les gencives enflammées depuis trente ou quarante ans sans que ses dents aient présenté jusqu'alors quelque trouble apparent dans leur vitalité et leur résistance mécanique, voit se développer un beau jour une pyorrhée caractérisée parce qu'une résorption alvéolaire précoce, liée à quelque trouble constitutionnel général, s'est développée chez lui. A ce moment, la gingivite préexistante souvent depuis l'enfance et qui n'avait pas amené néanmoins jusque-là de trouble profond des articulations alvéolo-dentaires, s'associe immédiatement à la résorption alvéolaire sénile précoce pour amener la pyorrhée à sa période d'état avec une rapidité d'autant plus grande que le terrain infectieux local était mieux préparé.

Comme on le voit, dans ce tableau, qui répond très exactement aux données cliniques, les divers éléments invoqués comme causes de la pyorrhée trouvent donc leur place logique dans l'évolution de la maladie et l'on y voit clairement, je pense, la subordination de tous les autres phénomènes à la résorption alvéolaire sénile précoce, lésion initiale. Mais, dans ce cadre si compliqué où les lésions peuvent presque instantanément se surajouter l'une à l'autre et en quelque manière se confondre dans une évolution commune, on s'explique qu'il ne soit pas toujours aisé d'établir la part qui revient à chacun des éléments en cause<sup>1</sup> et surtout leur ordre de succession.

---

1. C'est pour essayer d'apporter un peu de clarté dans cette répartition que Frey a imaginé le petit diagramme où il établit une sorte de proportion inverse entre les éléments généraux et les éléments locaux intervenant au cours de la pyorrhée.

Ce petit diagramme est commode au point de vue didactique, mais il est plus difficilement applicable lorsque l'on s'attaque à la complexité des faits. C'est

Pour cela il faut, comme je me suis efforcé de le faire, étudier la pyorrhée à une époque suffisamment précoce et chez des individus où elle n'est pas encore associée à des phénomènes secondaires qui ne sont que des complications de l'affection première.

*(A suivre.)*

---

ainsi qu'il résulte des causes générales primordiales qui président toujours à l'évolution de la pyorrhée vraie que ce diagramme ne saurait être toujours appliqué ; en tout cas, les facteurs en cause ne sauraient constamment y être représentés par des lignes verticales car ils ne sont pas toujours répartis en proportion inversement proportionnelle comme le voudrait Frey.

---



## 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 principe du bridge fixe.** — Le bridge fixe, qui a rendu les plus grands services pendant des années, est basé sur le principe de la fixation à un ou plusieurs points d'appui en alignement droit et d'une fixation supplémentaire à un ou plusieurs autres points d'appui quand l'alignement est courbe.

Ce principe est physiologique et mécanique, il peut être intelligemment et clairement compris, et il exclut l'emploi du bridge fixe dans tous les cas où l'ancrage est insuffisant pour un support convenable par des dents.

Le bridge fixe, construit et appliqué sans ce principe, est dans quelque mesure une conception erronée et, si l'on peut comparer des erreurs, on peut dire que le degré de l'erreur semble être en proportion de l'écart de ce principe. (*Dental Cosmos*, juin 1918.)

**Enlèvement des obturations radiculaires.** — En enlevant les obturations radiculaires ou les obstructions artificielles, employer tout d'abord le chloroforme sous pression pour la gutta-percha, en se servant d'une boulette de cire d'abeille ou de caoutchouc non vulcanisé pour obtenir de la pression pendant quelques instants; puis, le canal étant arrosé de chloroforme, tâcher de passer un tire-nerf fin et uni pour traverser jusqu'au bout ou opérer à côté de la gutta en faisant suivre le tire-nerf d'un nettoyeur Donaldson barbelé, ou d'une lime à canaux Kerr, de dimension suffisante pour enlever la gutta, en répétant l'opération jusqu'à ce que l'obstruction ait disparu. Laver alors le canal avec du chloroforme jusqu'à ce que le coton ne soit plus teinté par la gutta. En faisant ce lavage, aussi bien que l'ouverture, prendre toute précaution pour ne pas refouler en totalité ou en partie le contenu du canal au travers de l'extrémité apicale de la racine.

La plupart des pâtes pour canaux radiculaires sont solubles dans l'acide et, quand on les trouve, se servir d'acide sulfurique au lieu de chloroforme. Quand on a employé du ciment ou de l'or, prendre les plus grandes précautions pour les enlever avec une fraise ronde n° 1/2.

(*Dental Summary*.)

**Amollissement du plâtre de Paris.** — Le vinaigre ayant la propriété de désagréger le plâtre peut être employé au laboratoire pour

enlever le plâtre des moules en y plongeant ceux-ci quelques secondes seulement ; pour enlever les moulages de l'articulation en en versant sur les arcs seulement ; pour nettoyer les porte-empreintes, etc.

(*Dental Review.*)

**Protection des instruments contre la rouille.** — Faire une solution de 1 partie de bonne paraffine dans 85 parties de benzine ou de gazoline et 15 parties de kérosène. Laver les instruments et les sécher, puis les plonger dans cette solution et les envelopper dans du papier buvard. Quand les instruments sont protégés par ce moyen, ils ne se rouillent pas, quelles que soient les conditions climatiques.

(*Pacific Dental Gazette.*)

**Maintien de l'inlay pendant la cimentation.** — Pour cimenter un inlay on ne peut le prendre avec ses doigts et il peut glisser des pinces. Mettre une petite boulette de cire dure sur l'inlay, chauffer un brunissoir à bout carré ou un fouloir à amalgame, en mettre la pointe dans la cire ; instantanément celle-ci est dure, et l'on peut placer l'inlay exactement dans la cavité quand elle a été enduite de ciment, avec un instrument permettant de le mettre rapidement en place et d'employer un mélange plus épais.

(*Dental Review.*)

**Insensibilisation des dents sensibles au nettoyage.** — Sécher complètement la partie sensible. Appliquer pendant quelques minutes une solution chaude saturée de carbonate de potasse dans la glycérine sur une boulette de coton. Sécher à l'air chaud. Recommencer l'application en laissant le coton en place jusqu'à ce que le patient éprouve une sensation de brûlure dans la bouche ; alors le nettoyage peut être continué sans douleur. Cette solution ne décolore pas. (*Dental Review.*)

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

### LOI DU 31 MARS 1919 MODIFIANT LA LÉGISLATION DES PENSIONS DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER EN CE QUI CONCERNE LES DÉCÈS SURVENUS, LES BLESSURES REÇUES ET LES MALADIES CONTRACTÉES OU AGGRAVÉES EN SERVICE.

.....  
Art. 64. — L'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme.

.....  
Les frais des soins médicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat. Le tarif en sera établi par un décret d'administration publique, pris après entente avec les représentants autorisés des organisations et des syndicats professionnels intéressés.

.....  
Les frais de toute nature provenant des dits soins seront remboursés aux sociétés de secours mutuels par l'Etat, d'après les tarifs établis en vertu des dispositions prévues aux paragraphes 5, 6 et 7 susvisés.

(*Journal officiel* du 2 avril 1919.)

---

### MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ

#### Rapport au Président de la République française.

Paris, le 20 avril 1919.

Monsieur le Président,

Le règlement sur le service de santé à l'intérieur prévoit qu'à défaut de médecins et pharmaciens militaires, le général com-

mandant le corps d'armée requiert des médecins et pharmaciens civils.

Cette expression déjà ancienne, et qu'on trouve dans le règlement du 31 août 1865, est inexacte et ne correspond nullement au principe d'obligation posé par la loi du 3 juillet et le décret du 2 août 1877 sur les réquisitions militaires. Aux termes de l'article 5 de la loi, les services en question ne peuvent être requis hors de mobilisation, et, lorsqu'ils le sont, leur mode de règlement n'échappe pas aux garanties prévues au titre V de la loi.

Au surplus, la nature des services envisagés est peu compatible avec l'idée de contrainte, argument qu'il faut éviter d'invoquer, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels. Le mode normal de recours aux médecins et pharmaciens employés avec quelque régularité est la convention, déjà d'ailleurs en usage en ce qui concerne les soins au personnel civil des établissements militaires.

Le même procédé sera employé quand il y aura lieu d'assurer les soins dentaires, à défaut de personnel suffisant et notamment lorsqu'on ne pourra disposer des dentistes auxiliaires et officiers dentistes institués dans le cadre de complément par la loi du 18 octobre 1918 et le décret du 11 janvier 1919.

Tel est le but du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Je vous prie, Monsieur le Président, d'agréer l'hommage de mon respectueux dévouement.

*Le président du Conseil, ministre de la Guerre,*  
Georges CLEMENCEAU.

---

**Décret modifiant celui du 23 novembre 1889 portant règlement sur le service de santé.**

Le Président de la République française,

Vu la loi du 3 juillet 1877, relative aux réquisitions militaires,

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, modifiée le 1<sup>er</sup> juillet 1889 ;

Vu le décret du 23 novembre 1889, portant règlement sur le service de santé à l'intérieur ;



Sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Guerre,

Décète :

Article premier. — L'article 17 du décret du 23 novembre 1889, portant règlement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur, est remplacé par le suivant :

« Art. 17. — En cas d'insuffisance du personnel médical, pharmaceutique ou administratif, le directeur du service de santé rend compte au général commandant le corps d'armée qui informe le ministre.

» Il est fait état, pour y parer, des médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration de réserve ou de l'armée territoriale. Le directeur tient les listes spéciales de ces personnels affectés au corps d'armée avec l'indication des époques de l'année, fixées d'avance pour chacun d'eux, pendant lesquelles ils peuvent sans inconvénient se rendre aux convocations prescrites par la loi. Sur l'ordre du général commandant le corps d'armée, le directeur les convoque en tenant compte, autant que possible, de leurs préférences.

» A défaut de personnels militaires, de l'active ou de complément, il peut être fait appel, dans les conditions fixées par le ministre de la Guerre, aux médecins, aux pharmaciens et aux dentistes civils. Cet appel est en principe amiable, la réquisition ne pouvant être employée qu'en temps de mobilisation et seulement en cas de nécessité absolue ; la réquisition est alors réglée suivant la procédure prévue par la loi.

» Le directeur du service de santé liquide et ordonnance, sur les crédits affectés aux frais de traitement des malades et blessés, les honoraires dus aux médecins, pharmaciens et dentistes civils. Il soumet au général commandant le corps d'armée les cas où le service à leur demander doit avoir un caractère de continuité et où il convient de passer des conventions avec eux. »

Art. 2. — Le dernier alinéa de l'article 466 du décret du 23 novembre 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les honoraires à allouer aux médecins, pharmaciens et dentistes civils avec lesquels il a été passé des conventions donnent toujours lieu à l'établissement d'un mandat direct. »

Art. 3. — Est abrogée la notice n° 2 annexée au règlement et relative aux indemnités à allouer aux médecins et pharmaciens civils requis.

Art. 4. — Le président du Conseil, ministre de la Guerre, est

chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 avril 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

*Le président du Conseil, ministre de la Guerre,*  
Georges CLEMENCEAU.

---

**Instruction sur l'emploi des médecins, pharmaciens et dentistes  
civils utilisés pour les corps de troupe et hôpitaux militaires.**

*Service accidentel.*

A défaut de médecins chargés d'assurer en permanence les soins aux militaires, les chefs de détachement sont autorisés, en cas de nécessité, à utiliser les médecins, pharmaciens et dentistes civils pour les premiers soins à donner à eux et à leurs hommes.

Les frais d'honoraires et de médicaments sont liquidés et ordonnancés, d'après le tarif habituellement admis, par les directeurs du service de santé auxquels les intéressés adressent leurs factures, revêtues de la certification du chef de corps, de service ou de détachement. Les officiers se procureront à leurs frais les médicaments qui leur seront prescrits.

Dans le cas de maladie grave ou de longue durée, les intéressés devront être dirigés sur l'hôpital militaire ou l'hospice mixte le plus rapproché.

*Service permanent.*

Le général commandant la région détermine, sur la proposition du directeur du service de santé, les cas dans lesquels il doit être fait appel aux médecins, pharmaciens ou dentistes utilisés à titre civil, pour assurer de façon permanente le service médical, pharmaceutique et dentaire dans les corps de troupes et les formations sanitaires.

Le nombre des médecins, pharmaciens ou dentistes ainsi utilisés devra être limité au strict nécessaire, les services de chacun d'eux devront être nettement définis et le recours à ces person-



nels civils sera suspendu dès que leurs services cesseront d'être indispensables.

Il sera rendu compte au ministre des services à assurer au moyen de personnels civils et de ceux pour lesquels il convient de supprimer le recours à ces personnels.

Les conditions dans lesquelles seront rémunérés les services du personnel ainsi utilisé seront fixées au moyen de conventions passées par le directeur du service de santé agissant au nom de l'Etat. Le directeur devra porter son choix, de préférence, sur des officiers du corps de santé appartenant à la réserve ou à l'armée territoriale.

La convention fixe le ou les services à assurer, leur durée, leur fréquence, le montant de la rétribution mensuelle. Lorsqu'il s'agit d'assurer le service médical d'un détachement, on prend pour base le paiement d'une somme annuelle de 9 fr. par homme de l'effectif moyen.

Si le service comporte un déplacement régulier en dehors de la place, il y a lieu de fixer dans la convention une indemnité mensuelle ou forfaitaire à laquelle est évalué le remboursement des frais de transport.

Le directeur du service de santé a délégation permanente pour approuver les conventions dans la limite d'une indemnité mensuelle de 300 fr. pour le total des honoraires à allouer à un même médecin, frais de déplacement non compris. Ce taux doit être considéré comme un maximum, sauf autorisation à demander au ministre à titre exceptionnel.

Toute convention portant allocation d'une indemnité forfaitaire de déplacement sera également soumise à l'acceptation spéciale du ministre.

#### *Observations.*

L'utilisation à titre civil des spécialistes (chirurgie générale, spécialités chirurgicales, radiologie, tuberculose, neurologie, psychiatrie, hygiène et épidémiologie, bactériologie, dermato-vénérologie, hydrologie, orthopédie, appareillage, ne pourra être ordonnée par les directeurs du service de santé qu'après autorisation du ministre.

Les conventions ne devront être passées avec les pharmaciens civils que pour faire assurer des services importants ; si, au contraire, la fourniture des médicaments est de peu d'importance, il sera plus avantageux pour l'Etat de passer un marché avec un pharmacien civil pour la fourniture de ces médicaments, d'après les prix de la nomenclature augmentée d'une majoration à débattre.

*Modèle type de convention.*

Entre les soussignés :

M. . . . ., directeur du service de santé de la .<sup>e</sup> région, agissant au nom et pour le compte de M. le ministre de la guerre,

D'une part :

Et M. . . . .

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

1<sup>o</sup> M. . . . . s'engage à assurer le service (médical, pharmaceutique ou dentaire) dans la place de . . . . . ou dans les établissements du service de santé ci-après désignés.

. . . . .  
Il accepte de remplir les obligations imposées aux membres du corps de santé militaire par les règlements en vigueur et de se conformer en particulier aux prescriptions du directeur du service de santé et du chef de corps ;

2<sup>o</sup> Le service comporte . . . . .

. . . . .  
3<sup>o</sup> Il sera payé à M. . . . . pour l'exécution du service déterminé à l'article 2 une somme mensuelle de...

Dans le cas où le service commencerait ou finirait au cours d'un mois, l'indemnité sera décomptée par jour.

Les médicaments et objets de pansements fournis éventuellement par M. . . . . lui seront payés d'après les prix de la nomenclature majorés de 20 o/o.

L'indemnité mensuelle ci-dessus comprend les frais de déplacement dans l'intérieur de la place.

Le service comportant une visite régulière à . . . . ., situé en dehors de la place, il sera payé mensuellement une somme de . . . . . à laquelle sont évalués forfaitairement les frais imposés par cette visite.

Les frais de déplacement accidentels, à l'extérieur de la place (indemnités kilométriques, de repas ou de découcher) seront remboursés d'après les tarifs en vigueur concernant les frais de déplacement des membres civils des conseils de revision ou de commissions diverses.

4<sup>o</sup> Le paiement des sommes dues en vertu du présent article sera effectué chaque mois par ordonnancement du directeur du service de santé, sur la production d'un mémoire en double expédition, dont une timbrée.



5° La présente convention est faite pour une durée de deux mois à compter du. . . . . Elle sera prorogée de mois en mois par tacite reconduction, si elle n'est dénoncée par une des parties un mois avant la fin de chaque période.

6° La présente convention est résiliée de plein droit et sans indemnité, en cas de décès ou de départ de M. . . . ., si l'autorité militaire juge à propos de faire assurer le service par un médecin, pharmacien ou dentiste militaire, si la formation ou la garnison est supprimée.

La résiliation peut encore être prononcée par le ministre, sans indemnité, dans les circonstances prévues par les dispositions légales de droit commun et notamment en cas de faute grave ou de manquements répétés dans l'exécution du service et après une mise en demeure préalable. Le service laissé en souffrance sera assuré par l'autorité militaire par tel moyen jugé convenable.

7° Les contestations auxquelles pourrait donner lieu la présente convention seront décidées administrativement, c'est-à-dire par le ministre de la guerre, sauf recours au Conseil d'Etat.

8° Les frais de timbre et d'enregistrement sont à la charge du titulaire.

Fait en double exemplaire à . . . , le . . .

Paris, le 21 avril 1919.

*Le sous-secrétaire d'Etat  
du service de santé militaire.*

Louis MOURIER.

(Journal officiel du 4 mai 1919, n° 121, p. 4 602.)

---

### MÉDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES DES RÉGIONS LIBÉRÉES

*Nous avons signalé dans notre numéro de mars dernier une décision ministérielle permettant aux médecins et vétérinaires des régions libérées, dont le mobilier et l'outillage professionnels ont été détruits ou enlevés, de reconstituer ce mobilier et cet outillage à l'aide d'avances de fonds faites par le Gouvernement.*

*Nous avons reproduit, dans notre numéro d'avril, une lettre du Ministre des régions libérées à la F. D. N. annonçant que les chirurgiens-dentistes bénéficieront de ces dispositions.*

*Nous croyons devoir reproduire ci-après la circulaire adressée*

*sur la matière aux Préfets par le Ministre, afin de préciser les détails d'exécution de cette mesure.*

MINISTÈRE DES RÉGIONS LIBÉRÉES

*Le ministre des régions libérées à MM. les Préfets des départements atteints par les événements de guerre.*

Paris, le 22 février 1919.

I. — Des dispositions ont déjà été prises pour la reconstitution sommaire du mobilier indispensable à la réinstallation des habitants dans les régions libérées (circulaires des 28 décembre 1917, 16 août et 2 novembre 1918). Mais l'expérience a prouvé que ces dispositions ne répondaient pas suffisamment aux besoins en ce qui concerne, d'une façon générale, la reconstitution du mobilier professionnel, ainsi que des instruments ou des approvisionnements indispensables à l'exercice de certaines professions.

Il est vrai que dès régimes spéciaux d'avances en nature ou en espèces, ou d'avances pour fonds de roulement, ont été déjà institués en faveur des petits commerçants, artisans locaux et petits industriels (circulaires des 16 juillet, 13 octobre 1917), ou des agriculteurs (circulaire du 21 octobre 1918).

Mais d'autres catégories de sinistrés, et notamment les personnes qui appartiennent aux professions libérales, ne bénéficient pas d'avantages analogues, alors que la remise en activité des professions qu'elles exercent peut ne pas présenter moins d'urgence pour la reconstitution des régions libérées que celles qui viennent d'être énumérées.

De ce nombre sont notamment les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires, les officiers ministériels et publics, etc., qui ne peuvent songer à se réinstaller, faute de ressources, si le moyen ne leur est pas donné de reconstituer sans retard le mobilier professionnel, les instruments (médecins), les approvisionnements (pharmaciens) ou autres objets analogues qui leur sont indispensables.

Aussi m'a-t-il paru nécessaire, d'accord avec M. le ministre des Finances, d'instituer spécialement, pour faciliter la réinstallation de ces catégories de sinistrés, un nouveau régime d'avances en nature ou en espèces.

Le maximum de valeur des avances susceptibles d'être allouées au titre de ce nouveau régime est fixé à 10.000 fr., étant bien entendu que, dans cette limite, l'avance réellement accordée ne saurait d'ailleurs dépasser la valeur des objets d'utilité professionnelle, perdus ou détruits par suite des événements de guerre, qu'il



s'agit de remplacer, ni une proportion de 75 0/0 de la valeur des divers dommages subis.

Les demandes devront toujours être accompagnées à cet effet, d'un état déclaratif, certifié par deux personnes notables de la commune et par le maire, des pertes subies par le demandeur dans cet ordre d'idées.

En outre, il ne pourra être alloué d'avances que pour le remplacement des objets indispensables à la reprise de la profession.

Il sera statué par le préfet comme en matière de reconstitution de mobiliers ordinaires.

Les avances allouées dans la limite du maximum de 10.000 fr. pourront être effectuées, soit en espèces, soit en nature, et il arrivera sans doute fréquemment, que les intéressés insisteront pour ce dernier mode de reconstitution par suite de la difficulté de se procurer, moyennant espèces, les objets dont ils auront besoin.

Je m'efforcerai, en ce qui me concerne, de mettre à votre disposition toutes les catégories d'objets que je pourrai me procurer, en vue de ces attributions en nature, par la liquidation des matériels et stocks provenant ou à provenir des services de l'armée.

Dès maintenant, je me suis mis d'accord avec le sous-secrétaire d'Etat du service de santé pour des cessions d'outillage spécial et chirurgical, ainsi que de produits pharmaceutiques, cessions au sujet desquelles je vous enverrai très prochainement des instructions spéciales concertées avec l'office de liquidation des stocks.

Quant aux avances en argent, elles ne pourront être faites que moyennant justification de leur emploi dans le délai maximum d'un mois, conformément à l'objet précisé à la demande.

Je vous prie de mettre en application, dans le moindre délai possible, les nouvelles prescriptions ci-dessus.

A. LEBRUN.

(Journal officiel du 27 février 1919.)

---

## L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

*Nous apprenons tardivement que des modifications importantes ont été apportées à la réglementation de l'exercice de l'art dentaire en Belgique et nous nous empressons de les faire connaître à nos lecteurs.*

*Pour remédier à la pénurie de chirurgiens-dentistes, le Gouvernement belge a pris, en août 1918, un arrêté instaurant le simple*

*examen de 1899. Cette décision ramène à plus de 20 ans en arrière, comme nous l'écrit notre correspondant, car elle supprime l'obligation de la candidature en médecine; elle supprime même l'obligation du stage et permet l'admission de candidats quasi-illettrés, puisqu'il n'y a aucune restriction quant aux études préliminaires.*

*Nous publions ci-après l'arrêté en question.*

### **Examen de dentiste et de sage-femme.**

Albert, roi des Belges,

A tous, présents et à venir, salut.

Vu l'arrêté royal du 31 mai 1880 contenant des dispositions relatives à la composition des jurys d'examen ;

Vu l'arrêté royal du 30 décembre 1884, contenant des dispositions relatives à l'art dentaire ;

Vu l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août relatif aux dispenses à accorder aux personnes diplômées à l'étranger ;

Voulant donner aux personnes qui désirent obtenir le certificat de capacité de dentiste ou de sage-femme l'occasion de subir l'examen prévu par l'arrêté royal du 30 décembre 1884 ;

Sur la proposition de notre ministre de l'Intérieur.

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. — Pendant la durée de la guerre, les commissions d'examen de dentiste et de sage-femme constituées par le ministre de l'Intérieur, conformément à l'alinéa 2 de l'article 12 de la loi du 31 mai 1880, seront compétentes pour tous les candidats de nationalité belge, quelle que soit leur résidence.

Art. 2. — Des sessions auront lieu, suivant les besoins aux lieux et époques qui seront fixées par le ministre de l'Intérieur.

Art. 3. — Les demandes d'admission à l'examen seront adressées au ministre de l'Intérieur.

Art. 4. — Les dispositions de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 1891, relatives aux dispenses à accorder aux personnes diplômées à l'étranger sont étendues aux professions de dentistes et de sage-femme.

Art. 5. — Notre ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné en notre quartier général, le 24 août 1918.

ALBERT.

Par le Roi :

*Le ministre de l'Intérieur,*

Paul BERRYER.

(Publié par le *Moniteur* des 25-31 août 1918, n° 237-243.)



\*  
\* \*

Au moment de mettre sous presse, nous sommes avisés qu'un arrêté publié au *Moniteur* (de Belgique) du 9 mai 1919 abroge l'arrêté d'août 1918 qui est inséré ci-dessus et exige des candidats à l'examen de dentiste les mêmes connaissances que précédemment. Une clause prévoit, pour les candidats inscrits avant ce dernier arrêté, la faculté de se présenter à une session d'examen ayant lieu dans les 3 mois.

---

## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

---

### L'AIDE CONFRATERNELLE

Le bureau de l'Aide Confraternelle (créée en 1915 pour venir en aide aux confrères français et belges des pays envahis et qui a recueilli par souscription plus de 100.000 francs), s'est réuni, le jeudi 15 mai 1919, chez son président, M. G. Viau.

Après lecture du procès-verbal, le bureau a accueilli, à la suite d'enquêtes, les demandes de secours adressées par de nombreux confrères des régions dévastées; puis il a adopté la proposition de notre confrère belge, M. Quaterman, tendant à la création d'un sous-comité belge, pour simplifier la tâche de la Société.

L'Aide Confraternelle est heureuse de faire connaître la très belle offre de la maison de Trey, de 50 installations complètes dans les conditions les plus acceptables, faite en mars 1919.

On ne saurait trop remercier MM. de Trey de la sympathie qu'ils portent à nos malheureux confrères des pays libérés, sans oublier toutefois leur représentant, M. Renaud, qui, pour réaliser cette offre généreuse, a fourni un travail considérable.

M. G. Villain, de retour de sa mission en Amérique, a fait connaître le concours prêté par la *Preparedness League of American Dentists*, qui adresse une première contribution de 650 dollars provenant pour une part (3 000 francs), d'une souscription ouverte à la réunion annuelle de la Société dentaire de l'Etat d'Ohio; il a, en outre, remis la souscription individuelle de M. Stephan (de Cleveland), s'élevant à 23 dollars (135 francs). Il a annoncé que d'autres souscriptions suivraient. Le Comité l'a remercié très chaleureusement de sa propagande aux Etats-Unis.

Nous tiendrons dorénavant nos confrères tous les mois au courant de nos délibérations en les priant d'adresser leurs souscriptions à M. G. Viau, président, 109, boulevard Malesherbes, Paris

A. DEBRAY.

---



---

## NÉCROLOGIE

---

### Jules Szwaycarski.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 64 ans, survenue le 18 avril, à Troyes, de notre confrère M. Jules Schweitzer, dit Szwaycarski, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons nos bien vives condoléances à sa famille.

---

### Albert Tamisier.

Nous avons annoncé sommairement dans notre numéro du 30 mai 1916 la mort au champ d'honneur de notre confrère Tamisier, car nous n'avions alors que des renseignements incomplets.

Albert Tamisier, dentiste militaire, fut tué le 4 mai 1916 à Jouy-en-Argonne (Meuse), à l'âge de 33 ans.

Un service funèbre a eu lieu le 3 mai 1919, à 3 heures 1/2, en l'église de Clignancourt à son intention, et l'inhumation s'est faite le même jour au cimetière du Père-Lachaise.

Nous renouvelons à sa famille nos sincères condoléances.

---

Notre confrère, M. le médecin-major de 1<sup>re</sup> classe Frey, chef du service central de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris et professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, vient à nouveau d'être frappé d'un deuil cruel.

Il a eu la douleur de perdre son père, à quelques jours d'intervalle de la mort de sa mère.

Profondément peiné, nous renouvelons à notre confrère, à M<sup>me</sup> Oppenot-Frey, D. E. D. P., sa sœur, ainsi qu'à leur famille, nos sincères regrets et nos condoléances, en les assurant que nous nous associons à leur affliction.

---

## NOUVELLES

---

### Société d'odontologie de Paris.

Au cours de la réunion de la Société tenue le 1<sup>er</sup> avril il a été décidé que les démonstrations pratiques seront reprises comme avant la guerre et auront lieu le dimanche matin, les séances de communications restant fixées au premier mardi de chaque mois, le soir.

\*  
\* \*

La Société s'est réunie le mardi 13 mai à 8 heures et demie du soir avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> La situation de l'art dentaire en Alsace-Lorraine, par le Dr E. Sauvez ;
  - 2<sup>o</sup> La pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire d'après les données cliniques, par le Dr M. Roy ;
  - 3<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière ;
  - 4<sup>o</sup> Questions diverses.
- 

### Ligue française d'hygiène scolaire.

L'assemblée générale de la Ligue française d'hygiène scolaire a eu lieu le jeudi 24 avril à 5 h. du soir au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Rappelons qu'au Congrès international d'hygiène scolaire qui se tint à Paris en août 1910 MM. Godon et Cruet étaient vice-présidents de la sous-section dentaire de ce Congrès.

---

### Syndicat de faconniers mécaniciens-dentistes.

Il vient de se fonder à Paris un Syndicat de faconniers mécaniciens-dentistes dont le siège social est 163, rue St-Honoré, et dont le Bureau a été constitué comme suit :

MM. Pomiès, secrétaire,  
Mercereau, secrétaire adjoint,  
Ecarlat, trésorier.

---

### Mariages.

Le mariage de M<sup>lle</sup> Suzanne Sauvez, fille du Dr Sauvez, den-



tiste des hôpitaux et professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. le Dr Gaston Lacronique, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe aux armées, chevalier de la Légion d'honneur et décoré de la croix de guerre, a eu lieu le 17 mai.

La cérémonie civile avait été célébrée la veille à la mairie du 8<sup>e</sup> arrondissement de Paris, par le Dr Godon, maire-adjoint.

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

\* \*

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Cottarel (Anthelme), démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M<sup>lle</sup> Lucy Lacroix, qui a eu lieu le 30 avril.

\* \*

Le mariage de notre confrère M<sup>lle</sup> Mercedès Pescarolo avec M. Ferruccio Ovazza, ingénieur, a eu lieu à Rome le 24 avril 1919.

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

---

### Exposition de Strasbourg.

L'Exposition de Strasbourg, que nous avons annoncée, aura lieu du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 1919.

L'Ecole dentaire de Paris y prendra part dans la classe 16 (médecine et chirurgie).

---

### Mission sanitaire américaine.

Dès le début de 1915 l'Université de Harvard (Etats-Unis) envoya en Angleterre une section hospitalière complète avec tous ses services.

A la tête du service dentaire se trouvait notre confrère M. R. I. Kazanjian, démonstrateur de prothèse à l'Université, qui, avec ses collègues, a pendant quatre ans traité avec le plus grand dévouement les militaires souffrant d'affections dentaires ou blessés aux maxillaires et à la face.

Pour récompenser ce dévouement, le roi d'Angleterre a conféré à M. Kazanjian, au Palais de Buckingham, les insignes de l'ordre de St-Michel et de St-Georges.

La section hospitalière tout entière vient de repartir pour les Etats-Unis.

Rappelons qu'avant de débarquer en Angleterre la section

séjourna quelque temps en France et mit ses connaissances et son habileté à la disposition des blessés britanniques.

M. Kazanjian est resté en France avec la section dentaire jusqu'à la fin des hostilités.

Nos confrères connaissent son action par ses travaux et par l'active contribution qu'il a apportée au Congrès dentaire inter-allié de 1916. C'est un devoir pour nous, au moment de son départ, de remercier cet excellent confrère de son aide précieuse et de lui adresser nos plus cordiales salutations et nos meilleurs souvenirs.

---

#### Expertise.

Au nombre des experts nommés par le juge d'instruction pour examiner les ossements et débris anatomiques trouvés à la villa de Gambais (affaire Landru), figure notre collègue M. le Dr E. Sauvez, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, chargé de l'examen des dents découvertes en faisant les fouilles.

Rappelons qu'à la suite de la catastrophe du bazar de la Charité, le 4 mai 1897, plusieurs chirurgiens-dentistes, appelés pour reconnaître les cadavres, parvinrent à identifier quelques-uns de ceux-ci, grâce aux schémas de la bouche de leurs patients respectifs qu'ils avaient conservés (*V. Odontologie*, 30 juin 1898, p. 491).

---

#### Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro du journal *Le Prothésiste*, organe officiel du Syndicat des mécaniciens et mécaniciens-dentistes, paraissant le 1<sup>er</sup> de chaque mois.

Nous souhaitons bonne chance à cette publication.

---

#### Association des chirurgiens-dentistes militaires des Etats-Unis.

L'Association des chirurgiens-dentistes militaires des Etats-Unis tiendra son assemblée générale annuelle à La Nouvelle-Orléans, du 20 au 24 octobre prochain.

Le secrétaire-trésorier, M. R. W. Waddell, a son bureau 347, Fifth Avenue, New-York.

---

#### Union syndicale des dentistes démobilisés.

L'Union syndicale des dentistes démobilisés s'est réunie en assemblée générale le 11 mai 1919, à 9 heures du matin, salle de la Société de photographie, 51, rue de Clichy.



### Cliniques dentaires.

M. le Prof. Kieffer, directeur de la clinique dentaire de la Caisse locale générale d'assurances contre la maladie de Strasbourg, vient de nous aviser que cette clinique occupe 5 chirurgiens-dentistes, parmi lesquels quelques allemands, qu'il y a lieu de remplacer par des Français.

Il s'offre ainsi à de jeunes confrères voulant plus tard s'établir dans cette ville une excellente occasion de trouver dès le début une situation toute faite et la possibilité de se perfectionner encore jusqu'à leur établissement à leur propre compte, en passant un certain temps comme assistants à cette clinique.

Prière aux candidats d'adresser leurs demandes au secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ajoutons que, de son côté, la mairie de Strasbourg demande pour la clinique dentaire scolaire de la ville plusieurs chirurgiens-dentistes, même des dames, comme opérateurs. Voir d'ailleurs aux Annonces.

---

### Avis.

Comme on le verra dans le présent numéro, nous reprenons la publication des fiches bibliographiques qui avait été interrompue pendant la guerre par suite du départ de notre collaborateur M. P. Vanel, chargé de cette publication.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### QUELQUES RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Joseph MENDEL

#### ÉTIOLOGIE

En juillet 1914, au Congrès des dentistes américains d'Europe le Professeur Kirk, de Philadelphie, et le Professeur Chiavaro, de Rome, présentèrent des communications très remarquées sur le même sujet : *Les amibes de la bouche*.

Le D<sup>r</sup> Kirk dans une communication verbale, brève, précise, relatait le résultat des recherches de deux confrères américains, Smith et Barret, sur la pyorrhée alvéolaire. Ces recherches les ont conduits à penser que les amibes de la bouche seraient les facteurs étiologiques prépondérants, sinon spécifiques de cette affection. En faveur de cette idée ils produisaient les arguments suivants : 1° la présence constante des amibes dans la pyorrhée alvéolaire ; 2° l'efficacité du traitement de la pyorrhée par le chlorhydrate d'émétine, médicament d'une activité réelle dans la dysenterie amibienne.

La communication du docteur Chiavaro envisageait le sujet plutôt au point de vue de la biologie générale ; bien entendu, il s'appliquait à en déduire les enseignements d'ordre professionnel notamment en ce qui touche la prophylaxie des affections buccales. Il reconnaissait bien le fait de la présence des amibes dans le pus des pyorrhéiques, mais il ne leur attribuait guère de rôle de causalité spécifique. Il inclinait, au contraire, à considérer les amibes, orga-



nismes bactériophages, comme aptes à réduire la flore microbienne de la bouche et, à ce titre, offrir une certaine utilité.

Depuis ce moment nous avons vu publier, particulièrement dans les revues des Etats-Unis, un certain nombre de travaux, les uns confirmant les assertions de Smith, les autres formulant des réserves ou bien les contestant formellement.

Etant donné l'importance du sujet et la contradiction des opinions émises, il nous a paru utile d'entreprendre une série de recherches en vue de contrôler les conclusions des auteurs sur ce sujet.

### *Morphologie des amibes.*

L'étude des amibes à l'état vivant dans une goutte d'eau physiologique n'est point aisée, vu la faible mobilité de cet organisme et l'abondance d'éléments cellulaires dans le liquide examiné. L'adjonction d'un colorant vital et particulièrement du rouge neutre facilite beaucoup l'examen. On distingue alors nettement au milieu de nombreux leucocytes le protoplasma légèrement rose des amibes avec leurs vacuoles digestives dont le contenu se colore en rouge plus ou moins foncé. En maintenant le porte-objet à une température convenable, on peut pendant longtemps suivre leurs déplacements dont le mécanisme, très simple, peut se décomposer en deux temps qui se succèdent doucement sans solution de continuité : progression de l'ectoplasma, d'abord, sous forme d'un pseudo-pode épais, arrondi, généralement unique ; progression de l'endoplasma, ensuite, qui semble couler dans l'ectoplasma en mouvement.

Une constatation intéressante est l'absence de vacuole contractile.

Pour permettre une étude morphologique précise, le concours de méthodes de coloration plus complètes est indispensable.

Diverses méthodes de fixation et de coloration furent mises à contribution au cours de ces recherches : frottis humides et desséchés, fixation au Bouin-Dubosc, au subli-

mé alcoolique de Shaudinn, coloration à la laque ferrique et au Giemsa. Pour les recherches de diagnostic clinique nous avons adopté uniformément la méthode panoptique May-Grünwald-Giemsa qui nous a toujours donné des résultats nets et sûrs. Voici comment nous procédions :

Une goutte d'eau physiologique est disposée sur une lame. A l'aide d'un stylet fin on prélève entre les dents un peu de matière grisâtre qui s'y trouve en petite quantité, même dans les bouches les mieux entretenues, et que l'on étale rapidement dans la goutte d'eau ; on agite vigoureusement. Dès que la dessiccation est obtenue, on fait agir la solution de Giemsa (3 gouttes pour 2 cent. cubes d'eau distillée). On lave avec un fort courant d'eau pour enlever les précipités. On peut avec avantage faire agir le May-Grünwald avant que la dessiccation soit parfaite : la différenciation de la substance plasmatique est ainsi rendue plus nette. Mais alors, il faut avoir soin de ne pas exposer le frottis à un fort courant d'eau durant le lavage. On obtient ainsi des préparations dont la lecture est très facile et qui ne laisse aucune prise à l'hésitation.

Sur une bonne préparation colorée de la sorte on distingue nettement les différents éléments constitutifs de l'amibe : l'*ectoplasma*, en bleu pâle, formant les contours, ovales, arrondis ou irréguliers de l'amibe ; l'*endoplasma*, en bleu plus foncé, constituant la masse fondamentale de l'organisme. En un point variable de l'entoplasma, au centre ou vers la périphérie, se trouve le *noyau*. Il se présente sous forme d'un large anneau de substance chromatique, prenant au Giemsa une teinte qui peut varier du rose au rouge violet clair ; au centre de cet anneau un point faiblement teinté le nucléole. Parfois, on observe deux nucléoles. L'anneau est parfois scindé en deux ou trois fragments, laissant entre eux une légère solution de continuité ; souvent, surtout quand il est situé vers la périphérie, il apparaît aplati, elliptique. Examiné à un fort grossissement, l'anneau est constitué de fines granulations affectant une disposition rayonnante. Nous avons pu observer, bien que rarement,



des noyaux allongés, bilobés, les deux lobes étant de dimensions inégales, ou bien deux noyaux entièrement séparés. Nous avons vu parfois des amibes de très petites dimensions, 5 ou 6  $\mu$ , n'être constituées que d'un simple fragment protoplasmique où l'on ne discerne point de noyau organisé et seulement quelques granulations chromatiques. Sur les frottis traités par la *laque ferrique*, le noyau est le plus souvent régulièrement rond. Il se détache comme un petit cercle noir, membrane du noyau, autour d'un point central : le nucléole ; souvent un petit fragment de la substance chromatique est accolé à la membrane, l'épaissit sur une certaine étendue ou même fait hernie à l'intérieur. Il n'est pas exceptionnel d'observer deux noyaux dans une amibe.

En outre du noyau on distingue dans l'endoplasma un nombre variable de vacuoles digestives, les unes vides ou remplies de bactéries, les autres renfermant des substances se colorant en rouge foncé, au Giemsa, et en noir à la laque ferrique, et qui sont des fragments de leucocytes phagocytés à des stades divers du processus digestif. Le nombre des vacuoles contenant des résidus leucocytaires augmente d'ordinaire avec les dimensions des amibes. Les amibes de petite dimension possèdent souvent une ou deux vacuoles vides ; parfois on n'en distingue aucune.

La taille des amibes de la bouche varie, selon nos mensurations personnelles, de 5 à 40  $\mu$ .

Le mécanisme de reproduction de ces amibes demeure encore l'objet d'opinions divergentes. Provazek admet la reproduction par simple division directe. Lœwenthal, et plus récemment Chiavaro, ont décrit le processus de multiplication par division indirecte. Notre attention a été particulièrement portée sur ce point et, malgré les nombreuses préparations que nous avons examinées, nous n'avons pu trouver d'exemples nets de division par voie de mitose. La grande difficulté du problème réside dans la présence de multiples inclusions au sein de l'amibe : fragments leucocytaires, bactéries de formes et de dimensions variées. Or, tout comme le noyau, ces masses se colorent plus ou moins

fortement en noir par la laque ferrique et, par leur nombre, constituent un obstacle considérable à l'observation du phénomène. Le même fait s'observe avec le Giemsa ; plus d'une fois nous avons vu les noyaux et un certain nombre de corps d'inclusion prendre des tons tout à fait semblables. En pareille occurrence une grande réserve s'impose à ceux qui redoutent les erreurs d'interprétation. La même réserve nous est imposée en ce qui concerne la question des kystes. Sans doute, nous avons observé des formations susceptibles d'être considérées comme des éléments enkystés mais qui n'autorisaient point d'affirmation précise.

*Présence des amibes dans la pyorrhée alvéolo-dentaire.*

Nous avons examiné 40 malades atteints de cette affection : 28 femmes et 12 hommes. La majorité était d'un âge variant de trente-cinq à cinquante ans ; le plus jeune avait dix-neuf ans, la plus âgée soixante-cinq. L'état général de ces malades était peu satisfaisant : 2 étaient des syphilitiques avérés, avec réaction de Wassermann positive ; 5 avaient du sucre dans les urines ; 2 jeunes femmes souffraient d'obésité ; 2 de l'asthme ; 4 d'accidents de lithiase hépatique ou rénale ; la plupart étaient atteints de troubles gastro-intestinaux : dyspepsie, constipation, entérite, entérocoleetie, etc.

Dans ce nombre nous avons pu discerner les modalités cliniques les plus variées de la pyorrhée, depuis les lésions discrètes confinées à 1 ou 2 dents et accompagnées d'une sécrétion à peine décelable, jusqu'aux désordres anatomopathologiques profonds frappant des régions étendues de l'appareil dentaire, occasionnant des suppurations abondantes aptes à retentir fâcheusement sur la santé générale du sujet. Bien entendu, seuls les accidents pyorrhéiques à point de départ gingival furent ici retenus ; les suppurations ayant leur origine dans une carie pénétrante sont classées à part.

La présence des amibes a été reconnue dans 38 cas sur 40. Il convient d'ajouter que parmi les deux cas négatifs un seul est vraiment net. Il s'agit d'une dame âgée de quarante-cinq ans, de santé médiocre et ayant subi entre



autres deux opérations abdominales à la suite d'une crise d'appendicite. Les lésions de la pyorrhée sont très prononcées : expulsion spontanée de plusieurs dents, déviations dentaires très marquées, suppuration, etc. Le liquide purulent fut examiné à plusieurs reprises et à des époques différentes ; le prélèvement fut fait aux dents du haut et du bas et dans les différentes régions de la bouche. Absence complète d'amibes.

Le deuxième cas concerne une dame de soixante ans, ancienne pyorrhéique guérie en 1909. Depuis quelques mois une de ses dents non atteintes précédemment présentait des symptômes légers de la pyorrhée. Dans l'exsudat prélevé au collet de la dent malade, il fut impossible de découvrir la présence d'amibes.

Le nombre des amibes était, dans tous les cas examinés, assez élevé pour rendre leur recherche facile ; certains sujets, les plus jeunes dans ma statistique, paraissaient offrir à leur développement des conditions particulièrement propices ; il nous a paru aussi qu'elles sont plus abondantes à la mâchoire inférieure. Le plus souvent on les trouve en paquets au milieu des amas de bactéries et des agglomérations de leucocytes plus ou moins bien conservés. Autre constatation intéressante : les pyorrhées à faible sécrétion nous ont donné des préparations plus riches en amibes que les pyorrhées à sécrétion abondante. Toute goutte de pus qui jaillit au niveau du collet ne renferme pas nécessairement des amibes. Il faut insinuer l'instrument entre la gencive et la dent dans le fond de la poche purulente pour les recueillir plus sûrement ; il est préférable de faire le prélèvement au niveau des points où les lésions sont peu profondes. On peut dire, toutes choses étant égales, que le brossage minutieux et régulier des dents et des gencives constitue le moyen le plus actif pour en restreindre le nombre : c'est surtout le matin, avant le brossage des dents, que l'examen révèle l'abondance des amibes.

Nous arrivons ainsi à conclure que la présence des amibes dans l'exsudat purulent de la pyorrhée alvéolaire

s'observe d'une manière presque constante. C'est là un fait digne de sérieuse considération. Est-il suffisant pour proclamer la prépondérance de leur action dans les phénomènes pathogéniques de la pyorrhée ? Nous ne le pensons pas. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que ces micro-organismes trouvent chez ces malades un milieu buccal favorable à leur existence et à leur développement.

Cette manière de voir se confirme par les constatations que nous avons faites sur les personnes indemnes de cette affection.

*Présence des amibes dans la bouche des personnes indemnes de pyorrhée.*

42 adultes et 36 enfants furent examinés à cet effet.

Parmi les adultes, nous avons cherché de préférence des personnes jeunes de vingt à quarante ans ; la plus âgée avait soixante ans. Certains sujets offraient des caries multiples, d'autres, peu de dents cariées, ou point. L'état d'hygiène buccale était tantôt excellent, tantôt médiocre, tantôt défectueux. Même diversité en ce qui touche les conditions de la santé générale : nous nous sommes efforcé de recueillir tous les renseignements susceptibles de nous éclairer sur ce point.

Les enfants, dont la plupart étaient soignés à l'hôpital Pasteur, étaient choisis de manière à comprendre tous les âges depuis onze mois jusqu'à quatorze ans. L'hygiène buccale était généralement satisfaisante, l'usage de la brosse étant assez régulièrement observé.

Sur les 42 adultes, les amibes furent trouvées 24 fois, soit 57 p. 100 ; sur les 36 enfants 8 fois, soit 22 p. 100.

Tous les caractères morphologiques reconnus aux amibes de la pyorrhée se retrouvent ici : même constitution de noyau et du protoplasma, même forme et dimension ; même aptitude à phagocyter les leucocytes.

Notons que dans le groupe de « porteurs d'amibes » nous n'avons retenu que des personnes dont les frottis montraient des amibes en nombre assez élevé ; si l'on voulait admettre dans ce groupe les cas où l'on en trouvait seule-



ment quelques rares unités, le nombre de porteurs d'amibes serait sensiblement plus grand.

L'analyse des conditions particulières à ce groupe de 78 cas indemnes de pyorrhée nous a conduit à admettre une distinction entre les personnes dont la bouche est bien entretenue et celles dont la bouche est négligée.

Dans les bouches mal entretenues nous avons toujours trouvé des amibes dans la masse caséeuse qui recouvre les dents. Leur nombre cependant n'a jamais été aussi grand que dans certains cas de pyorrhée.

Dans les bouches soigneusement entretenues on trouve des amibes dans près de la moitié des cas.

En examinant avec soin les observations touchant les personnes de ce groupe, notre attention a été attirée par certains faits qui méritent d'être mis en relief. Tout d'abord, en ce qui concerne l'état général, nous avons souvent reconnu l'existence de quelque trouble, organique ou fonctionnel, susceptible, par sa constance, de faire fléchir la résistance normale du sujet à l'influence des facteurs pathogènes. Une autre constatation, d'ordre local, est la suivante : dans la plupart des cas où nous avons trouvé des amibes en nombre élevé, on les a vus coïncider avec une modification nette de l'exsudat gingival ; *la leucocytose normale de l'exsudat fait place à un état d'hyperleucocytose plus ou moins marquée*. Cet afflux exagéré des éléments leucocytaires s'observe surtout dans les interstices dentaires, points où la gencive, ayant perdu sa tonicité normale, adhère moins intimement au collet de la dent, expose l'espace péri-cervical, normalement clos, à toutes les sources de contamination. Ce sont aussi les points les moins accessibles à l'action de la brosse et aux soins de l'hygiène buccale. Il y aurait une exagération évidente à considérer cet état comme une manifestation de la vraie pyorrhée ; néanmoins il est permis de dire que sa persistance pourrait, à la longue, aboutir à des lésions pyorrhéiques.

---

(A suivre.)

## LA PATHOGÉNIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le Dr MAURICE ROY.

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

(Conférence à la séance inaugurale du 6<sup>e</sup> Congrès dentaire international. Londres 1914.)

(Suite et fin.)

### TROISIÈME PARTIE

#### LA PROPHYLAXIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la pyorrhée détiennent tous une part de vérité quant aux causes prédisposantes qui jouent parfois un rôle apparent assez grand pour masquer presque complètement la cause initiale et cela d'autant plus qu'il est incontestable que le traitement de cette cause adjuvante (rupture d'équilibre articulaire, gingivite, etc.), a une influence considérable sur l'amélioration de la pyorrhée.

C'est qu'en effet, celle-ci étant constituée par sa lésion première, la *résorption alvéolaire précoce*, ne passerait jamais à la période d'état, celle qui marque l'état grave de la maladie, si aucune des causes adjuvantes locales n'intervenait.

C'est pourquoi, bien que cette maladie soit de cause générale, la lutte contre ses causes adjuvantes locales a une telle influence dans sa prophylaxie.

#### 1<sup>o</sup> Les causes générales.

Combattre les causes générales est une besogne délicate et variable suivant les divers états généraux susceptibles de provoquer la *résorption alvéolaire précoce* et, dans ce traitement, le dentiste sera souvent un utile collaborateur du médecin, ne serait-ce qu'en lui signalant l'apparition de ce phénomène pathologique, indice d'un état diathésique particulier.

Je ne puis m'étendre ici sur ce traitement général qui



variera évidemment avec la cause qui aura provoqué la résorption alvéolaire ; ce traitement a une grande importance tant au point de vue de la santé générale qu'au point de vue de la santé locale, puisque nous avons montré que la pyorrhée est à marche lentement progressive tant que subsistent les causes générales qui ont provoqué la résorption alvéolaire sénile précoce.

Mais, si ce traitement général est important et s'il ne doit pas être négligé, il faut bien reconnaître que, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne pourra avoir qu'une influence restreinte et en tout cas éloignée sur les lésions une fois celles-ci constituées. Par contre la proscription de toutes les causes adjuvantes de la pyorrhée et le traitement local, tout entier entre les mains du dentiste, auront les plus heureux effets sur l'évolution de la maladie soit en l'empêchant de passer à la période d'état, soit, si celle-ci est constituée, en en faisant disparaître les éléments secondaires et en rétablissant, la santé et le fonctionnement de la dent, dans la mesure où l'état de destruction des tissus le permet.

#### *2° Les causes locales.*

On sait la gravité de la pyorrhée à la période d'état, celle dans laquelle un cul-de-sac gingivo-radiculaire est constitué ; on devra donc s'efforcer d'éviter la formation de celui-ci et, pour cela, c'est à la prophylaxie des causes locales que le dentiste devra s'attacher avec une rigueur toute particulière.

En cette matière, son rôle est considérable et j'ai le regret de constater qu'il le néglige le plus souvent, par ignorance de la pathogénie vraie de la maladie qui l'empêche, notamment en ce qui concerne les soins hygiéniques préventifs à prescrire à ses patients, de leur donner les indications qui leur permettraient souvent d'éviter le développement de cette maladie redoutable par ses conséquences locales.

C'est ce dernier point que je voudrais développer en terminant ce travail, car il est la conclusion logique des déduc-

tions pathogéniques que j'ai développées un peu trop longuement peut-être, mais dont l'importance au point de vue de la prophylaxie me paraît telle que j'y insiste avec toute l'ardeur d'une conviction basée sur l'observation minutieuse et suivie d'un grand nombre de patients.

Il résulte des considérations que je viens de développer que la prophylaxie doit s'attacher plus particulièrement à deux points : combattre les causes traumatiques et combattre les gingivites et l'infection dont elles sont l'expression.

Je ne m'étendrai pas longuement en ce qui concerne la prophylaxie des causes traumatiques où tous les auteurs sont d'accord, je me bornerai à dire que le dentiste doit veiller à la proscription de toutes les causes qui peuvent amener une rupture de l'équilibre articulaire des dents et favoriser la résorption alvéolaire précoce. Mais ce n'est pas seulement au moment où les patients sont plus particulièrement exposés à la maladie de par leur âge qu'il convient de veiller sur ce point, c'est aussi et surtout à partir de la jeunesse en corrigeant toutes les malpositions des dents et en pratiquant de la façon la plus large le traitement conservateur des organes dentaires. On ne doit jamais perdre de vue que la perte d'une seule dent dans la jeunesse, qui pourra ne pas entraîner de gros inconvénients apparents durant vingt ou trente ans, pourra être, à un moment donné, la cause provocatrice du développement d'une pyorrhée qui emportera successivement toutes les dents de la bouche si un traitement approprié, souvent long et difficile, n'est pas appliqué. Une attention particulière sera apportée à la confection des obturations qui devront toujours s'attacher à reconstituer la forme des dents et par-dessus tout à maintenir leurs contacts proximaux.

Toutes ces précautions auront pour effet, nous l'avons vu, d'écarter les causes qui favorisent la résorption alvéolaire.

Tous les dentistes sont d'accord en ce qui concerne l'importance des soins hygiéniques de la bouche pour éviter son infection et les gingivites qui en sont la conséquence ; mais, par la méconnaissance du mécanisme réel par lequel



se développe la pyorrhée, ils n'apportent pas suffisamment d'attention à certains points particuliers qui sont la cause du développement de cette affection chez les gens qui se brossent régulièrement les dents et chez lesquels par conséquent, si la résorption d'ordre constitutionnel ne peut être évitée, la pyorrhée ne devrait jamais passer à la période d'état.

3° *Comment se développe la pyorrhée chez les gens qui cependant se brossent les dents.*

Pour me faire mieux comprendre, je reprendrai l'exemple



Fig. 18. — Dessin représentant les rapports anatomiques normaux des tissus péri-dentaires ; le collet anatomique de la dent et le collet gingival concordent absolument.

clinique que j'ai pris au cours de mon exposé. Il s'agit, si on se le rappelle, d'un individu ayant toutes ses dents saines, normalement rangées et bien entretenues ; à vingt ans, nous l'examinons, ses insertions gingivales sont parfaites et nous ne pouvons passer sans une légère effraction, même avec des instruments très fins, dans ses espaces inter-dentaires qui sont exactement remplis par les bourrelets gingivaux normaux.

A quarante ans, nous réexaminons ce même patient qui est légèrement arthritique, mais dont les dents sont toujours saines et normalement rangées.

Nous constatons alors qu'il est amené à se servir d'un cure-dents parce que des débris alimentaires restent après les repas dans ses espaces inter-dentaires et, alors que vingt ans auparavant nous ne passions qu'avec peine entre ses dents, nous constatons que l'on y pénètre facilement et avec des instruments relativement volumineux. Nous constatons également que, bien qu'il n'existe aucun cul-de-sac gingival, le collet normal des dents n'est plus en rapport avec l'insertion de la fibro-muqueuse gingivale et que le ciment se trouve mis à nu dans une certaine étendue; le



Fig. 19. — Dessin analogue à celui de la figure 18, mais chez un arthritique présentant de la pyorrhée à la première période. *Le collet gingival ne concorde plus avec le collet anatomique de la dent, une portion du ciment est à nu.*

*collet anatomique de la dent et le collet gingival ne concordent plus.*

Nous avons dit que cet individu était atteint de pyorrhée alvéolaire à la première période puisqu'il présentait de la résorption alvéolaire sénile précoce. Voyons maintenant comment cette pyorrhée va évoluer vers la période d'état et ce tableau clinique sera, je pense, la meilleure illustration à donner à ce développement concernant la prophylaxie de la maladie.



Nous avons pris comme exemple un individu se brossant régulièrement les dents. Si donc, sa bouche étant à quarante ans dans l'état que nous avons décrit, il continue à se brosser régulièrement le *collet gingival* de ses dents avec le même soin qu'autrefois, il ne résultera aucun inconvénient grave de cette résorption alvéolo-gingivale ; la dent conservera sa solidité à peu près normale même avec une résorption étendue ; la gencive, non enflammée, restera solidement attachée au nouveau collet de la dent au niveau duquel il n'y aura ni cul-de-sac ni suppuration.

Mais, à ce moment, ces conditions d'hygiène sont difficiles à réaliser pour des raisons multiples : 1° le ciment de la dent est souvent légèrement sensible, surtout si le malade continue à se servir d'une poudre dentifrice, et c'est une raison pour que, instinctivement, sa brosse à dents ne passe pas sur les points dénudés ; 2° le nouveau collet gingival est, moins que le collet normal, soumis au nettoyage produit par l'attrition alimentaire et le frottement de la langue, des lèvres et des joues ; 3° cette résorption étant généralement ignorée du malade, celui-ci continue à quarante ans à se brosser les dents comme il se les brossait à vingt ans ; sa brosse, par un mouvement automatique, passe toujours au même niveau, si bien que le collet normal de la dent peut continuer à se trouver brossé d'une façon parfaite, il peut même se produire à ce niveau de l'érosion dite chimique par excès de brossage avec des poudres usantes, tandis qu'au nouveau collet gingival, qui échappe au brossage, s'accumule du tartre et des dépôts de toute nature qui vont provoquer la gingivite et la formation de culs-de-sac gingivaux par le mécanisme que nous avons indiqué.

Et c'est ainsi que la pyorrhée est définitivement constituée malgré le brossage des dents répété parfois trois ou quatre fois par jour avec le même résultat.

#### 4° *De quelques erreurs de dentistes.*

Or il faut bien le dire, dans un grand nombre de cas le dentiste ne fait rien pour réformer ces mauvaises prati-

ques de son patient qui peuvent conduire celui-ci à la perte de toutes ses dents ; il assiste placidement au développement d'une pyorrhée caractérisée que trop souvent il se croit impuissant à prévenir.

Mais, fait plus grave, non seulement il ne fait rien, mais encore il fait souvent pis ; car, par suite d'une erreur pathogénique fâcheuse, prenant l'effet pour la cause, il donne à ce patient des conseils qui vont aggraver son état et précipiter l'évolution de la maladie.

En effet, si le malade, remarquant la dénudation du collet de ses dents, demande conseil à son dentiste, celui-ci attribue souvent ce phénomène à un brossage excessif des dents et conseille l'emploi de brosses molles, parfois de pinceaux de blaireau ; il conseille le brossage des dents uniquement dans le sens vertical, qui ne nettoie pas la rainure péri-cervicale qui est le point de la dent qui a justement le plus besoin de l'être<sup>1</sup>. De toute façon, *le dentiste recommande à son patient d'éviter de se brosser les gencives*, et il aggrave ainsi l'état de son malade chez lequel la pyorrhée va évoluer maintenant sans obstacle, ainsi que bien souvent des caries du collet préparées par les érosions dues à la poudre.

Je ne voudrais pas, devant une aussi éminente assemblée, avoir l'air de m'attacher à des puérilités sur un sujet comme celui que j'ai choisi, mais lorsque l'on veut combattre une affection comme la pyorrhée, qui évolue d'une façon sournoise et silencieuse et qui n'attire l'attention que lorsqu'elle est arrivée à un stade avancé, il ne faut pas craindre de descendre des hauts sommets pour s'attacher à ces petits faits de pratique journalière et en montrer les funestes effets sur le développement de la maladie.

Lorsque le regretté W.-B. Miller, s'astreignant pendant

---

1. En effet, dans un sens la brosse passe comme un pont au-dessus de cette rainure gingivale et dans l'autre sens elle y refoule les débris organiques et favorise ainsi la formation des culs-de-sac. Ce mode de brossage ne saurait donc être employé à l'exclusion de tout autre d'autant que le brossage des espaces proximaux qu'il a pour but d'effectuer est parfaitement obtenu par le brossage horizontal avec brosse dure qui doit toujours être pratiqué.



des années à brosser des dents avec les diverses brosses et poudres usitées par les patients, a montré la pathogénie véritable de l'érosion dite chimique, il a plus fait pour la connaissance et la prophylaxie de cette affection que par toutes les recherches microscopiques qui avaient été faites par lui et par d'autres sur ce sujet.

Il résulte donc de l'observation attentive des faits que c'est par suite de ces petites causes que se développent les désordres graves de la pyorrhée dont j'ai indiqué les lésions primitives, et l'on peut formuler cet aphorisme que tous les dentistes doivent avoir toujours présent à l'esprit, c'est que : *Les culs-de-sac pyorrhéiques ne se forment autour d'une dent qu'autant qu'un point quelconque du collet gingival de cette dent ne peut être maintenu dans un état suffisant de propreté.*

##### 5° Des conseils à donner aux patients.

C'est donc par le maintien de cette propreté aussi parfaite que possible du *collet gingival* des dents que le dentiste combattra le développement de la pyorrhée, et ce résultat il l'atteindra non pas seulement par ses actes opératoires, mais encore par la surveillance qu'il exercera sur les dents de ses patients et par les conseils judicieux qu'il donnera à ceux-ci. Il les engagera à lui faire des visites régulières et lors de celles-ci explorera le collet de toutes les dents ; il leur signalera les points les plus vulnérables et surtout ceux qui sont insuffisamment brossés pour que ses patients puissent réformer des habitudes vicieuses d'un brossage fait d'une façon trop automatique ; il leur montrera l'importance du brossage de ce *collet gingival* qui se trouve modifié par l'âge ou la constitution générale ; il leur montrera que la brosse à dent doit toujours suivre ce collet au fur et à mesure qu'il remonte le long de la racine par suite de cette sénilité précoce dont il leur expliquera la nature et qui n'est modifiable que par un traitement général dont les effets ne peuvent être que lents à se manifester ; il leur montrera enfin que cet état général de leur constitution et

de leur bouche n'aura d'effets graves pour leurs dents que s'ils négligent cette propreté du collet gingival, que la dénudation des racines qu'ils présentent n'est pas un effet du brossage, bien au contraire, mais un effet de la maladie générale et que, la maladie existant, le seul danger réside dans l'absence de parallélisme entre la résorption osseuse et la résorption gingivale, qu'il faut se résigner à avoir des dents un peu dénudées au collet, mais saines et solides, plutôt que des gencives moins résorbées, mais avec des dents branlantes dont l'état s'aggrave tous les jours.

La plupart des patients, pour peu qu'ils soient un peu soigneux de leur bouche, comprennent aisément ces explications, en saisissent l'importance et s'attachent à réaliser le but qu'on leur a signalé parce qu'ils en ont compris le motif et qu'ils se sentent directement intéressés à cette réalisation. Très rapidement, l'amélioration de l'état de leurs gencives, la disparition de la sensibilité du collet des dents (pourvu qu'ils n'emploient pas de poudre, pâte ou savon dentifrice) ne tardent pas à leur montrer l'excellence d'un traitement dont ils ne manqueront pas à remercier leur dentiste.

Il est un point encore sur lequel il convient d'attirer l'attention des patients, c'est que l'état d'une dent pyorrhéique s'aggrave d'autant plus que la mastication ne s'exerce pas sur cette dent. En dehors donc des restaurations prothétiques, qu'il peut y avoir intérêt à prescrire aux pyorrhéiques, il faut leur montrer qu'ils ne doivent pas éviter de mastiquer sur une dent parce qu'elle présente une légère sensibilité par suite de très légères poussées inflammatoires, qu'au contraire, en insistant un peu, ils verront cette sensibilité disparaître au bout de quelques instants et que la mastication se fera alors sans effort; la nutrition des tissus alvéolaires se trouvera améliorée par cette pratique au lieu de se trouver amoindrie par l'inactivité de l'articulation.

• •

En terminant ce travail, je n'ai pas la prétention d'avoir tranché les nombreux problèmes posés par la pyorrhée



alvéolaire, mais je pense avoir rempli mon but qui était d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans les éléments d'apparence contradictoire fournis par les travaux de mes devanciers.

M'appuyant sur le terrain qui m'est le plus familier, celui de l'observation clinique, que je vous ai montré être d'accord avec les plus récents travaux d'anatomie pathologique, j'ai cherché à établir les rapports de ces divers éléments entre eux et à vous exposer enfin ce que je crois être l'évolution logique et vraie de la maladie.

Je considère qu'une conception exacte du développement de la pyorrhée est intimement lié à sa prophylaxie, c'est pourquoi je serais très heureux si l'exposé que je viens de vous faire pouvait apporter une contribution utile à l'étude de cette maladie et à la lutte contre une affection qui fait le désespoir des patients qui en sont atteints.

### CONCLUSIONS

1° On entend sous le nom de pyorrhée alvéolaire une maladie caractérisée, à sa *période d'état*, par la présence d'un cul-de-sac gingival plus ou moins profond au collet de la dent avec dénudation correspondante de la racine dans toute la portion en rapport avec le cul-de-sac.

2° Les abcès périécementaires sur dents vivantes ne sont pas dus à des tophus goutteux ; ce sont des abcès pyorrhéiques formés dans un cul-de-sac serpigneux dont l'ouverture au collet se trouve méconnue en raison de son siège qui est situé en un point éloigné de l'abcès gingival.

3° Les lésions initiales de la pyorrhée alvéolaire ne peuvent être déterminées que par l'étude de la maladie à sa période de début, c'est-à-dire à une époque où elles ne sont pas masquées par d'autres affections associées à celle-ci.

4° La résorption alvéolaire sénile précoce de l'alvéole est la lésion initiale de la pyorrhée, celle qui est constante et précède toutes les autres.

5° Cette résorption est de cause absolument générale

puisqu'elle peut évoluer indépendamment de toute cause locale.

6° Toutes les causes locales invoquées comme cause de la pyorrhée alvéolaire ne sont que des causes adjuvantes puisqu'elles peuvent exister sans pyorrhée et que celle-ci, à sa période de début notamment, peut exister en dehors d'elles, ce qui serait inadmissible si elles jouaient le rôle de causes primordiales.

7° En dehors de toute cause adjuvante locale, la pyorrhée est à marche lentement progressive tant que subsistent les causes générales qui ont provoqué la résorption alvéolaire sénile précoce.

8° La pyorrhée est donc constituée par sa lésion première, la résorption alvéolaire précoce, mais elle ne passerait pas à la période d'état, celle qui marque la période grave de la maladie et qui est caractérisée par la formation d'un cul-de-sac gingivo-radulaire, si aucune des causes adjuvantes locales n'intervenait pour la compliquer.

9° Le traitement prophylactique de la pyorrhée s'attachera donc, en outre du traitement général, à la proscription de toutes les causes adjuvantes (rupture d'équilibre articulaire, infection, gingivites, etc.).

10° Le fonctionnement normal des dents atteintes de pyorrhée est un élément favorable à leur résistance organique, il devra toujours être rétabli s'il est détruit.

11° L'hygiène des pyorrhéiques devra toujours s'inspirer de ce principe essentiel que les culs-de-sac pyorrhéiques ne se forment autour d'une dent qu'autant qu'un point quelconque du collet gingival de cette dent n'est pas maintenu dans un état suffisant de propreté.

12° Le dentiste doit donc faire l'éducation de ses malades dont le concours est indispensable dans la prophylaxie de la pyorrhée et, par une surveillance régulière, traiter les plus légères complications de la maladie.

---



## REVUE DES REVUES

### INLAYS D'OR COULÉ

Par F. BAUCHERT, d'El Paso (Etats-Unis d'Amérique).

*Préparation de la cavité.* — C'est là la partie la plus importante et la plus difficile de l'opération. Les bords doivent être parfaits et la cavité prête pour la prise du modèle, ils doivent être à l'état fini, car ils ne peuvent subir aucun changement sans que l'inlay devienne absolument sans valeur. Des changements peuvent être apportés au corps de la cavité, mais pas trop près des bords et si, par hasard, la fraise endommage moindrement le bord, il faut faire un nouveau modèle et ne pas chercher à réparer l'accident.

En préparant une cavité, il arrive que la carie de la dent conduise dans des canaux irréguliers ; si l'on enlevait toute cette carie, avant la prise du modèle de cire, on ne pourrait le retirer de la cavité ; d'ailleurs cet enlèvement nécessiterait l'inutile destruction de la substance de la dent ou en plus l'obturation des entailles avec du ciment, car ces points de carie sont parfois si petits que leur enlèvement, après la prise du modèle, n'a pas de conséquence quant à la résistance de la dent.

Le plus sûr est d'obturer ces entailles avec du ciment et de reformer la cavité plus tard avant la prise du modèle de cire. Il n'y a pas de préparation de cavité à laquelle s'applique l'*extension pour prévention* en ce qui concerne les inlays coulés, car ici il s'agit non seulement de prévenir la récurrence de la carie, mais encore la rupture des parois entourant l'inlay ou lui servant de base, qui ont été minés trop profondément en préparant la cavité et avec un ciseau tranchant, d'enlever tout l'émail surplombant que l'expérience dit d'enlever, et de se figurer dans l'esprit la forme approximative de la cavité nécessaire pour recevoir la restauration.

Souvent, la chute des inlays est due à leur malformation ou à l'humidité de la cavité ; cette humidité peut provenir de ce que la cavité n'a pas été suffisamment desséchée lors de l'insertion de l'inlay ou de ce que de la carie a été laissée lors de la préparation de la cavité.

Si l'émail surplombant d'une dent cariée n'est pas suffisamment enlevé pour s'assurer qu'on a enlevé toute la carie, la durée de l'inlay est incertaine.

Ne pas croire que toute la carie a été enlevée parce qu'on ne

la voit point, car dans la majorité des cas où les faces distale et mésiale sont fortement cariées, la carie s'est étendue aux portions de dentine qui se trouvent immédiatement sous les cuspidés.

Quand un reflet sombre se montre au travers de l'émail dans ces parties, il est probable que toute la carie n'a pas été enlevée avant la pose de l'inlay.

Toute la carie étant enlevée, voir s'il y a des parties de la dent trop faibles pour supporter l'effort qui lui sera demandé après cette pose, et surtout la pression qui pourra être causée plus tard par le bord trop proéminent de l'inlay. Cela fait, commencer la cavité pour la rétention de l'inlay, en obturant les entailles avec du ciment, si cela est indiqué, mais s'assurer qu'en tout cas la cavité est absolument sèche avant d'introduire une obturation permanente.

Cette précaution est plus nécessaire avec les inlays qu'avec toute autre obturation, car l'inlay doit être conformé de manière à entrer librement dans la cavité avant d'être cimenté, et avec un inlay cimenté avec de l'humidité, la carie et le défaut de rétention sont certains.

Eviter les fraises à angles marqués; ne jamais se servir de fraises à cône renversé pour préparer les cavités; les remplacer par les fraises en forme de poire.

*Confection du modèle de cire.* — La cire doit posséder une consistance permettant de la manipuler en chauffant, lors de la formation initiale du modèle, une force et une densité suffisantes pour pouvoir être sculptée sans changer de forme, ne pas être cassante pour donner une section bien nette quand on la sculpte.

La cire bleue à inlay, de Kerr, me paraissait être l'idéal: sa couleur permet de la sculpter à un degré indiquant tous les points où le soin est nécessaire quant à l'épaisseur des diverses parties du modèle par les variations de densité de la couleur. La dernière fourniture de cette cire qui m'a été faite ne m'a pas donné la même satisfaction, la manipulation en étant plus difficile quand il s'agit du bord proximal, le durcissement étant trop rapide après l'introduction dans la cavité, ce qui rend difficile une adaptation convenable aux bords.

Je n'aime pas à réchauffer la cire dans la bouche avec des instruments chauds; mais quand je le fais, j'ai soin de ne pas les chauffer assez pour fondre la cire. Je chauffe la cire sur la flamme à gaz ou à alcool, pour la fondre et la faire couler, mais je ne la manipule pas avant qu'elle ait été complètement chauffée et assez refroidie pour qu'elle soit plastique quand on la presse entre les doigts sans qu'elle se casse ou s'émiette. A ce degré de chaleur, je calcule approximativement la quantité nécessaire pour remplir



la cavité et, juste avant d'introduire la cire dans celle-ci, je la passe à la flamme, en fondant la surface extérieure. A l'instant où elle se refroidit au degré auquel elle ne se brisera pas en la manipulant, l'introduire dans la cavité préparée et la mettre rapidement en place. La partie extérieure étant beaucoup plus molle entre dans toutes les parties de la cavité, étant poussée par la partie intérieure moins plastique et plus froide, en provoquant une torsion moindre et une concentration plus grande de la masse. Je fais mordre le patient dans la cire, obtenant ainsi une occlusion parfaite, et tout aussitôt je represse les sections marginales avec un instrument convenable, de manière que la cire soit pressée dans toutes les dépressions de la cavité préparée, sans crainte de mouvement de bascule, en maintenant la cire fermement en place avec le doigt pendant cette phase de l'opération.

Alors, avec des instruments appropriés, qui ne soient pas trop tranchants, j'enlève grossièrement tout l'excédent des bords.

Pour les bords proximaux, je me sers d'une lame fine et large en os de seiche pour déborder les bords. Je passe cette lame large entre les dents, le côté du grain tourné vers la cire et, tandis que mon assistant presse fortement sur la cire, je saisis fortement les côtés des lames en saillie, et je passe en arrière et en avant sur les faces proximales de la cire avec les forces des lames agissant à des angles de 45 à 80 degrés avec le plan de la surface de la cire. On obtient ainsi une face légèrement ronde sur la surface du modèle de cire, et la cire est portée contre les bords avec grand soin, ce qui donne ce délicat débordement du bord si recherché.

En enlevant l'excès de cire, avoir soin d'éviter de remplir les grains de la lame, passer celle-ci sur les parties non usées, autrement la surface aura un aspect granuleux strié. Pendant cette opération initiale, tenir la lame bien sèche. Je prends alors une bande de drap parfaitement unie, je place le côté qui n'est pas lisse sur la surface de cire, je la tire en avant et en arrière sur cette surface, comme la bande précédente et aux mêmes angles de force (toutefois je la laisse s'humecter des liquides buccaux), pour donner à la cire une surface bien finie.

En amenant les faces proximales à l'ajustement voulu par l'emploi de ces bandes, il semble y avoir juste assez de chaleur produite par le frottement pour amollir superficiellement la cire, ce qui la fait s'adapter elle-même avec une exactitude parfaite aux bords de la dent.

Après l'adaptation des faces proximales, sculpter la face occlusale, en reproduisant autant que possible la forme générale des dents naturelles. Les *scalers* n<sup>os</sup> 33 et 34 S. S. White sont très

utiles, car les sillons de la dent peuvent être reproduits très exactement et très rapidement, mais éviter que ces bords tranchants n'enlèvent toute la cire débordante aux points marginaux de contact, et façonner ceux-ci avec les instruments les moins tranchants qu'on trouve parmi ceux employés pour les obturations plastiques. La formation du modèle de cire est ainsi presque achevée. J'expose la pointe d'un doigt à la flamme de l'alcool pendant une seconde, je la passe ensuite sur la dent rapidement et, avec un mouvement de massage, je masse les bords de la cire toujours dans le sens de la substance de la dent exposée et en m'écartant du bord de la cire.

Le modèle de cire est maintenant prêt à être enlevé, mais pour m'assurer que le modèle ne s'est pas allongé, ce qui le ferait balancer ou l'écarterait des bords, je prends généralement une bande unie et j'en entoure la dent, en saisissant les extrémités de la bande dans la paume de la main et, avec la pointe du pouce et de l'index de la même main, je tire la bande ferme autour de la dent en pressant le modèle de cire avec le doigt de mon autre main. L'adaptation est alors parfaite si la technique a été bien suivie.

Je prends alors avec une pince, par une extrémité, une petite tige faite avec une épingle d'une épaisseur de 7/10 de millimètre, je la passe à la flamme de l'alcool pendant quelques secondes et je l'introduis dans le modèle de cire au point le plus fort. Faire cela très rapidement, car la cire fond autour de la tige, mais se refroidit presque immédiatement, les pinces emportant rapidement la chaleur de la tige. D'ordinaire, mon assistant arrose la tige avec de l'eau à la température ordinaire, lorsqu'il remarque que la cire a coulé autour de cette tige et a commencé à se refroidir. Enlever alors par une traction directement parallèle à la tige le modèle de cire en veillant à ce que, depuis ce moment jusqu'après l'investissement, ce modèle ne touche aucun objet, quel qu'il soit.

Placer l'extrémité libre de la tige dans une vis de broche de bijoutier et, avec un excavateur à cuiller, parfaitement droit, excepté à l'angle qui doit être d'environ 45°, creuser le modèle de cire autour de sa face intérieure à tous les endroits où l'on désire de la rétention et où l'épaisseur de l'inlay le permet. Cette phase de l'opération a un double but : assurer une rétention au ciment de l'inlay, former une masse épaisse de ciment près des bords extérieurs. J'ai remarqué dans beaucoup d'inlays tombés une ligne noire suivant la configuration des bords extérieurs au point gingival de contact avec la dent indiquant que l'humidité avait empiété sur la face intérieure de l'inlay, soit par la détérioration du ciment, soit parce que l'inlay avait été placé sans que la



cavité eût été complètement séchée ou protégée contre l'humidité pendant l'insertion du ciment et de l'inlay.

L'emploi de ce petit excavateur à cuiller donne de petites arêtes sur les bords de cette rainure qui s'enlèvent rapidement et complètement en passant un autre excavateur d'un diamètre légèrement plus grand dans la rainure. S'il y a excès de cire au point d'introduction de la tige dans le modèle de cire, je l'enlève avec un instrument tranchant ; si on l'enlève antérieurement, cela affaiblit la tenue de la tige dans le modèle et cause souvent la rupture de la cire quand on creuse la rainure.

Le modèle est prêt ainsi pour l'investissement. Avec une pince à petits mors, tenir solidement la tige, en l'enlevant et en la plaçant dans la cire conique du creuset.

Au point d'entrée de la tige dans la cire, sceller le contact avec une spatule chaude pour que, en investissant, il n'y ait pas de bords fragiles de la matière d'investissement qui se brisent et qui tombent dans le moule, en détériorant ce qui, sans cela, aurait été une pièce coulée parfaite.

*(A suivre.)*

## 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.*

---

**Prise de l'articulation pour couronnes ou bridges.** — Une des plus grandes difficultés en dentisterie opératoire est la prise d'une articulation satisfaisante, surtout quand l'occlusion est rapprochée. Quand l'articulation de cire ou de composé est enlevée, elle se brise souvent en 2 morceaux, ce qui rend difficile d'obtenir une coulée parfaite pour les surfaces d'occlusion à articuler sur la couronne ou le bridge à construire, ou bien elle se brise quand on la place sur le modèle de plâtre. Bien des moyens ont été indiqués pour remédier à cela, notamment de placer un morceau de toile, coupé de la longueur et de la largeur de l'articulation à prendre, puis de placer la cire au-dessus et au-dessous de ce morceau de toile, en prenant l'articulation comme d'habitude. La toile tient l'articulation et empêche de mordre au travers.

Un moyen meilleur et plus rapide d'obtenir ce résultat, c'est d'employer l'*Articu-Bite*, petit instrument permettant d'obtenir toutes les articulations : dures, rapprochées, difficiles, en 2 minutes, sans crainte d'erreur. (*Dent. Summ.*, octobre 1918.)

**Soulagement de la douleur.** — Il arrive fréquemment qu'une douleur excessive suit l'extraction d'une dent ou d'une racine. Le patient peut être presque immédiatement soulagé en introduisant une boulette de coton humectée de chloroforme dans toute la profondeur de l'alvéole et en mettant le doigt fortement sur l'ouverture de l'alvéole pendant 10 à 20 secondes, puis en enlevant l'ouate si c'est nécessaire. Recommencer si besoin est. (*Oral Health*.)

**Méthode Rhein pour l'obturation des canaux radiculaires.** — La gutta est considérée comme la matière convenant le mieux à l'obturation des canaux radiculaires, surtout pour encapsuler l'extrémité de la racine en raison de ce qu'elle est immuable dans sa nature quant à la contraction et à l'expansion.

Après être parvenu à la phase de l'opération où le canal radiculaire parfaitement aseptique a été séché et est prêt à être obturé, on introduit à l'état très liquide de la chloro-percha obtenue en dissolvant de la gutta dans du chloroforme dans le canal, et non seulement on obture ce canal, mais on pompe la matière par le foramen. On introduit alors



jusqu'à l'extrémité du canal une pointe de gutta, d'un diamètre uniforme, et l'on y foule du chloroforme frais. Dans cet état caséux amolli, l'agent est alors poussé par le foramen et immédiatement rejeté autour du côté de la racine. Le chloroforme se volatilise avec une telle rapidité que la surface de la racine au-dessous est déshydratée et la gutta demeure fortement adhérente à cette surface recouverte ou non de péricément. Cette méthode est plus avantageuse que celle consistant à faire passer le cône de gutta par le foramen. Dans cet état dur, le cône a tendance à faire saillie comme un bouchon de liège sur une bouteille, à cause de sa rigidité. Ce procédé assure absolument le succès quand il n'y a qu'un foramen et, en général, quand il y en a plusieurs. (*Dent. Rev.*)

---

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 1<sup>er</sup> avril 1919.*

#### DÉMONSTRATION ANATOMIQUE DU TUBERCULE DE CARABELLI

M. le D<sup>r</sup> Marcel Baudouin rapporte les résultats de ses examens sur les dents recueillies dans les sépultures datant de l'âge de la pierre polie et découvertes en Vendée.

Le tubercule dit de Carabelli se rencontre dans 50 p. 100 des cas, aussi bien à droite qu'à gauche. Il s'atrophie chez les hommes ayant passé la trentaine, tandis que, chez les jeunes, on trouve des tubercules très développés.

Il n'est que le reste de la première grosse molaire supérieure en voie de disparition à l'âge de la pierre polie; en tout cas, il ne saurait être considéré comme pathologique, et il ne constitue pas un signe d'hérédosyphilis.

---

### SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE MILITAIRE

#### A PROPOS DE TROUBLES OCULAIRES D'ORIGINE DENTAIRE.

M. Jourdanet. — Je désire revenir rapidement sur l'intéressante communication faite à la dernière séance par M. Dor sur les lésions oculaires (iritis, décollement rétinien, atrophie optique)

occasionnées par des lésions dentaires. Je ne puis à ce sujet m'empêcher de rapprocher ces troubles de ceux décrits depuis longtemps, dans certains cas de pelade, par mon maître L. Jacquet. Et bien que la pathogénie invoquée par les deux auteurs soit différente (troubles réflexes d'une part, infection d'autre part), il s'agit en tout cas d'une étiologie commune : une lésion dentaire. Tous les dermatologistes admettent actuellement l'étiologie dentaire de certaines pelades. Sans aller toutefois jusqu'à admettre avec Jacquet qu'il s'agit du quart des pelades observées, je n'hésite pas à dire, sans pouvoir sur ce point fixer un pourcentage, que celui-ci me semble trop élevé.

Par analogie avec ce qui se passe dans la pelade dentaire, je voudrais demander à M. Dor s'il a observé ce que Jacquet appelait le « syndrome dentaire » et le critérium qui lui semblait justifier l'étiologie invoquée. La *chronologie* : simultanéité de douleur, névralgie, fluxion dentaire avec l'apparition de la pelade ; la *topographie* : homolatéralité de la lésion ; enfin les nombreux phénomènes sympathiques observés habituellement : hémicoryza, hémipistaxis, adénopathie sous-angulo-maxillaire ; hyperesthésie nerveuse, musculaire et cutanée de tout le côté de la tête correspondant à la lésion. M. Dor a noté comme preuve expérimentale la cessation du trouble oculaire correspondant à l'ablation ou la guérison de la dent malade. Mais je ne sais s'il a observé l'*aggravation* soudaine et passagère de la lésion oculaire par le fait de l'intervention dentaire, qui montre bien le lien entre les deux ordres de phénomènes.

Ici encore comme dans la pelade, les lésions dentaires les plus pathogènes ne sont pas les plus *aiguës* (pulpite), mais les plus chroniques, parce qu'elles sont la cause de secousses irritatives fréquentes et répétées. A cet égard on pouvait prévoir que l'ostéoarthrite alvéolo-dentaire et l'évolution de la dent de sagesse doivent jouer un rôle prépondérant. Et c'est en effet ce que montre l'observation *clinique* au moins en matière de pelade.

(Lyon-Médical, 19 février 1919.)

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### NOMINATION D'OFFICIERS DENTISTES

*La loi du 18 octobre 1918 vient enfin de recevoir un commencement d'exécution. Nous relevons, en effet, dans le Journal Officiel du 8 juin 1919 une première liste de nomination de 50 dentistes auxiliaires au grade de dentiste de 2<sup>e</sup> classe de réserve. Nous nous réjouissons de cette promotion, quoiqu'elle soit un peu tardive, et nous adressons nos félicitations aux nouveaux promus, dont plusieurs font partie du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.*

*La F. D. N., le Groupement de l'E. D. P. et l'A. G. S. D. F. ont ainsi la satisfaction de voir parachever une mesure qu'ils avaient pris à cœur de contribuer à faire aboutir.*

Par décret en date du 3 juin 1919 rendu par le Président de la République sur le rapport du président du conseil, ministre de la guerre, ont été promus dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve et par décision du même jour ont été maintenus à la disposition du maréchal commandant en chef les armées françaises de l'Est, du commissaire résident général de France au Maroc, des généraux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon et des généraux commandant les régions suivant leur situation actuelle :

#### RÉSERVE

##### *Au grade de dentiste de 2<sup>e</sup> classe de réserve*

Les dentistes auxiliaires :

- M. Ducros (Jules-Emile-Numa), 15<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.
- M. Genest (Edouard), 3<sup>e</sup> régiment de marche de tirailleurs.
- M. Bessard (Louis-Ernest), G. B. d'une division.
- M. Maurion (Henri-Jean-Joseph), G. B. d'une division.
- M. Cottarel (Anthelme-Jean-François), Q. G. d'une armée.
- M. Walch (Fernand), G. B. d'une division.
- M. Amory (Paul), G. B. d'une D. I. C.
- M. Davy (Etienne-René-Henri), ambulance 14/15.
- M. Frinault (Paul-Albert), G. B. d'une D. I. C.
- M. Billet (Georges-Pierre), 22<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.
- M. Cadic (Joseph-Jean), 22<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.
- M. Silbermann (Wladimir-Marc), 333<sup>e</sup> régiment d'infanterie.
- M. Wintergerst (Charles), 12<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.

- M. Courtois (Alix), 21<sup>e</sup> régiment d'infanterie coloniale.  
M. Lubetzki (Isaac), G. B. d'une D. I.  
M. Roucherif (Georges-Victor), G. B. d'une D. I.  
M. Housset (Paul-Ferdinand-Hippolyte), ambulance 14/15.  
M. Couturat (Gilbert-Achille-Cyrille), 5<sup>e</sup> section d'infir. milit.  
M. Cassaigne (Edouard-Bertrand-Barthélemy), 17<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.  
M. Ségal (Marcel), 18<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.  
M. Demarquette (Jacques-Colin-Frédéric-Albert), 22<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.  
M. Pacou (François-Joseph), 39<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
M. Redelinger (Gabriel-Louis), 125<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
M. Budin (Pierre-André), section de marche d'infirmiers militaires du Maroc.  
M. Descrozailles (Justin-Auguste-Henri), G. B. d'une D. I.  
M. Matherat (Albert-Jean-Etienne), 9<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
M. Sereuse (Marcel-Alexis-Hippolyte), G. B. d'une D. I.  
M. Beauregardt (Albert-Alphonse-Fernand), G. B. d'une D. I.  
M. Cagnoli (Victor-Marie), 6<sup>e</sup> section d'infirmiers militaires.  
M. Bailly (André-Fernand), G. B. d'une D. I.  
M. Bardel (Edmond-Joseph), R. P. S. de la place de Metz.  
M. Bolinelli (Maurice-Georges), G. B. d'une D. I.  
M. Félix (André-Charles), G. B. d'une D. I.  
M. Laurent (Léon-Marie-Alfred-Louis), 22<sup>e</sup> régiment d'infant.  
M. Mongrand (Pierre-Charles), ambulance 14/15.  
M. Richaume (André-Marie-Charles), Q. G. d'un groupe d'armées.  
M. Rageon (Théophile-Lucien), G. B. d'une D. I.  
M. Berger (Pierre-Amédée), Q. G. d'une armée.  
M. Raviart (Marcel-André-Charles), 365<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
M. Amiel (Joseph-Pierre), 52<sup>e</sup> régiment d'infanterie coloniale.  
M. Huillier (Camille-Marius-Eugène), ambulance 15/4.  
M. Chomont (Gaston-Victor), 51<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.  
M. Goussé (Henri-Auguste), G. B. d'une D. I. C.  
M. Camus (Maurice-Alexis-Nicolas), G. B. d'une D. I.  
M. Fontanel (Albin-Jean-Pierre), hôpital milit. de Mutsenheim.  
M. Cuziat (Gustave-Joseph-Marie), 261<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
M. Berthet (Alfred-Léon), 14<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.  
M. Barthes (François-Raymond), hôpital temporaire 139, à Charleville.  
M. Quelet (Georges-Maurice), 11<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.  
M. Caritx (Robert-Louis), G. B. d'une D. I.

Nota. — Les directeurs du service de santé et les commandants de dépôt porteront à la connaissance des officiers intéressés la



promotion dont ils sont l'objet et se feront délivrer un récépissé de cet avis. Ils adresseront au plus tôt sous le timbre du sous-secrétariat d'Etat du service de santé (1<sup>er</sup> bureau) pour chacun de ces officiers :

- 1<sup>o</sup> Les pièces d'hommes de troupe dont l'envoi est prescrit par l'article 27 de l'instruction sur le service courant (*B.O.* vol. 74) ;
- 2<sup>o</sup> Le récépissé de l'avis de promotion visé ci-dessus ;
- 3<sup>o</sup> Un extrait de l'acte de naissance.

---

### INSPECTION DES SERVICES CHIRURGICAUX DE L'ARMÉE

Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire,

Arrête :

Il est créé près du sous-secrétariat d'Etat du Service de santé une inspection des services chirurgicaux de l'armée, confiée à un médecin inspecteur général ou à un médecin inspecteur, qui prend le titre d'inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

Cet officier général du corps de santé sera chargé de toute mission concernant l'organisation et le fonctionnement des services chirurgicaux où sont traités des militaires.

En fin de mission il adressera au sous-secrétaire d'Etat du Service de santé un rapport détaillé, ainsi que les propositions de toute nature qu'il croira devoir formuler.

Paris le 13 mai 1919.

Louis MOURIER.

(*Journal officiel* du 15 mai 1919.)

---

### CINQ ANNÉES D'ACTION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Bien que nous ayons tenu régulièrement nos confrères au courant de l'action de la Fédération dentaire nationale dans toutes les questions et affaires intéressant la profession, nous croyons devoir résumer ci-après les manifestations, démarches et interventions de la Fédération depuis le début de 1914 jusqu'à ce jour, puisqu'il n'a pas été possible, depuis l'Assemblée générale du 21 février 1914, de réunir ni l'Assemblée générale, ni le Comité exécutif pendant la durée des hostilités. Seules, des réunions du Bureau ont pu avoir lieu quand les circonstances l'ont exigé, en

accord avec le Bureau du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F., qui s'est réuni pour les décisions à prendre tous les vendredis matins à l'Ecole.

Pour que notre exposé soit plus exact et plus clair, nous suivrons dans la mesure du possible l'ordre chronologique pour chaque question. Nos lecteurs auront ainsi un tableau d'ensemble de l'œuvre de la Fédération pendant 5 ans.

#### 1<sup>o</sup> Congrès et réunions.

Le 20 mai 1913, le Bureau de la F. D. N. comme pour les Congrès précédents, s'était constitué en Comité de patronage et de propagande du Congrès du Panama-Pacifique, fixé au 30 août-5 septembre 1915. Le 10 décembre 1913, il adressait aux Sociétés adhérentes à la Fédération une circulaire leur recommandant la participation à ce Congrès<sup>1</sup>. D'ailleurs un Comité exécutif français composé de 5 membres : MM. Godon, président, Blatter, Pont, Roy, G. Villain, avait été nommé par le Comité d'organisation américain.

Le 21 décembre 1913, le Bureau adressait une circulaire identique touchant la participation au Congrès du Havre, organisé comme section d'Odontologie de l'A. F. A. S. du 27 juillet au 20 août 1914<sup>2</sup>.

Le 5 mai 1914, le Bureau et le Comité exécutif tenaient une réunion pour s'occuper de la participation au Congrès international d'hygiène bucco-dentaire de Lyon fixé au 24-28 septembre 1914<sup>3</sup>.

Dans cette même réunion, le Bureau et le Comité exécutif s'occupaient également du 6<sup>e</sup> Congrès dentaire international devant se tenir à Londres du 3 au 8 août 1914, ainsi que de la session de la F. D. I. qui devait avoir lieu en même temps dans cette ville<sup>4</sup>.

A titre d'indications, il convient de rappeler que le Comité exécutif de la F. D. N. s'est réuni le 6 février 1914, que l'Assemblée générale s'est tenue le 21 février 1914, pour entendre un rapport du Secrétaire général, élire le Comité exécutif et le Bureau et s'occuper du Congrès du Havre<sup>5</sup>.

Le 16 mai 1914, la F. D. N. tenait une Assemblée générale extraordinaire afin de compléter le Comité de patronage pour le Congrès de Lyon et émettre divers vœux<sup>6</sup>.

---

1. *Odontologie*, 15 janvier 1914, p. 34.

2. id. 30 janvier 1914, p. 84.

3. id. 15 mai 1914, p. 120.

4. id. 15 mai 1914, p. 120.

5. id. 15 février 1914, p. 142; 28 février 1914, p. 192; 15 mars 1914, p. 234; 30 mai 1914, p. 475.

6. *Odontologie*, 30 mai 1914, p. 479.



Le 17 mai 1914, la Fédération participait à la fête du Syndicat des chirurgiens-dentistes du nord de la France, à Amiens, et le président y prenait la parole au nom de la Fédération <sup>1</sup>.

*2° Expertises en matière de chirurgie dentaire.*

Le 14 mai 1914, la Fédération adressait au Ministre de la Justice une réclamation contre une circulaire du 11 juin 1912 aux procureurs généraux pour les inviter à recommander aux juges de paix des principales villes de ne confier, quand ils le pourraient, les expertises en matière de chirurgie dentaire concernant des docteurs en médecine stomatologistes qu'à des docteurs en médecine également spécialisés.

Cette réclamation était suivie d'une consultation de l'avocat-conseil de la Fédération concluant que les chirurgiens-dentistes peuvent être désignés comme experts et qu'il n'est ni conforme à la loi, ni à la bonne administration de la justice de faire entre les stomatologistes et eux des distinctions <sup>2</sup>.

*3° Etudiants en chirurgie dentaire.*

A la suite des démarches de la Fédération, le Ministre de la Guerre édictait le 16 juillet 1914 un arrêté additif à celui du 15 avril 1914 pour autoriser les étudiants en chirurgie dentaire à prendre des inscriptions et à subir des examens pendant la 3<sup>e</sup> année de leur présence sous les drapeaux <sup>3</sup>.

Il s'écoula un certain temps avant que de nouvelles démarches devinssent nécessaires.

Au milieu de 1917 des mesures réparatrices pour les étudiants sous les drapeaux paraissant devoir être prises, la F. D. N. demanda, le 26 juillet, au Ministre de l'Instruction publique, que les étudiants en chirurgie dentaire mobilisés bénéficiassent de ces mesures réparatrices prévues pour les autres étudiants.

L'Instruction publique répondit, le 8 août suivant, en signalant qu'un décret du 12 juillet 1917 avait décidé que des dispenses de grades universitaires ou de scolarité seraient accordées, après leur libération, à tous les étudiants dont l'état de guerre avait interrompu les études, sur la justification de leur situation scolaire et de leurs services militaires. Les étudiants en chirurgie dentaire pouvaient donc, comme les autres étudiants, bénéficier des mesures prévues par ce décret <sup>4</sup>.

Le 18 mars 1918, la Fédération appelait à nouveau l'attention

---

1. *Odontologie*, 15 mai 1914, p. 422; 30 mai 1914, p. 473.

2. id. 15 juin 1914, p. 507.

3. id. 30 janvier 1915, p. 19.

4. id. 30 août 1917, p. 332.

du Ministre sur la situation des étudiants en chirurgie dentaire mobilisés. Dès le 25 mars, ce Ministre annonçait qu'un certain nombre de dispositions intéressant tous les étudiants sous les drapeaux étaient à la veille de paraître. Le 26 mars, était publiée, en effet, une *Instruction* sur la scolarité des étudiants sous les drapeaux faisant partie des classes antérieures à 1918<sup>1</sup>.

Enfin, à la suite de démarches réitérées de la F.D.N. un décret du 10 janvier 1919, promulgué à la suite d'un rapport du Ministre de l'Instruction publique, accorde aux étudiants en chirurgie dentaire mobilisés des facilités analogues à celles dont jouissaient les étudiants en médecine<sup>2</sup>.

#### 4<sup>o</sup> Organisation des services militaires.

Le 10 mars 1915, M. le Sénateur P. Strauss, à la suite d'un rapport du Président de l'Ecole dentaire de Paris, faisait à la Commission supérieure consultative du Service de santé, relativement à l'organisation des services dentaires militaires, une proposition inspirée par les principales revendications de la F.D.N. et du Groupement. La Commission adoptait cette proposition tendant à l'organisation de services dentaires régimentaires, à la création d'automobiles dentaires, de cabinets dentaires et de laboratoires de prothèse de garnison sur le territoire ou dans la zone des armées, de services centraux de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale, à l'utilisation de toutes les ressources régionales, à l'affectation des chirurgiens-dentistes mobilisés, enfin à la répartition des chirurgiens-dentistes dans les diverses formations<sup>3</sup>.

A la suite de la visite faite à l'Ecole dentaire de Paris par M. Justin Godart, le Ministre de la Guerre accepte la coopération de notre Ecole le 14 avril 1915, pour les soins à donner aux militaires et, le 10 mai 1915, celle de son Comité de secours pour les blessés des maxillaires et de la face<sup>4</sup>.

En février 1916, la Fédération a la satisfaction d'enregistrer la création de centres dentaires<sup>5</sup>.

Le 6 juillet 1916, le Comité d'assistance aux éclopés fait remise au Service de santé militaire de 4 automobiles dentaires en présence du Président de la République. Le Président de la F.D.N., présent à la remise, à laquelle il avait été invité par le Sous-Secrétaire d'Etat, M. Justin Godart, remercie le Président de la République d'avoir signé les décrets créant les dentistes de l'ar-

1. *Odontologie*, 30 avril 1918, p. 172 à 179.

2. id. 30 janvier 1919, p. 32.

3. id. 30 mars 1915, p. 49.

4. id. 30 septembre 1915, p. 193.

5. id. 28 février 1916, p. 61.



mée et ceux de la Marine et profite de cette occasion pour exprimer à l'amiral Lacaze et à M. Justin Godart la gratitude de la profession pour cette création à qui rend justice à cette profession<sup>1</sup>.

*5° Situation militaire des chirurgiens-dentistes.*

Cette question est celle qui a le plus occupé l'activité du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la Fédération et qui a donné lieu aux pétitions, démarches, audiences et interventions les plus pressantes et les plus répétées.

Laissant de côté tout ce que la F. D. N. avait fait antérieurement dans cet ordre d'idées et dont il a été rendu compte en temps voulu, nous limiterons notre exposé à la période des hostilités.

Le 25 août M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, visite l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, à Vanves, et particulièrement la section de prothèse maxillo-faciale qui y a été organisée par l'Ecole dentaire de Paris.

Il est reçu dans cette section par le directeur-adjoint de cette Ecole, qui lui explique le fonctionnement des services, lui fait visiter les locaux et met à profit l'occasion pour attirer, en tant que président de la F. D. N. son attention sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes mobilisés, dont il sollicite l'amélioration en demandant qu'ils aient une position officielle hiérarchique dans le Service de santé.

M. Justin Godart lui déclare s'être déjà occupé de la question et lui demande un rapport à ce sujet.

Le 31 août, M. Justin Godart donne audience au Bureau de l'Ecole dentaire de Paris et au Président de la F. D. N., qui l'entretiennent de la situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée<sup>2</sup>.

Le 9 septembre 1915, le Président de la Fédération remet à M. Justin Godart un rapport présenté par la délégation du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F. et approuvé par la F. D. N. contenant les desiderata de la profession au sujet des services dentaires de l'armée et des chirurgiens-dentistes militaires<sup>3</sup>.

Le 23 octobre 1915, le Bureau de la F. D. N. se réunit pour examiner les mesures à prendre en vue d'une action commune de toutes les Sociétés professionnelles auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir la solution la plus rapide et la plus favorable en faveur des dentistes de l'armée<sup>4</sup>.

Le 4 décembre 1915, le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de

1. *Odontologie*, 30 juillet 1916, p. 262.

2. id. 30 septembre 1915, p. 199.

3. id. 30 septembre 1915, p. 193.

4. id. 30 octobre 1915, p. 238.

santé accorde une nouvelle audience au Bureau de l'Ecole dentaire de Paris et au Président de la F.D.N. qui demandent l'amélioration de la situation des dentistes militaires<sup>1</sup>.

En janvier 1916 le président de la F. D. N. se rend auprès du ministre de la Marine, amiral Lacaze, pour demander la création d'un corps dentaire dans la Marine<sup>2</sup>.

Le 6 février 1916 le président de la F.D.N. se rend de nouveau auprès de l'amiral Lacaze pour l'entretenir de la création de ce corps<sup>3</sup>.

Enfin paraît, le 26 février 1916, le décret créant des dentistes dans l'armée de terre avec le grade d'adjutant.

Trois jours après, le 1<sup>er</sup> mars 1916, décret créant les dentistes de la marine en les assimilant aux médecins auxiliaires.

La F. D. N., aux efforts de laquelle sont dues ces créations, en est avisée officiellement par une lettre de M. Justin Godart du 2 mars 1916 et par une lettre de l'amiral Lacaze du 5 mars 1916.

Elle s'empresse de son côté de les annoncer à la profession par une circulaire du 3 mars 1916<sup>4</sup>.

Ce n'est là qu'une demi-satisfaction ; aussi la Fédération continue-t-elle son action et obtient-elle de nouveaux résultats.

Le 2 décembre 1916 un décret confère aux chirurgiens-dentistes de la Marine le titre de médecin auxiliaire, c'est-à-dire le rang d'officier. L'amiral Lacaze s'empresse (lettre du 6 décembre) d'en informer le président de la F.D.N. pour le remercier de la part qu'il a prise à la création du corps des chirurgiens-dentistes de la Marine<sup>5</sup>.

Sur les instances du président de la Fédération, le ministre de la Marine fait promulguer, le 23 février 1917, un décret supprimant la limitation du nombre des médecins de 3<sup>e</sup> classe auxiliaires diplômés chirurgiens-dentistes et portant au 1/3 de l'effectif total le nombre des médecins de 2<sup>e</sup> classe auxiliaires pourvus de ce diplôme.

L'amiral Lacaze notifie dès le 26 février au président de la F. D. N. cette mesure bienveillante<sup>6</sup>.

En octobre 1917 dans une audience demandée par le président de la Fédération au sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire pour solliciter une hiérarchie en faveur des dentistes militaires, M. Justin Godart informe notre confrère que le principe de cette hiérarchie est admis<sup>7</sup>.

---

1. *Odontologie*, 30 décembre 1915, p. 279.

2. id. 30 janvier 1916, p. 20.

3. id. 28 février 1916, p. 58.

4. id. 30 mars 1916, p. 65.

5. id. 30 décembre 1916, p. 451.

6. id. 30 mars 1917, p. 103.

7. id. 30 octobre 1917, p. 402.



Sur demande de la F. D. N., le sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire répond, le 15 janvier 1918, que les dentistes engagés spéciaux concourent au même titre que les autres militaires pour l'avancement <sup>1</sup>.

Le 29 janvier 1918 M. Justin Godart avisait la Fédération que le décret qu'il avait préparé pour la création d'officiers dentistes devait être remplacé par un projet de loi, en élaboration <sup>2</sup>.

Lorsque M. Justin Godart quitta le sous-secrétariat d'Etat, la Fédération, qui lui était redevable de toutes les mesures prises jusque-là, en faveur des chirurgiens-dentistes sous les drapeaux et de celles qu'il avait préparées, lui envoya une adresse de reconnaissance et de sympathie, à laquelle M. Justin Godart répondit immédiatement par des remerciements (8 février 1918).

Dès le 20 mars suivant le président de la Fédération, accompagné de M. le Dr Lancien, député du Finistère, était entendu dans une audience par le successeur de M. Godart, M. Mourier, qui lui promettait que le projet de loi préparé par son prédécesseur pour la création d'officiers-dentistes serait déposé prochainement. Ce dépôt avait lieu, en effet, à la Chambre des députés, le 28 mars 1918 <sup>3</sup>.

La Fédération s'empresse d'exprimer à M. Godart sa gratitude pour le dépôt de ce projet de loi par son successeur ; de son côté, M. Godart témoigna aussitôt ses remerciements à la F. D. N. <sup>4</sup>.

Le 25 avril 1918 une délégation des trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique et de la F. D. N. fut chargée de démarches collectives auprès des pouvoirs publics en vue de faire améliorer la situation des chirurgiens-dentistes mobilisés. Le même jour cette délégation, composée de MM. Godon, Barden, Frey, pour les trois écoles de Paris et de Lyon, Blatter et G. Villain, pour la F. D. N., se rendait auprès de M. Mourier, pour l'entretenir de certaines doléances et du projet de loi créant le grade d'officier-dentiste.

Le 15 mai suivant les bureaux de ces écoles et de la F. D. N. se réunissaient pour constituer une délégation des sociétés professionnelles afin de s'assurer le concours actif des membres de la Commission de l'armée de la Chambre des députés chargée de l'examen de ce projet de loi et du rapporteur, M. Lorimy.

Le 27 mai la délégation se réunissait pour approuver un vœu et un ordre du jour à communiquer à ce rapporteur et à des membres de la Commission de l'armée. Il y avait urgence puisque, dès

---

1. *Odontologie*, 28 février 1918, p. 88.

2. id. 30 avril 1918, p. 174.

3. id. 30 mars 1918, p. 140.

4. id. 30 avril 1918, p. 175.

le 29, la Commission de l'armée approuvait le rapport Lorimy <sup>1</sup>.

Le 5 juillet la Chambre des députés adoptait le projet de loi <sup>2</sup>.

Rappelons, pour être complet et pour qu'il ne manque rien à cet historique, que le 8 octobre 1918 le Sénat adoptait à son tour le projet, présenté et soutenu par M. le Sénateur P. Strauss, rapporteur de la Commission de l'armée.

A cette occasion, M. Justin Godart, qui n'a cessé de témoigner le plus vif intérêt à la question, écrivit au président de la Fédération (8 octobre 1918) pour rendre un éclatant hommage aux démarches qu'il avait faites depuis 4 ans, afin d'obtenir une situation militaire digne des dentistes.

Enfin, la loi était promulguée le 18 octobre.

Un certain nombre de chirurgiens-dentistes de la Marine adressèrent également à cette occasion au président de la F. D. N. un ordre du jour pour le remercier de ses persévérants efforts, qui venaient d'être couronnés de succès <sup>3</sup>.

Comme on sait, le 11 janvier 1919 un décret complétait la loi du 18 octobre en créant des catégories de dentistes militaires : dentistes auxiliaires (adjudants) à la base, dentistes de 2<sup>e</sup> classe (sous-lieutenants), dentistes de 1<sup>re</sup> classe (lieutenants), et une *Instruction* précisait les détails d'exécution du décret <sup>4</sup>.

Enfin, le 8 juin courant, il a paru dans le *Journal officiel* une première promotion de 50 dentistes de 2<sup>e</sup> classe de réserve, qui doit être suivie d'une seconde du même nombre.

La F. D. N. a la satisfaction d'avoir mené à bien cette grosse question, qui tenait à cœur à la profession, d'abord la création de dentistes militaires avec le rang de sous-officier, puis la création de dentistes de la Marine avec rang d'officier, enfin le rang d'officier dans l'armée de terre accessible aux dentistes militaires. Mais la profession ignore ce qu'il a fallu de visites, d'audiences, de démarches, d'interventions, de rapports, de correspondances, de notes, pour aboutir à ce résultat. Indépendamment des réunions de bureaux, de délégations, de commissions mentionnées au cours de cet exposé, le président de la Fédération ne s'est pas rendu moins de 180 fois auprès de M. Justin Godart, de 25 fois auprès de M. l'amiral Lacaze et de 20 fois auprès de M. Mourier.

Il était nécessaire que cela fût dit.

Ajoutons que le Bureau de la Fédération avait donné pleins pouvoirs à son président pour toutes les diligences utiles.

---

1. *Odontologie*, 30 mai 1918, p. 214-221.

2. id. 30 juillet 1918, p. 302.

3. id. 30 septembre 1918, p. 349 et 364.

4. id. 30 janvier 1919, p. 28.



*6<sup>o</sup> Congrès dentaire interallié.*

Tous nos confrères ont présent à l'esprit le grand succès du Congrès dentaire interallié qui s'est tenu à Paris du 10 au 13 novembre 1916 et auquel prirent part un grand nombre de dentistes des armées de terre et de mer. On se rappelle qu'il fut organisé, après proposition de M. G. Villain, sur l'initiative de la Société d'Odontologie de Paris, par la F. D. N., qui était une des sociétés adhérentes. C'est la Fédération qui obtint le patronage des ministres de la Guerre et de la Marine et la présidence d'honneur du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, M. Justin Godart, qui présida la séance d'ouverture et qui écrivit la préface des comptes rendus.

C'est également la Fédération qui fit auprès des Ambassades et des Légations des pays alliés les démarches nécessaires pour obtenir que ces pays fussent représentés officiellement au Congrès. De même son action s'exerça auprès des personnalités politiques, scientifiques, administratives et autres afin d'avoir leur patronage.

L'importance, le nombre et la nature des travaux présentés à ce Congrès sont encore dans toutes les mémoires et il est hors de doute qu'ils ont impressionné favorablement les Pouvoirs publics<sup>1</sup>.

*7<sup>o</sup> Inspection des centres de stomatologie et d'édentés des régions et du territoire et des services dentaires de l'avant.*

Afin d'assurer la coordination et l'harmonie des services dans les centres de prothèse maxillo-faciale et d'édentés de l'Intérieur la Fédération intervient auprès du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire pour faire créer une inspection permanente des différents centres de stomatologie et d'édentés des régions et du territoire. Cette création eut lieu le 3 octobre 1919.

A la suite du Congrès dentaire interallié et en exécution d'un vœu qu'il avait émis, la Fédération demanda au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire qu'un spécialiste fût envoyé aux armées en mission temporaire pour examiner le fonctionnement des services dentaires de la zone de l'avant, fournir un rapport résumant la question et aboutissant à des conclusions d'organisation pratique.

La demande fut accueillie (novembre 1916) et, comme résultat de cette mission, qui ne dura cependant qu'un mois, il fut procédé à la création de dentistes régimentaires, de services dentaires de régiment, de division, de corps d'armée et d'armée, et à l'organisation de centres d'édentés et de prothèse maxillo-faciale de la zone de l'avant.

---

1. *Odontologie*, 30 octobre 1916, p. 400 et 30 novembre 1916, p. 411.

*8° Détention et vente des substances vénéneuses.*

Un décret du 14 septembre 1916 a, on se le rappelle, réglementé la détention et la vente des substances vénéneuses, notamment de la morphine et de la cocaïne, ce qui apportait une gêne très grande à l'exercice de la profession dentaire.

Le 20 novembre 1916, le Bureau de la F. D. N., d'accord avec le Président de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godon, et celui de la Société d'Odontologie, M. Jeay, adressa donc au Ministre de l'Intérieur une pétition contenant les observations auxquelles donnait lieu, en ce qui concernait les chirurgiens-dentistes, l'exécution du décret du 14 septembre 1916 portant règlement d'Administration publique pour l'application de la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses, modifiée et complétée par la loi du 12 juillet 1916<sup>1</sup>.

De plus, la F. D. N. intervint en décembre suivant pour demander des modifications à ces dispositions préjudiciables à la profession<sup>2</sup>.

Là ne se borna pas l'action de la Fédération.

Celle-ci, conjointement avec l'Ecole dentaire de Paris, avait nommé une Commission pour examiner les modifications à demander aux Pouvoirs publics d'apporter à la réglementation sur la détention et la vente des substances vénéneuses. Cette Commission, composée de MM. Godon, Blatterf, Bioux, Roy, Jeay, G. Villain, H. Villain, avait choisi le Président de la Société d'Odontologie, M. Jeay, comme rapporteur.

Celui-ci présenta un rapport, à la suite duquel fut promulgué, le 22 mai 1917, un arrêté relatif à l'application de la loi du 12 juillet 1916 et du décret du 14 septembre 1916 concernant le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, arrêté à l'élaboration duquel la Commission prit une part très active et qui donna dans la mesure possible satisfaction aux besoins actuels des chirurgiens-dentistes<sup>3</sup>.

D'ailleurs M. Jeay, à l'instigation de notre Commission professionnelle, avait adressé le 5 avril 1917 dans une lettre au professeur Gauthier, rapporteur de la Commission du Ministère de l'Intérieur, les observations de la profession, dont il fut tenu compte dans la préparation dudit arrêté<sup>4</sup>.

*9° Importation en France des fournitures dentaires.*

Le 10 août 1917, le Président de la Fédération adresse au

---

1. *Odontologie*, 30 janvier 1917, p. 28.

2. id. 30 décembre 1916, p. 471.

3. id. 30 juin 1917, p. 199.

4. id. 30 juillet 1917, p. 282.



Ministre du Commerce et de l'Industrie une demande de dérogation au décret prohibant l'importation en France d'un grand nombre de produits naturels ou manufacturés et parmi ceux-ci les fournitures dentaires venant principalement d'Angleterre et des Etats-Unis <sup>1</sup>.

Sur l'invitation des fournisseurs pour dentistes, le Président de la Fédération intervient en octobre suivant auprès du Ministre de la Marine et du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire afin de les prier d'appuyer la demande du 10 août auprès de leur collègue du Commerce <sup>2</sup>.

Le 16 octobre, ce dernier répondit à la F. D. N. pour lui signaler certaines facilités d'importation.

Cette réponse ne donnant pas satisfaction la Fédération renouvella, le 23 octobre, sa demande au Sous-Secrétaire d'Etat du Commerce et de l'Industrie dans des termes plus pressants <sup>3</sup>.

Le 7 novembre 1917, ce Sous-Secrétaire d'Etat avisait la F. D. N. que la question serait examinée par les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> sous-commissions des dérogations dans une prochaine séance <sup>4</sup>.

Enfin le 15 décembre 1917, la F. D. N. demandait au Ministre des Finances que, sur l'or exporté d'Angleterre et des Etats-Unis, il fût mis à la disposition de la profession dentaire une quantité supérieure aux 2 kilogs par an qui lui étaient attribués et qui étaient manifestement insuffisants <sup>5</sup>.

#### 10° *Produits et matières nécessaires aux dentistes militaires.*

En juillet 1917, le Président de la F. D. N. dressa, à la demande du pharmacien principal chef du service pharmaceutique au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de santé militaire, une liste de produits et de matières nécessaires aux dentistes militaires, qui a été introduite dans le *Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires* sous la rubrique *Médicaments pour l'usage dentaire*, p. 378.

#### 11° *Union des Sociétés dentaires.*

Il y a lieu de rappeler pour mémoire une réunion tenue par le Bureau de la F. D. N. pour adoption d'un ordre du jour relatif à une proposition d'union des Sociétés dentaires <sup>6</sup>.

#### 12° *Exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine.*

La Fédération s'est occupée, avec le Bureau de l'Ecole dentaire

---

1. *Odontologie*, 30 juin 1918, p. 257.

2. id. 30 octobre 1917, p. 413.

3. id. 30 novembre 1917, p. 446.

4. id. 30 décembre 1917, p. 455.

5. id. 30 janvier 1918, p. 39.

6. id. 28 février 1919, p. 71.

de Paris, de l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine et a avisé, le 22 mars 1919, le Commissaire général de la République à Strasbourg qu'elle le saisira de cette question prochainement <sup>1</sup>.

13<sup>o</sup> *Chirurgiens-dentistes exerçant dans les régions libérées.*

La dernière manifestation de l'activité de la Fédération est du 27 mars 1919. A cette date la Fédération a écrit au Ministre du Blocus et des régions libérées pour lui demander que les chirurgiens-dentistes de ces régions bénéficient des avantages matériels accordés aux médecins reprenant l'exercice de leur profession dans les pays dévastés <sup>2</sup>.

Le 11 avril, le Ministre a fait connaître que les chirurgiens-dentistes pourront jouir de ces avantages <sup>3</sup>.

\* \* \*

On voit par ce qui précède que la F. D. N. a accompli pendant ces cinq dernières années une tâche considérable. Elle profite de cette occasion pour remercier les sociétés adhérentes, et notamment le Bureau du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., ainsi que les confrères qui l'ont aidée dans ses démarches à obtenir les résultats que nous avons signalés et dont bénéficie la profession. Elle exprime également sa reconnaissance aux nombreux membres du Parlement qui l'ont soutenue en appuyant les légitimes revendications des chirurgiens-dentistes. Elle doit une gratitude toute particulière à M. l'amiral Lacaze, ministre de la Marine, et à M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, qui sont les instigateurs de la création des dentistes de l'armée de mer et de l'armée de terre, ainsi qu'à M. Mourier, successeur de M. Justin Godart et continuateur de son œuvre. Elle remercie enfin les confrères mobilisés qui, par leur travail et les services qu'ils ont rendus, ont contribué à obtenir ces résultats.

A. BLATTER,

*Président de la F. D. N.,*

*Directeur-adjoint et Vice-Président de la Société de  
l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.*

---

1. *Odontologie*, 30 mars 1919, p. 119.

2. id. 30 mars 1919, p. 123.

3. id. 30 avril 1919, p. 255.

—



## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### LA MISSION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

*Nous relevons sous ce titre dans les comptes rendus du Congrès dentaire du Panama-Pacifique (Vol. II, p. 436), qui s'est tenu en 1915 et que nous avons analysés, une communication de notre confrère M. N. S. Jenkins, de New Haven (Connecticut), que nous croyons devoir résumer ci-après :*

La F. D. I. a été la première tentative pour unir par des relations continues de sympathie tous les membres d'une profession répandue dans le monde entier. Elle est née, au début de ce siècle, dans cette France éclairée et généreuse, chez un peuple toujours audacieux dans ses entreprises humanitaires et qui a été le premier à rêver des Etats-Unis d'Europe.

L'auteur rappelle alors la fondation de la Fédération et les buts qu'elle poursuit.

Depuis la fondation de la Fédération la valeur de la coopération internationale a été reconnue et les membres ont travaillé en commun avec une compréhension de plus en plus grande de leurs devoirs et de leurs droits.

Diverses commissions ont été nommées, notamment la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, la Commission d'enseignement et la Commission du code international de déontologie, dont l'influence a été particulièrement grande.

La F. D. I. n'a pas le pouvoir de dicter des règles au monde dentaire, mais seulement de les examiner, de les expliquer et de les recommander, et elle a déjà agi à cet égard et agira encore davantage comme un Comité d'échange international où toutes les questions vitales concernant notre profession seront examinées au point de vue de leurs rapports internationaux. Il n'existe pas d'autre forum où ces questions puissent être si impartialement discutées et où les méthodes et les résultats puissent être si intelligemment comparés.

Aucun homme ne peut avoir été mêlé activement aux travaux de cette Fédération sans que son esprit soit élargi, sans que ses connaissances soient accrues, ses sympathies avivées, son utilité étendue et son imagination enflammée par la vision de ce que la coopération internationale peut accomplir pour l'humanité.

## MISSION EN AMÉRIQUE

Nous avons annoncé dans notre numéro d'avril le retour de l'importante mission dont M. G. Villain a été chargé aux Etats-Unis pour la deuxième fois. Nous avons déjà signalé le grand succès obtenu par notre collègue; nous sommes heureux aujourd'hui de publier la lettre qui lui a été adressée par le commissaire général, M. Tardieu, et celles qui l'accompagnent. Ces lettres montreront l'influence que ces missions sont appelées à avoir sur la propagation de la science odontologique française dans le Nouveau-Monde.

### RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, 23 avril 1919.

#### PRÉSIDENTE DU CONSEIL. — COMMISSARIAT GÉNÉRAL DES AFFAIRES DE GUERRE FRANCO-AMÉRICAINES

Docteur,

Je suis heureux de vous envoyer ci-joint les copies de quatre lettres de chirurgiens et professeurs dentaires de Montréal, témoignant de la grande impression produite par vos conférences dans les milieux scientifiques des Etats-Unis et du Canada.

J'ai transmis les originaux de ces lettres à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du service de santé, afin qu'elles soient classées dans votre dossier.

En y joignant mes félicitations personnelles, je vous prie d'agréer l'expression de ma considération distinguée.

*Pour le Commissaire général  
aux affaires de guerre franco-américaines,*

*Le Délégué.*

M. le Dr Georges Villain, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

---

*Extrait des lettres en anglais et en français adressées à M. Tardieu,  
Haut Commissaire.*

Montréal, 5 avril 1919.

Je ne saurais formuler une appréciation trop avantageuse sur la visite de M. G. Villain dans cette ville. Sa connaissance approfondie de la prothèse faciale et des restaurations maxillaires est merveilleuse. Son étude des muscles maxillaires et sa présentation d'appareils de prothèse des maxillaires étaient fort intéressantes et je suis sûr que le collège des chirurgiens-dentistes de la Province a profité largement de sa méthode claire et habile de traitement des blessés.

*Le Président  
du Collège des chirurgiens-dentistes  
de la Province de Québec.*



Montréal, 5 avril 1919.

Permettez-moi de vous remercier, vous et votre Gouvernement, en mon nom et au nom du Club dentaire de Montréal, de la faveur que vous nous avez faite en nous envoyant M. le Dr Georges Villain pour nous exposer les travaux magnifiques que les dentistes français, en collaboration avec vos chirurgiens, ont exécutés dans le traitement des fractures des maxillaires et des blessures de la face. Nous avons été assez heureux pour entendre dans notre Club une conférence de M. Villain ; je l'ai, pour ma part, entendu plusieurs autres fois, et je puis vous assurer que ses conférences, ses modèles et ses photographies ont été une révélation pour nous tous.

Je suis sûr que sa présence dans notre pays inspirera à beaucoup de praticiens le désir de faire plus et mieux pour l'humanité souffrante. Votre Gouvernement doit être félicité d'avoir pris l'initiative de travaux qui montreront sous un jour nouveau à la profession odontologique de ce côté-ci de l'Océan ce que peut faire la chirurgie dentaire française.

*Le Président du Club dentaire de Montréal.*

Montréal, 8 avril 1919.

Nous avons été vivement impressionnés et intéressés par la visite de M. le Dr G. Villain à notre hôpital et par ses conférences au corps médical de Montréal. Je ne doute pas que son enseignement ne soit mis à profit par nos confrères.

*Le Surintendant général  
et chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame.*

Montréal, 9 avril 1919.

Je crois qu'il est de mon devoir, en ma qualité de doyen de la Faculté dentaire de l'Université Laval à Montréal, de vous prier de transmettre au Gouvernement français toute notre reconnaissance pour la mission dont il a chargé le docteur Villain.

Il a parcouru les Etats-Unis et le Canada, visitant les Universités et les hôpitaux, faisant des conférences devant les professeurs et les étudiants avec un zèle inlassable et démontrant d'une manière scientifique ce que la prothèse dentaire a pu accomplir pour le soulagement des blessés de la face et des maxillaires.

Le Dr Villain s'est révélé un prothésiste remarquable.

D<sup>r</sup> Eudore DUBEAU.

*Le Commissaire général pour les affaires de guerre franco-américaines a également transmis, le 8 mai, de nouvelles lettres d'éloges émanant du major directeur adjoint du Service dentaire du 5<sup>e</sup> district militaire (Québec) ; du doyen de l'Ecole dentaire de Toronto, M. Webster ; du président du Comité de réception, M. Langlois (Québec) ; du président de la Société d'odontologie de Montréal, M. Poitras.*

Signalons également une lettre du président du Comité exécutif de l'Institut des professeurs dentaires, M. Arthur Black, particulièrement élogieuse et se terminant ainsi : « Permettez-moi d'espérer qu'à l'avenir il y aura une coopération plus intime entre les groupes professionnels français de France et d'Amérique, aussi bien qu'entre ces deux pays eux-mêmes. »

Enfin, le 16 mai, le Commissaire général a transmis une lettre du doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, faisant connaître que « les professeurs de cette Faculté, les membres » de la Société médicale et le corps médical de Montréal ont écouté » avec intérêt les conférences sur la prothèse maxillo-faciale pendant » la guerre faites par M. Georges Villain. Il leur a été agréable » de constater le rôle brillant, profondément humanitaire tenu en » France par les hommes de science et d'étude durant ces 4 années » inoubliables ».

#### CHAUDE RÉCEPTION FAITE AU DÉLÉGUÉ DE LA FRANCE

Nous empruntons à La Presse de Montréal, du 28 mars 1919, le récit de la réception faite dans cette ville à notre collègue M. Georges Villain, au cours de la mission qu'il a remplie aux Etats-Unis et au Canada.

Nous remercions bien vivement nos confrères canadiens, en particulier M. Eudore Dubeau, de cette réception chaleureuse.

M. Georges Villain, l'éminent chirurgien-dentiste et prothésiste expert, que le gouvernement français a délégué en Amérique, a été l'objet, hier après-midi, à l'école dentaire de Montréal, d'une enthousiaste réception. Les étudiants de l'école l'ont reçu aux accents de la Marseillaise et lui ont fait une longue ovation.

Dans la salle des cours où se donnait la conférence, on remarquait au fauteuil d'honneur, Mgr Georges Gauthier, administrateur du diocèse et vice-recteur de l'université Laval, et au premier rang de l'assistance, M. Ponsot, consul général de France au Canada, et MM. les professeurs de l'école dentaire de Montréal, les docteurs : J. Nolin, Art. Beauchamp, J.-A. Saint-Pierre, T. L. Larseneur, Duhamel, Dufresne, E. Charron, Jutras, Le Franchère, R. Hébert, G. Bourgeois, J. G. A. Gendreau, W. H. Saint-Pierre, etc., etc.

M. le docteur Eudore Dubeau, doyen de l'école dentaire, en sa qualité de président de l'assemblée, présenta le conférencier.

Après avoir dit brièvement quel fut le rôle glorieux des den-



tistes français dans la guerre, M. Georges Villain s'appliqua à démontrer à son auditoire d'étudiants les progrès accomplis pendant la guerre dans la science de prothèse restauratrice — qui est le remplacement des tissus naturels absents, par des tissus artificiels — et surtout de la prothèse maxillo-faciale. La démonstration scientifique du savant conférencier était illustrée de projections lumineuses, montrant plusieurs cas traités pendant la guerre et guéris.

A l'issue de cette belle conférence scientifique et pratique, Mgr Gauthier présenta à M. G. Villain le diplôme de docteur « pro honoris causa » en art dentaire, de l'université Laval et lui dit qu'il espérait que ce diplôme lui permettrait de nouer avec Laval des relations plus étroites.

M. Dubeau félicita ensuite le nouveau docteur et le pria de bien vouloir faire à l'Ecole dentaire le grand honneur, d'accepter le titre de professeur honoraire de cette école.

M. Villain remercia en termes émus et dit qu'il acceptait tous ces honneurs avec le désir d'en rester toujours digne.

M. le consul Ponsot adressa ensuite quelques mots et rappela en termes heureux la solidité des liens intellectuels qui unissaient la France au Canada.

Dans la soirée, M. Villain a été l'hôte du Cercle universitaire où il a prononcé une intéressante conférence sur « les hôpitaux militaires canadiens en France » et plus particulièrement sur l'hôpital de Saint-Cloud.

Il a parlé du bon travail accompli par les médecins canadiens là-bas et dit combien la France avait été touchée du fait que les Canadiens français avaient été les seuls à lui offrir des hôpitaux pour ses blessés à elle, durant tout le temps de la guerre.

---

## ECOLE DENTAIRE DE PARIS

### Dispensaire militaire V. G. 88

#### *Rapport technique (avril 1919). Récapitulation.*

Depuis le début des hostilités, l'Ecole dentaire de Paris a reçu 70.170 militaires dans ses services qui ont effectué :

889.327 interventions se décomposant en 859.759 opérations diverses, 29.568 appareils.

Ces travaux ont nécessité 311.552 visites.

Les chiffres respectifs pour chaque service depuis leur ouverture sont les suivants :

SERVICES	MILITAIRES SOIGNÉS	VISITES	OPÉRATIONS	APPAREILS
Services pour blessés (Dispensaire mil. V. G. 88 et hôp. divers).	4.235	82.435	110 270	5.476
Services pour militaires (malades dentaires, Dispensaire mil. V. G. 88 et services extérieurs, hôpitaux, usines, équipes volantes).	65.935	229.117	749.489	24 092
	70.170	311.552	859.759	29.568

Nombre total d'édentés appareillés au Dispensaire militaire V. G. 88 : 14.986.

Nombre de mutilés rééduqués ou en cours de rééducation à l'Ecole dentaire de Paris : 63.

## NOUVELLES

### Changement de titre

Le *Journal of the Allied Dental Societies* publié à New-York prend le titre de *Journal of Dental Research*.

### Mariage.

Le mariage de M<sup>lle</sup> Suzanne Collignon, petite-fille de M. Contenau, membre de l'A. G. S. D. F., et fille de M. Collignon, avec M. Georges Mantelet, a été célébré le 27 mai.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

### Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro de l'*Union syndicale des démobilisés* (U. S. D. D.), organe mensuel de la Société du même nom, dont nous avons annoncé l'Assemblée générale.

Bonne chance à notre nouveau confrère.



**Livre reçu.**

Nous avons reçu du Dr Foveau de Courmelles un tirage à part d'un article intitulé « De l'identification des individus au moyen des os et des dents », article dont il est l'auteur et qui a paru dans une revue médicale.

Cet article reproduit un long passage sur le même sujet d'un travail publié il y a plusieurs années par notre confrère le Dr Amoëdo dans la *Quinzaine thérapeutique*.

---

**Société d'Odontologie de Paris.**

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 3 juin, à 8 heures 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1<sup>o</sup> *Pyorrhée alvéolaire*. — Discussion des communications sur ce sujet de MM. Mendel Joseph (séance du 1<sup>er</sup> avril 1919) et Maurice Roy (séance du 13 mai 1919).

2<sup>o</sup> *Situation de l'Art dentaire en Alsace-Lorraine*. — Discussion de la communication présentée dans la séance du 13 mai par M. E. Sauvez.

3<sup>o</sup> *Situation de l'Art dentaire en Belgique*, par M. Quintin, de Bruxelles.

---

Sur l'initiative d'un certain nombre d'entre eux, les dentistes du Rhône et des départements voisins : Ain, Isère, Savoie, Hte-Savoie, Htes-Alpes, Drôme, Ardèche, Loire, Hte-Loire, Puy-de-Dôme, Allier, Saône-et-Loire, Jura, Doubs, sont invités à assister à une Assemblée générale qui aura lieu à Lyon le samedi 5 juillet 1919, dans le but d'organiser un groupement professionnel à la fois scientifique et syndical suffisamment puissant pour soutenir efficacement les intérêts généraux de la profession et en particulier de poursuivre l'exercice illégal de l'art dentaire qui a pris depuis la guerre une extension si inquiétante.

Tous les dentistes visés ont intérêt à assister à cette réunion afin que l'organisme projeté puisse répondre véritablement et autant que possible aux besoins de tous en général et de chacun en particulier.

Sans vouloir se tenir en dehors des autres groupements professionnels français, et tout en restant unis avec eux, il semble bien qu'il y ait intérêt à créer des services régionaux capables d'agir plus rapidement et plus directement.

Tous les intéressés recevront une convocation personnelle leur indiquant le jour, l'heure et le programme de l'Assemblée.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### QUELQUES RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Joseph MENDEL

(Suite et fin.)

#### *Présence des amibes dans les accidents suppurés aigus et chroniques à point de départ dentaire.*

Il était intéressant de reconnaître si les amibes pouvaient jouer quelque rôle pathogénique dans l'éclosion des collections purulentes ayant leur origine en une carie pénétrante. Nous avons examiné le pus de douze abcès alvéolo-dentaires; nous n'y avons pas trouvé d'amibes. Morphologiquement on a pu y discerner la présence de streptocoques et de staphylocoques, d'un diplocoque et, une fois, l'association d'un spirille avec un bacille fusiforme, à l'exclusion presque totale de tout autre organisme.

Par contre, nous avons trouvé de nombreuses amibes dans deux cas de suppuration chronique, quand le pus, après avoir détruit les attaches ligamenteuses et décollé les solides faisceaux de l'anneau cervical, arrive à se faire jour et à s'écouler entre la gencive et la racine, simulant les apparences de la vraie pyorrhée.

#### *Présence des amibes dans les accidents aigus à point de départ gingival.*

Il arrive parfois que des corps étrangers, alimentaires ou autres, sont violemment poussés entre la gencive et la



dent, décollant la gencive et réalisant un état infectieux offrant les allures d'un abcès alvéolaire aigu. L'examen du pus provenant de trois abcès de cette origine a démontré l'absence des amibes. On y reconnaît surtout la présence des spirilles et d'un diplocoque dont l'identité n'a pas été recherchée.

*Présence des amibes dans la gingivo-stomatite aiguë.*

Nous avons eu l'occasion de soigner deux cas de gingivo-stomatite aiguë d'une violence exceptionnelle, tous les deux chez des militaires. L'origine de ces accidents paraissait attribuable à quelque contact suspect et il a fallu un traitement rigoureux d'une quinzaine de jours pour remettre les choses en état.

L'exsudat gingival examiné à plusieurs reprises a été, dans les deux cas, exempt d'amibes.

*Présence des amibes dans les états infectieux dus à l'éruption de la dent de sagesse.*

Les accidents muqueux dus à l'éruption anormale de la dent de sagesse sont fréquents. Le décollement de la muqueuse autour de la couronne partiellement évoluée crée des réceptacles admirablement organisés pour recueillir et retenir les matières septiques, source de multiples accidents. Les amibes y joueraient-elles quelque rôle ?

Nous avons examiné le liquide purulent contenu dans ces clapiers muqueux. Dans toutes les manifestations aiguës (5 cas examinés) il n'y avait point d'amibes. Par contre, dans les suppurations chroniques, sur 4 cas examinés, nous avons trouvé des amibes 3 fois.

*Présence des amibes dans la carie dentaire.*

15 cas de carie dentaire, simple et compliquée, furent examinés. Nous y avons trouvé nombre de bactéries, des cellules épithéliales, de rares leucocytes à peine reconnaissables, mais point d'amibes. Dans trois cavités dentaires, bien adaptées à l'expérience, nous avons laissé séjourner

plusieurs jours du coton hydrophile. L'examen de la matière qui imprégnait le coton a démontré l'absence des amibes.

Une fois cependant, dans une dent très cariée extraite chez un ouvrier dont la bouche était fort négligée, nous avons reconnu un certain nombre d'amibes.

Nous croyons donc pouvoir dire que les amibes de la bouche n'exercent aucune influence sur le développement de la carie dentaire.

On conçoit que, dans une carie en évolution active, la réaction habituellement acide qui y domine constitue une condition défavorable à leur présence et leur développement. Notons aussi que chez une jeune femme dont les dents portaient de multiples obturations, et qui étaient le siège de plusieurs caries à allure rapide, nous avons obtenu des frottis particulièrement riches en amibes.

*Essai de traitement de la pyorrhée alvéolaire par le chlorhydrate d'émétine.*

Les résultats excellents que certains auteurs prétendaient avoir obtenus dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire par le chlorhydrate d'émétine nous ont vivement incité à essayer ce médicament. Disons tout de suite que les grandes espérances que nous avions fondées sur cet agent furent nettement déçues. Nous avons utilisé cette substance en instillations dans les poches suppurantes et en injections intra-gingivales à la façon des injections anesthésiques; nous sommes allé même jusqu'à utiliser des solutions plus concentrées que celles préconisées par les auteurs américains et nous n'avons dans aucun cas (sur 8 malades traités) obtenu de résultat probant. Le chlorhydrate d'émétine utilisé nous a été procuré par la direction de l'hôpital Pasteur.

*Conclusions.*

1° La présence des amibes dans la cavité buccale de l'homme est un fait d'une assez grande généralité et n'est nullement la caractéristique exclusive de l'affection désignée sous le nom de *pyorrhée alvéolaire*.



2° On rencontre des amibes dans presque tous les cas de pyorrhée alvéolaire.

3° Dans les bouches mal entretenues nous avons toujours trouvé des amibes au milieu de la masse caséuse qui recouvre les dents.

4° Dans les bouches bien entretenues on trouve des amibes dans près de la *moitié des cas*. La présence des amibes aurait alors, selon nous, une signification sémiologique intéressante : *elle coïnciderait, d'une manière générale, avec un fléchissement plus ou moins marqué de la résistance normale du sujet ; elle s'accompagne, d'autre part, presque toujours, d'un état d'hyperleucocytose de l'exsudat gingival ; elle pourrait donc être considérée comme symptomatique d'une certaine prédisposition à la pyorrhée alvéolaire.*

5° Dans les différents états infectieux aigus que l'on observe d'ordinaire dans la cavité buccale, les amibes furent invariablement absentes. Par contre, dans les états infectieux chroniques la présence des amibes est fréquente.

6° La pratique rationnelle de l'hygiène buccale constitue le meilleur moyen, sinon de réaliser l'exclusion complète des amibes, du moins d'en réduire notablement le nombre.

Ainsi donc, la théorie de l'origine amibienne de la pyorrhée alvéolaire est loin d'avoir justifié les espérances qu'elle avait éveillées dans la profession. Néanmoins, on lui reconnaîtra le mérite d'avoir suscité des recherches, soulevé des discussions qui, sans nous donner la clef de l'énigme étiologique du processus, nous ont permis de mieux concevoir son mécanisme intime.

## PATHOGÉNIE

Quelle que soit la cause provocatrice de la maladie, il semble que l'on puisse, au point de vue de l'évolution pathogénique, lui assigner deux modalités distinctes.

*La première* se développe en silence, lentement, insidieusement, sans attirer tout d'abord l'attention du patient ; pra-

tiquement elle ne se manifeste par des signes apparents que lorsque les désordres ont déjà atteint une certaine profondeur. C'est la forme classique de la pyorrhée, dont le caractère essentiel est la tendance à l'envahissement progressif de tout l'appareil dentaire. Les auteurs paraissent unanimes, à présent, pour admettre que dans cette forme de pyorrhée le déséquilibre biologique général du sujet occupe une place prépondérante.

*La deuxième* modalité débiterait par un épisode aigu, éclatant, survenant à la suite d'une inoculation septique du ligament alvéolo-dentaire au fond de l'espace compris entre la gencive et le collet de la dent — l'espace péri-cervical. Le processus est alors limité, le plus souvent, à une seule dent, à une seule articulation. Ici, à la différence de la forme précédente, les facteurs d'ordre général semblent exercer une bien moindre influence. C'est cette forme-ci que nous avons pu reproduire expérimentalement chez le lapin, ainsi qu'on le verra plus loin.

Dans la grande majorité des cas, nous avons affaire à la pyorrhée polyarticulaire, à évolution chronique, progressive. Nous nous sommes efforcé, dans les recherches qui vont suivre, d'en saisir quelques faits biologiques intéressants.

#### L'EXSUDAT GINGIVAL ET LE STADE PRÉCURSEUR DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

On sait que la gencive, au niveau du collet de la dent, demeure libre sur une hauteur de 2 millimètres environ ; elle y adhère d'une façon mécanique et s'en détache en de nombreuses circonstances. Il en résulte un espace, espace péri-cervical, virtuel normalement, mais réel et béant à l'état pathologique.

À l'état normal, quand les gencives sont saines, les dents bien entretenues, particulièrement chez les personnes jeunes, la tonicité de la fibro-muqueuse assure une occlusion efficace de l'espace péri-cervical. Si l'on veut y introduire l'extrémité aplatie d'un fil de platine, on éprouve une certaine résistance ; l'exploration est plus aisée au niveau des in-



terstices dentaires où l'adhérence au collet est moins intime.

Une fine anse de platine insinuée dans l'espace péri-cervical ramène une petite quantité de liquide renfermant des éléments figurés. C'est l'*exsudat gingival*. Il faut se garder de le confondre avec la petite masse de matière que l'on découvre, même dans les bouches bien soignées, au niveau des interstices des dents, et qui se compose de cellules épithéliales desquamées, de leucocytes dégénérés ou détruits, de résidus alimentaires et d'une profusion de microbes. Aussi est-il indispensable d'*essuyer avec beaucoup de soin* le point de la gencive où l'on fait le prélèvement.

Si dans une goutte d'eau physiologique on étale sur une lame la faible quantité d'exsudat prélevé à l'aide d'un fil ou d'une anse de platine, on constate que les microbes y sont peu nombreux. En procédant avec une technique minutieuse, on peut se rendre compte que les bactéries que l'on y découvre séjournent à l'entrée de l'espace péri-cervical et que le fond en est presque entièrement exempt.

En dehors de bactéries — cocci, bâtonnets — on y trouve disséminées des cellules épithéliales peu nombreuses ; on y découvre surtout de nombreux leucocytes. La quantité de leucocytes que l'on rencontre ici ne saurait être comparée avec ce que l'on observe sur les autres muqueuses de la bouche. L'examen du produit de grattage de la muqueuse des joues et des lèvres révèle surtout la présence de cellules épithéliales et seulement quelques rares leucocytes. Dans l'exsudat gingival, au contraire, les leucocytes sont en nombre tel qu'il est permis de considérer cet espace comme un véritable sac lymphatique.

Par une série d'examens, après coloration panoptique, May-Grunwald-Giemsa, nous avons cherché à établir la formule des éléments leucocytaires ici présents. Nous avons constaté une polynucléose neutrophile très marquée :

Polynucléaires . . . . .	90 à 95 p. 100
Grands mononucléaires . . . . .	4 à 5 p. 100
Moyens mononucléaires . . . . .	3 à 5 p. 100
Lymphocytes . . . . .	2 à 3 p. 100

Il existe donc normalement dans l'exsudat gingival un état de *leucocytose permanent* dont la formule atteste le caractère nettement défensif.

Au cours de nos recherches, nous avons vu la leucocytose de l'exsudat gingival subir des variations numériques importantes. Par un procédé très simple, en utilisant la platine graduée de l'hématimètre, nous avons pu opérer, avec une approximation suffisante, le dénombrement des éléments leucocytaires. Cela nous a conduit aux constatations suivantes :

1° La grande constance numérique de la leucocytose de l'exsudat à l'état normal ;

2° Le passage, en présence des conditions pathologiques, de la leucocytose à l'état d'hyperleucocytose plus ou moins intense, pouvant aboutir à la suppuration franche.

L'hyperleucocytose de l'exsudat gingival se montre à l'occasion de diverses causes d'irritation locale portant au niveau de l'espace péri-cervical. Son véritable intérêt ressort lorsqu'on la considère en relation avec les manifestations initiales de la pyorrhée alvéolaire. Dans un travail présenté à la Société anatomique <sup>1</sup>, nous avons montré l'existence des lésions histologiques déjà très marquées de la gencive, du ligament, de la paroi alvéolaire, alors que, cliniquement, c'est à peine si l'on note un léger état congestif de la gencive. Dans les couches profondes du ligament alvéolo-dentaire et de la muqueuse, on observe de nombreux foyers d'infiltration avec développement anormal de l'élément vasculaire et une prolifération étendue du tissu épithélial. La paroi alvéolaire elle-même subit un travail de résorption active. Toute cette œuvre de destruction s'accomplit silencieusement, sans que l'on puisse légitimement parler de pyorrhée.

Or, dans tous ces états, l'examen microscopique du contenu de l'espace péri-cervical révélera l'existence d'une

---

1. Contribution à l'anatomie pathologique de la pyorrhée alvéolaire. Soc. anat. de Paris, 11 juillet 1913.



*hyperleucocytose* dont l'intensité variera avec l'importance des troubles profonds.

Dans un certain nombre de cas, l'hyperleucocytose peut subsister jusqu'à la destruction totale des attaches ligamenteuses et l'expulsion spontanée de la dent. C'est à cet ordre de faits qu'il convient de rattacher les formes frustes de pyorrhée alvéolaire décrites par plusieurs auteurs (Cruet, Viau, Mendel) sous le nom de *pyorrhée sèche*.

Il s'agirait là d'une manifestation de la résistance de l'organisme liée au pouvoir de réaction phagocytaire de l'exsudat gingival.

#### MODES DE RÉACTION PHAGOCYTAIRE DANS LA CAVITÉ BUCCALE DE L'HOMME.

Hugenschmidt a étudié, au laboratoire de Metchnikoff, le phénomène de l'activité phagocytaire dans la cavité buccale du cobaye. Il nous a paru intéressant, au point de vue biologique et thérapeutique, d'étudier le processus de réaction phagocytaire dans la cavité buccale de l'homme, et, en particulier, dans une région de cette cavité qui est comme le centre d'élection pathologique, siège de la plupart des états infectieux de la bouche. C'est la région péri-cervicale : bord libre de la gencive et l'espace péri-cervical.

Les recherches de Bonnaire et Keim, de Jeannin et tout récemment celles de M<sup>me</sup> Brailowsky-Lunkevich, démontrent l'importance de cette région dans la détermination de la flore bactérienne de la bouche. Les données de la clinique corroborent ces vues de la bactériologie.

Tout à l'heure nous avons vu la formule leucocytaire, essentiellement polynucléaire, de l'exsudat gingival à l'état normal. Dans l'hyperleucocytose de l'exsudat cette formule se modifie quelque peu. On y observe un certain nombre de mononucléaires à granulations neutrophiles qui, dans quelques cas, ont atteint le chiffre de 10 à 12 0/0. Nous l'avons surtout constaté chez des personnes d'un âge avancé chez qui la région alvéolaire était le siège de troubles trophiques importants, se traduisant cliniquement par

la résorption de la gencive et le déplacement marqué des dents. Nous l'avons vu aussi au cours du redressement orthopédique des dents.

Dans la pyorrhée alvéolaire on constate une polynucléose presque exclusive.

La présence des amibes dans l'exsudat semble n'exercer aucune influence sur la formule des éléments leucocytaires.

L'étude de la phagocytose comporte ici quelques détails de technique particuliers.

Le collet de la dent où se fait le prélèvement sera soigneusement débarrassé de toute matière étrangère. L'exsudat est prélevé avec l'anse ou le fil de platine, selon l'abondance du liquide en leucocytes ; on le porte dans une petite goutte d'eau physiologique placée sur une lame ; on l'étale rapidement en couche mince et l'on agite vigoureusement pour opérer la dessiccation.

Fixer à l'aide d'une solution demi-saturée d'acide picrique, 3 minutes ;

Laver abondamment, 1 minute ;

Colorer à la thionine phéniquée, 3 à 4 minutes ;

Laver rapidement, sécher.

Le noyau est coloré, précis ; le cytoplasme à peine teinté révèle nettement les bactéries incluses.

Pour l'étude conjointe de la phagocytose et de la morphologie des éléments leucocytaires nous avons utilisé le procédé suivant :

Fixation à l'acide picrique. . . . .	3 minutes. Lavage abondant.
May Grunwald (solution aqueuse). . . . .	5 minutes.
Giemsa (solution aqueuse). . . . .	15 minutes.

A l'état normal, quand la tonicité de la muqueuse assure l'occlusion de l'espace péri-cervical, ce qui s'observe surtout chez des personnes jeunes, bien portantes, avec bonne hygiène buccale, l'activité phagocytaire de l'exsudat gingival est faible : 5 à 7 phagocytes pour 100 globules blancs (coefficient phagocytaire). Notons que les microbes sont ici peu nombreux et il semble bien que la réaction de défense a peu d'occasions de s'exercer.



Le phénomène réactionnel s'exalte avec l'apparition de l'hyperleucocytose et atteint son maximum d'intensité dans l'hyperleucocytose d'intensité moyenne. Le coefficient d'activité peut alors s'élever à 80 o/o, la moyenne variant de 50 à 60 o/o.

L'action phagocytaire se manifeste vis-à-vis de la plupart des microbes que l'on trouve sur les frottis : cocci, bacilles, spirilles. Ces derniers, cependant, offrent une résistance nettement marquée ; même sur les préparations où ils sont en nombre considérable, on les voit rarement à l'intérieur des leucocytes.

Les mononucléaires se montrent d'actifs bactériophages ; parfois ils sont littéralement bourrés de microbes.

Dans la pyorrhée alvéolaire franche, la puissance de réaction phagocytaire est d'ordinaire assez réduite : 9, 10, 15, 16, 18, 23 o/o. D'une manière très générale, la réaction se montre d'autant plus faible que la suppuration est plus abondante et l'affection d'une allure plus grave. Dans les pyorrhées discrètes, localisées à des points isolés, de peu d'étendue, on peut observer une phagocytose très active. Il s'agit alors presque toujours de formes bénignes qui cèdent aisément à l'intervention thérapeutique.

L'expérience suivante démontre que l'on peut, par un procédé simple, provoquer une phagocytose active là où ce processus a été au préalable très faible.

A l'aide d'instruments fins, de forme appropriée, insinués dans le cul-de-sac qui résulte du décollement de la gencive, on détache avec soin les dépôts adhérents au collet de la dent, sans se préoccuper de la légère hémorragie qui en résulte. On lave abondamment à l'eau physiologique tiède afin d'opérer un nettoyage aussi parfait que possible. L'usage d'une seringue munie d'une fine aiguille de platine est indispensable.

En faisant ensuite des prélèvements toutes les 5 minutes, on constate déjà, après 15 minutes, la présence de leucocytes, nouvellement arrivés, en pleine fonction phagocytaire. L'englobement des bactéries est vigoureux et s'accroît

Fig. 1



Fig. 2

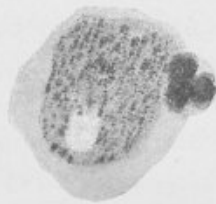


Fig. 3

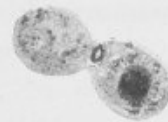


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

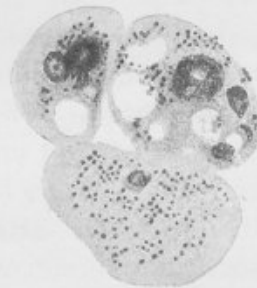


Fig. 7



Fig. 8

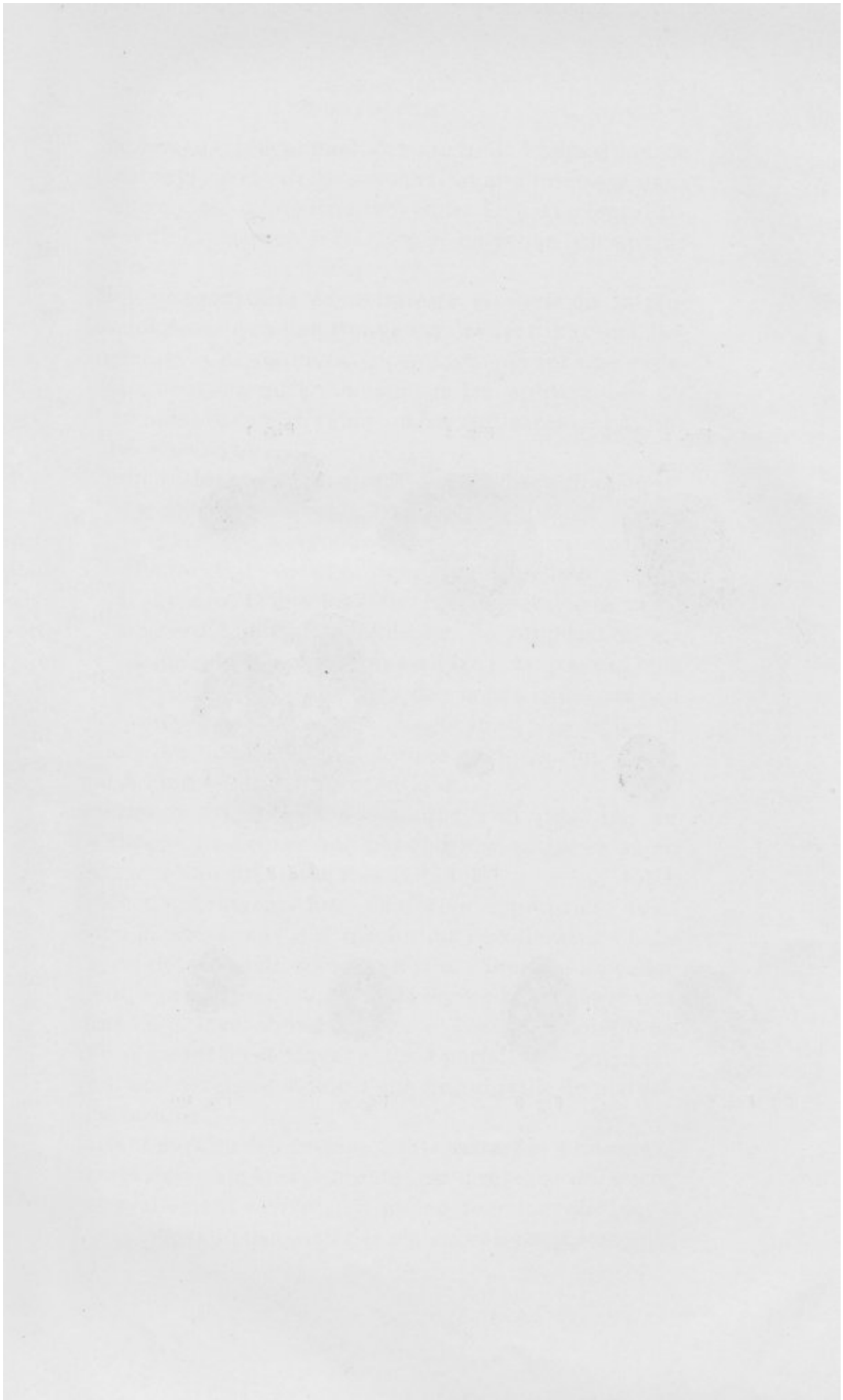


Fig. 9



Fig. 10





en puissance  $\frac{3}{4}$  d'heure, 1 heure après le nettoyage. L'examen des frottis montre, en outre, que certaines bactéries, notamment les spirilles, primitivement nombreuses, sont presque complètement éliminées par l'opération.

Ainsi s'explique, pour une bonne part, l'effet bienfaisant de cette opération classique qui consiste dans l'ablation de dépôts agglomérés au-dessous de la gencive, et dont les  $\frac{2}{3}$  de la masse ( $\frac{1}{3}$  du poids) sont formés de microbes.

A la lumière de ces faits, il semble permis de considérer la leucocytose, l'hyperleucocytose et la pyorrhée alvéolaire comme traduisant trois modalités différentes de résistance de la cavité buccale à l'action des agents infectieux.

Dans des conditions de santé normale, la résistance propre de la fibro-muqueuse paraît suffire à former une barrière efficace à l'invasion des germes pathogènes. L'exsudat gingival est alors caractérisé par une leucocytose à faible réaction phagocytaire.

Quand l'anneau fibreux péri-cervical est forcé, l'activité leucocytaire s'exalte. On constate un état d'hyperleucocytose plus ou moins intense. La fonction phagocytaire s'affirme et lutte vigoureusement contre l'élément infectieux.

L'apparition de la pyorrhée alvéolaire, surtout si elle a une tendance à se généraliser, témoigne d'un état de dépression, passagère ou permanente, des moyens de défense du milieu buccal et, selon toute probabilité, de l'organisme en général.

#### PYORRHÉE ALVÉOLAIRE EXPÉRIMENTALE.

On sait que Galippe, Miller, Goadby, Talbot, Carpenter ont cherché à reproduire expérimentalement la pyorrhée alvéolaire chez l'animal. Galippe expérimentait avec deux organismes aérobies isolés de la pyorrhée; Miller inoculait le pus même de la pyorrhée humaine; les autres auteurs utilisaient soit le pus, soit les cultures de pus en bouillon. Toutes ces tentatives, au témoignage de leurs auteurs, sont restées infructueuses.

Notre expérience personnelle nous incline à penser que



la prédisposition morbide de l'organisme constitue une condition *sine qua non* dans le déterminisme de la pyorrhée classique, polyarticulaire, à évolution lentement progressive. La part de l'élément microbien, spécifique ou non, n'en demeure pas moins importante. Cependant nous connaissons des états pyorrhéiques qui s'installent en l'absence d'une prédisposition particulière du sujet, qui demeurent localisés et n'offrent point de tendance à se généraliser. C'est cette forme de pyorrhée que nous avons pu réaliser dans les expériences qui suivent.

Au cours de nos recherches sur le rôle des anaérobies dans les suppurations de la cavité buccale et, en particulier, dans la pyorrhée alvéolaire, nous avons isolé un certain nombre de germes, les uns déjà connus, d'autres que nous n'avons pu encore identifier. En étudiant l'action pathogène de quelques-uns de ces organismes, il nous a paru intéressant de rechercher si l'inoculation des mêmes germes sous la peau et dans les gencives engendrait, dans les deux cas, des réactions uniformes. A cet effet, nous avons adopté le procédé suivant : chaque animal (lapin ou cobaye, principalement le lapin) recevait simultanément deux injections d'un germe à déterminer : l'une sous-cutanée (région abdominale), l'autre intragingivale (entre le collet de la dent et la gencive, dans les fibres du ligament). Nous avons pu, de la sorte, observer une différence marquée dans l'évolution des phénomènes.

Les injections sous-cutanées sont restées, pour la plupart, sans effet local appréciable. Dans un seul cas, nous avons observé la formation d'un abcès au point d'inoculation, évoluant lentement avec minimum de phénomènes aigus. Dans la cavité buccale, au contraire, les inoculations furent toujours suivies d'accidents inflammatoires aigus, accompagnés de suppuration, tantôt sous forme de collections circonscrites (abcès), tantôt affectant le type clinique de la pyorrhée alvéolaire. Sur 8 lapins inoculés, 2 présentaient des abcès profonds de la gencive, 2 des suppurations marginales ayant guéri en quelques semaines, les 4 autres

offraient l'ensemble symptomatique net de la pyorrhée chronique : congestion et tuméfaction de la gencive, écartement des dents, suppuration intarissable. La pression exercée sur la gencive fait sourdre une petite quantité de pus.

Quatre organismes anaérobies furent inoculés : le *Staphylococcus parvulus* de Veillon, un petit Vibrion du type *Repaci B.* et deux Bacilles non identifiés : l'un, isolé de la pyorrhée humaine, Bacille Gram négatif, donnant des spores ovalaires, unipolaires, aspect de baguettes de tambour ; l'autre, isolé d'un abcès alvéolaire d'origine dentaire, Bacille Gram positif ayant de nombreuses analogies avec le *B. diphtéroïde* (Jungano). Le cas le plus typique de pyorrhée a été réalisé par l'inoculation du *Parvulus*. C'est, d'ailleurs, l'organisme que nous avons constamment trouvé en culture, dans 12 cas de pyorrhée étudiée. A côté de la suppuration habituelle dans cette affection, nous vîmes apparaître une de ses fréquentes complications : l'abcès alvéolaire. L'animal, inoculé le 19 mai, a succombé, le 14 novembre, à une maladie intercurrente. La portion atteinte du maxillaire, débitée en coupes, fut soumise à l'examen microscopique ; elle a fourni les indications consignées ci-après. Disons tout de suite que nous y avons reconnu les lésions caractéristiques de la pyorrhée alvéolaire.

L'inoculation du Vibrion (trouvé dans 7 cas de pyorrhée sur 12) et du bacille à spores, 3 fois sur 12, a donné des résultats cliniques non moins nets. Nous venons de sacrifier un de ces lapins, inoculés au commencement de septembre, en vue d'une étude histologique.

L'inoculation du bacille isolé de l'abcès alvéolaire a provoqué des symptômes pyorrhéiques plus atténués.

Une conformation anatomique, particulière aux lapins, nous a paru favoriser le développement du processus pathologique. Chez cet animal, à la mâchoire inférieure, la gencive est souvent détachée du collet de la dent, formant un cul-de-sac favorable à la rétention des agents infectieux. L'examen du pus nous a montré que le microbe inoculé dis-



paraissait rapidement ; il est bientôt remplacé par une flore polymicrobienne, moins riche et moins variée, cependant, que dans la pyorrhée humaine. Il importe d'ajouter que nous n'avons rencontré ni Amibes, ni Spirilles.

L'étude des pièces dont il a été question ci-dessus nous a permis de reconnaître des lésions anatomiques, exactement superposables à celles que nous avons décrites dans la pyorrhée humaine et canine. Les altérations intéressent toute la région alvéolaire externe, la gencive, l'alvéole, le ligament, la surface dénudée de la racine. La fibro-muqueuse est le siège d'une notable infiltration leucocytaire, plus marquée à mesure que l'on remonte vers le bord libre ; par endroits, la zone marginale est méconnaissable. La couche malpighienne, très hypertrophiée, s'invagine, s'enfonce dans les tissus sous-jacents, longe la paroi externe de la poche suppurante et tend à circonscrire le processus par une enceinte de défense continue. Sur certaines coupes, cette enceinte est partiellement détruite, et le travail d'envahissement se poursuit. La paroi alvéolaire externe est détruite sur une certaine hauteur, facile à apprécier, par comparaison avec la paroi alvéolaire interne, demeurée intacte. La destruction semble ici plus brutale que dans l'évolution ordinaire de la pyorrhée. Des fragments d'alvéole, sous forme de séquestres, sont englobés dans le tissu ambiant, où s'accomplit un processus actif de résorption. La membrane périodontaire a disparu, depuis les fibres du ligament annulaire, jusqu'au fond de la poche où s'arrête l'organisation défensive du tissu malpighien. Au delà de ce point, elle est légèrement infiltrée ; plus profondément, on retrouve sa structure normale. Enfin, la surface de la racine est légèrement entamée.

---

## REVUE DES REVUES

### INLAYS D'OR COULÉ

Par F. BAUCHERT, d'El Paso (Etats-Unis d'Amérique).

(Suite et fin.)

*Mise en revêtement du moulage.* — Mettre dans un petit bol de caoutchouc un peu plus d'eau qu'il n'en faut pour malaxer, en y ajoutant la matière de revêtement sous une forme non compacte en quantité moindre qu'il n'en faut pour absorber l'eau. Quand l'eau a pénétré dans cette matière, en chassant l'air qui y était contenu, je jette l'excès d'eau et mélange complètement pour obtenir une masse homogène, en chassant toutes les bulles d'air restantes. Je frappe le bol sur l'établi plusieurs fois, rapidement et sèchement, pour amener à la surface les petits globules d'air. A ce moment, le mélange doit avoir une consistance permettant de le verser du bol par une secousse légère. Eviter un mélange trop clair ou trop épais, pour que la matière de revêtement ne craque pas. Le cylindre de coulée étant placé sur une plaque de verre, je verse la matière de revêtement dans cet anneau, à l'inverse des instructions des fabricants, en le remplissant jusqu'au bord. Après avoir tenu le moulage de cire quelques secondes dans l'eau courante, pour que la matière de revêtement prenne plus rapidement, je plonge un petit pinceau en poil de chameau dans l'eau, puis dans la matière de revêtement qui reste dans le bol, et j'en badigeonne le modèle de cire. Tout d'abord, le revêtement n'adhère pas promptement, mais en quelques secondes il prend, et l'on peut envelopper complètement le modèle, en évitant qu'il ne se forme des poches pendant l'opération. Placer ce modèle de cire dans le revêtement de l'anneau, en abaissant celui-ci graduellement. Je l'enfonce à la profondeur voulue et je le laisse prendre, ce qui demande une demi-heure. A partir de ce moment, je ne m'occupe pas du temps qui s'écoule raisonnablement ; si je juge à propos d'attendre jusqu'au lendemain, je le fais et ne trouve pas de différence appréciable. A dater de cet instant, je laisse à mon assistant le soin de sécher, de chauffer avant de couler, de refroidir et de couler. Quelques indications sont toutefois nécessaires. Pour enlever le cône, je tiens le haut quelques secondes à la flamme, mais pas assez longtemps pour fondre la cire molle du



fond du cône (ne jamais employer de la cire dure ou de plaque-base ou du composé à modeler), je dégage le cône avec l'ongle de mon pouce, le fond venant généralement avec la cire molle et laissant une tige très nette dans le revêtement. Je chauffe alors rapidement à une flamme Bunsen les mors d'une pince, je saisis solidement la tige qui fait saillie, et je la tiens solidement jusqu'à ce que la chaleur se soit transmise au modèle de cire investi suffisamment pour qu'il s'ammollisse au point de contact avec la tige. Je tourne l'épingle pour relâcher la prise de l'investissement et je la retire en laissant parfaitement uni et dégagé de toute saillie le trou qui conduit au modèle. Les tiges faites avec de grosses épingles sont en laiton, nickelées et bien polies. En découpant les épingles en tiges, arrondir les extrémités sur une meule fine sur le tour d'atelier ou avec un disque sur le tour dentaire.

*Séchage du modèle.* — Placer l'anneau avec le moule investi sur le côté au-dessus d'une flamme faible à l'intérieur de la moitié fermée d'un moufle ordinaire, de manière que la flamme frappe le fond du moufle d'un côté de l'endroit sur lequel l'anneau est placé, pour ne pas avoir trop de chaleur au début. La chaleur initiale doit être très graduelle, et l'on doit laisser le temps au revêtement d'abandonner son excès d'humidité et, de cette façon, le moule se déformera le moins possible.

S'il est chauffé rapidement, le moule se contracte et craque avec certaines formes de coulées, et l'or parfois coule dans les plus minuscules fentes.

Je laisse s'écouler une heure pour ce chauffage initial, si les coulées sont simplement occlusales et ne sont pas trop grandes ; mais avec de grandes coulées proximales et mésio-occluso-distales, 2 heures sont nécessaires. On tourne l'anneau en partie de temps en temps. Après ce chauffage initial, on tourne la flamme, de façon que le fond entier du moufle soit couvert et qu'elle monte autour des bords ; on laisse environ 2 heures au minimum à cette température, en tournant l'anneau de temps en temps pour égaliser le séchage. Quand ce minimum est écoulé, je ne me préoccupe pas du temps, je laisse quelquefois un jour entier et j'obtiens des coulées parfaites. Si la chaleur initiale est donnée soigneusement je ne crois pas qu'un chauffage ultérieur leur nuise moins ; il les améliore au contraire quand elles sont très grandes. Bien entendu je ne parle pas de chaleur excessive.

Quand je suis prêt pour la coulée, je place l'anneau dans un bloc d'amiante servant uniquement à cela. Si c'est un bloc dans lequel du borax a été mis pour fondre de l'or, et qu'une partie de ce borax adhère à l'extrémité plane de l'anneau à couler,

l'adaptation au récipient sera entravée et la coulée ne réussira pas, car une adaptation parfaite est nécessaire avec le système du vide. La large flamme du chalumeau est alors lancée sur l'anneau entier, l'enveloppant complètement, mais il faut avoir soin de chauffer graduellement et également, en tournant l'anneau de temps en temps. Je continue cette opération jusqu'à ce qu'un rouge cerise se montre dans le trou de la tige, alors j'arrête la flamme, et je laisse l'anneau dans le bloc d'investissement jusqu'à ce qu'il soit froid.

*Coulée.* — Quand l'anneau investi est froid, je le place dans le récipient de l'appareil à couler, d'où l'air a été chassé, puis j'ouvre la soupape et je vois si l'adaptation de l'anneau est parfaite et si l'air ne se précipite pas uniquement par le revêtement.

Je place alors le lingot d'or pur dans le creuset et je chauffe le plus rapidement possible avec la flamme la plus chaude (non en forme de petite épingle) jusqu'à ce que l'or soit fondu et soit devenu blanc et branlant, j'ouvre la soupape et l'or est coulé.

Pendant cette opération, le revêtement entourant la cavité du modèle n'a pas été chauffé suffisamment pour retarder la solidification de l'or presque aussitôt qu'il le touche. Je crois que par ce moyen je réduis la contraction de l'or au minimum et la seule contraction qui se produise après la solidification de l'or est celle qui est naturelle à l'or lui-même et qui a lieu entre les températures de l'or refroidi et le point atteint juste avant sa fusion, contraction si petite qu'elle est négligeable pour entraver l'adaptation d'un inlay. Essayer d'empêcher cette contraction dans l'or pur serait simplement essayer de changer les lois naturelles.

Mes meilleurs résultats ont été obtenus en empêchant la contraction, car j'ai constaté deux phases distinctes de contraction : 1<sup>o</sup> celle qui est entre l'or fondu et l'or solidifié, quand il est à sa température maxima et immédiatement après le processus de congélation ; 2<sup>o</sup> celle qui est entre cette dernière température et le moment où il est froid. Dans la première phase, la contraction est énorme ; dans la seconde, extrêmement faible. Nous pouvons arrêter la première quant à ses effets sur le diamètre de la pièce coulée, mais nous ne pouvons rien contre la seconde. Avec ma méthode, la contraction longitudinale de la coulée d'or dans les cavités mésio-occluso-distales pendant la 2<sup>e</sup> phase est presque toujours avantageuse à l'adaptation de l'inlay.

Si, en enlevant la pièce coulée, on a obtenu un inlay parfait, on trouve généralement dans cette pièce un grand trou immédiatement auprès du point de jonction de la tige et du modèle de cire ; plus ce trou est grand en proportion de la dimen-



sion de la pièce, plus l'ajustage de l'inlay sera parfait, ce qui montre que la contraction survenant pendant la solidification a été plus parfaitement maîtrisée. Cela est basé sur les lois naturelles appliquées à la physique.

D'autre part, l'existence de ce trou ne prouve pas que la contraction de la pièce coulée a été empêchée, car il peut résulter d'autres causes et représenter une partie de la contraction de solidification se produisant dans le lingot ou l'excès d'or. Les principes des machines à pression et centrifuge sont en défaut, suivant mes déductions.

Ce trou peut aisément être bouché d'abord en mettant dedans avec un instrument pointu un peu d'eau boratée en faisant chauffer jusqu'au point de fusion du borax, puis avec de petits morceaux ou de la limaille de soudure à 22 carats. En ne chauffant pas le borax ainsi, la soudure peut être rejetée du trou en chauffant et couler aux endroits où il ne convient pas. Se servir d'une flamme Bunsen ajustable, grande et totalement bleue, et qui ne soit pas également chaude en tous les points pour éviter la fusion possible des bords délicats.

Placer immédiatement la pièce coulée chaude dans de l'acide sulfurique dilué, en ayant soin de ne pas endommager les bords ; si possible se servir de pinces à pointes en platine iridié, car si elles sont en acier et si elles touchent l'acide, l'inlay prendra sans doute une teinte de fer, qu'on peut toutefois faire disparaître en rechauffant la pièce coulée au rouge et en la plongeant dans le même acide, en évitant de toucher de nouveau l'acide avec ces pinces qui doivent être entièrement débarrassées de l'acide par un lavage à l'eau avant de s'en servir pour la seconde fois.

Si des morceaux de revêtement adhèrent à la pièce coulée après le lavage avec une brosse dure, en rechauffant, en plongeant dans l'acide et en répétant l'opération, on l'enlève généralement.

Examiner alors s'il y a de petits globules d'or sur les faces intérieure et extérieure, les enlever dans le premier cas par un excavateur à cuiller, dans le second avec un ciseau tranchant. Ces petits globules peuvent être évités si l'on a soin, en investissant le modèle, de s'assurer que la matière de revêtement est exempte de globules d'air et qu'il ne s'en est pas formé pendant le revêtement ; toutefois cela n'a pas d'importance.

*Adaptation de l'inlay à la cavité.* — Séparer avec la pince coupante l'inlay du bouton, en laissant 3 mm. du coulage d'or encore attaché à l'inlay, comme moyen de contention, quand on essaye la pièce coulée, qui doit s'adapter au premier essai, et s'assurer qu'elle est convenablement placée. Je prends deux instruments à long manche à pointe émoussée, j'en place un à un point cen-

tral de l'inlay, et mon assistant frappe cet instrument avec un maillet à aurifier ; je place l'autre sur un autre point de l'inlay pour aider à se tenir abaissé pendant la mise en place initiale. Je maintiens alors en bas avec le premier instrument sans modifier la position de celui-ci, puis je place la pointe du 2<sup>e</sup> instrument alternativement sur diverses projections de l'inlay et chaque fois je le frappe de quelques coups légers. Les effets de ces coups permettent de dire si l'inlay est bien en place ; on élimine ainsi tout mouvement de bascule et l'on place parfaitement la pièce coulée. Cette opération aplatit les globules microscopiques ou les élévations des bords dues au creusement des rainures de rétention.

En cas de coulées mésio-occluso-distales, je place un instrument sur chacun des bords occluso-proximaux, en inclinant les instruments à des angles tels que la force des coups soit dirigée vers la masse de la dent, en maintenant vers le bas sur les deux instruments en les frappant successivement de quelques coups légers. Ordinairement ceci met la pièce coulée en bonne position.

J'enlève alors la partie restante de la pièce coulée due au trou de la tige avec des pinces à mors tranchants et j'enlève la légère proéminence restante avec une fraise à finir convenable et humide. Cette fraise, bien maniée, enlève rapidement l'excès d'or sans déranger la pièce coulée et sans léser les bords délicats.

J'examine alors la cavité soigneusement pour voir s'il reste des points de carie ayant passé inaperçus ou laissés intentionnellement pour éviter des entailles ; je les enlève, s'il en reste.

Si le plancher de la cavité a été couvert ou si les entailles ont été remplies de ciment, je prends une fraise ronde d'un diamètre convenable, je détache une mince couche de ciment pour enlever tout dépôt ayant pu se former et je pratique une rainure correspondant autant que possible à celle creusée dans la pièce coulée. Cela rend la surface propre pour l'adhérence du ciment et donne une rétention pour l'inlay.

Je mets la pièce coulée dans l'alcool pur et j'enlève avec mes précelles, je la porte dans la flamme de la lampe à alcool, et je laisse l'alcool brûler.

Après cela je ne touche à la pièce coulée qu'avec des précelles.

Je sèche la cavité complètement et m'assure qu'il n'y a pas de bords humides, tandis que mon assistant malaxe le ciment. Le ciment malaxé et à la consistance voulue, je prends l'inlay avec les précelles et je le fais glisser le long de la baguette à malaxer dans le ciment, en le retirant plusieurs fois jusqu'à ce que la surface de la cavité de l'inlay soit complètement revêtue. Cette opération écarte tout danger de poches d'air. Je prends alors un petit brunissoir à bouche pour porter dans la cavité une quantité



convenable de ciment en l'insérant d'un côté et je l'étale graduellement d'abord sur les parois pour éviter la formation de poches d'air, on continuant jusqu'à couverture complète de la surface de la cavité. Je prends l'inlay avec des précelles, je le mets en position convenable et je l'y assujettis avec le maillet, si c'est nécessaire.

Si l'inlay a une tendance à se relever quand cesse la pression exercée sur lui, l'enlever rapidement et ne pas essayer d'y remédier, car une poche d'air s'est formée et le ciment à cette phase est impropre à remanipulation. Après enlèvement laver le ciment de la pièce coulée immédiatement, en répétant l'opération depuis le début comme je l'ai indiqué.

Si l'on ne peut employer des rouleaux d'ouate ou des serviettes avec sécurité absolue, recourir à la digue, mais éviter tout échec ultérieur en introduisant l'inlay dans une cavité qui n'est pas absolument sèche, la plupart des insuccès étant dus à cette cause, quand ce n'est pas à une coulée défectueuse.

Laisser quelques minutes l'inlay avec les bords couverts de l'excès de ciment jusqu'à ce que la prise initiale ait eu lieu, puis enlever cet excès. Laisser l'inlay jusqu'à une prochaine séance pour le finissage final. Si la technique qui précède a été suivie minutieusement, il n'y aura que des bords microscopiques de ciment suivant le contour de l'inlay, qu'il est aisé d'enlever.

*Finissage.* — Quand le patient revient, l'inlay est en état de supporter la force nécessaire à son achèvement sans crainte d'enlèvement de l'inlay. Je prends alors un *scaler* avec pointes convergentes en forme de V et je le passe autour des bords de l'inlay, en enlevant tous les bords fins de ciment exposés à la vue. Cette opération enlève également le bord fin qui n'est pas visible à l'œil nu.

L'inlay a alors un débordement microscopique des bords à leur ligne de contact avec le tissu de la dent exposé, et ce bord peut aisément être bruni sur place par un instrument convenable, en scellant complètement tout accès d'humidité au ciment enfermé.

Je finis la surface de l'inlay avec des fraises à finir; en opérant sur les bords, avoir toujours le contact actif de la fraise tournant en dehors, car ces fraises brunissent et coupent en même temps. Elles peuvent être mues en arrière presque avec autant d'efficacité.

Je n'emploie jamais de pierres, parce qu'elles coupent l'émail de la dent, tandis que ces fraises ne l'endommagent pas, car elles coupent l'or, aisément et également et se refusent à couper l'émail quand elles arrivent à son contact et l'on peut dire immédiatement, au toucher, quand cette phase est atteinte. Ces fraises servent également de brunissoirs.

(*Dental Summary*, octobre 1918.)

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mai 1919.

#### Structure de l'ivoire ou dentine.

Par le Prof. ED. RETTERER.

Si l'on continue à discuter sur la structure de l'ivoire, c'est que les méthodes usuelles sont insuffisantes et incomplètes. L'étude de l'ivoire est fort délicate ; la grande difficulté tient au fait que la partie amorphe possède pour les matières colorantes à peu près les mêmes affinités que la masse ou trame figurée.

En appliquant aux dents les procédés qui m'avaient<sup>1</sup> réussi dans l'étude du tissu osseux et, en les modifiant selon les circonstances, j'ai observé les images suivantes. Dans cette note, je parlerai exclusivement de celles du chien que j'ai étudiées sur des coupes épaisses de 5 ou 6  $\mu$ .

A. *Hématoxyline à l'alun.* — Examinées dans l'eau, les coupes de l'ivoire faites perpendiculairement à la pulpe montrent une *substance fondamentale* sous la forme d'une série de cordonnets prismatiques séparés par des espaces plus clairs dont le centre est occupé par la fibre de Tomes. A la surface des cordonnets se trouve un revêtement hématoxylinophile qui a des contours barbelés, ainsi que la fibre de Tomes. Les pointes ou prolongements latéraux de cette fibre et du revêtement hématoxylinophile des cordonnets se prolongent aussi bien dans les cordonnets que dans les espaces intercordonnaires et donnent à l'ensemble l'aspect d'une fibre musculaire striée<sup>2</sup>. Les espaces intercordonnaires diminuent de largeur de la pulpe vers la surface externe de l'ivoire, tandis que l'épaisseur des cordonnets augmente dans le même sens.

B. *La fuchsine-résorcine* fait apparaître un trait noir dans le revêtement hématoxylinophile de la surface des cordonnets et de leurs branches ; ce revêtement est donc en partie élastique (*gaine de Neumann*).

---

1. Voir *Journal de l'Anatomie*, etc., 1905, p. 564.

2. Cette structure explique l'apparence que présente l'ivoire traité par l'eau régale ; c'est là un « aspect particulier, dit Choquet, rappelant en tous points l'aspect des fibres des muscles striés ».



C. *Le bleu de toluidine* produit dans l'ivoire des images analogues à celles qu'il donne dans l'os (*loc. cit.*, p. 571, fig. 2 et 3). Du revêtement hématoxylinophile des cordonnets partent des prolongements qui se colorent en bleu et qui forment, en s'anastomosant avec leurs congénères, un réticulum d'une régularité pour ainsi dire mathématique. Ils s'étendent également à travers les espaces intercordonnaires; mais le réticulum de ces derniers contient un hyaloplasma non calcifié. En se prolongeant sur plusieurs cordonnets voisins et les espaces intermédiaires, les rameaux latéraux constituent et figurent de longues fibres perpendiculaires aux cordonnets. Sur des coupes non colorées, v. Ebner a aperçu ces fibres qui seraient de nature collagène; en réalité, ces fibres ou fibrilles sont les rameaux latéraux de la fibre de Tomes, et, comme cette dernière, elles sont granuleuses et hématoxylinophiles. De plus, elles sont anastomosées entre elles, ce que ne font point les fibres collagènes. Autre fait qui est contraire à l'hypothèse de v. Ebner: chacun sait que les fibres collagènes du tendon ou du derme ne se laissent pas débiter en coupes sériées après éclaircissement dans le xylol et inclusion dans la paraffine. L'ivoire, au contraire, se coupe très bien, après le même traitement; il ne saurait donc être formé de fibres collagènes.

D. Les procédés précédents ne définissent pas suffisamment les connexions des éléments. Voici la technique qui m'a permis de monter dans le baume les préparations colorées à l'hématoxyline: 1° mordantage des coupes dans une solution aqueuse contenant 3 ou 4 0/0 de perchlorure de fer; 2° coloration pendant 6 à 12 heures par l'hématoxyline dissoute dans l'eau; 3° décoloration ou différenciation dans de l'eau additionnée d'une douzaine de gouttes d'acide picrochlorhydrique. Après lavage dans l'eau courante, on déshydrate et on éclaircit dans le xylol phéniqué, puis on monte dans le baume.

La fibre de Tomes et ses rameaux teints en noir figurent une trame réticulée. Les rameaux latéraux, distants les uns des autres de 1 ou 2  $\mu$ , segmentent régulièrement les cordonnets et les espaces intercordonnaires; l'hyaloplasma des cordonnets est calcifié, celui des espaces intercordonnaires ne l'est point. Plus on se rapproche de la surface externe de la dentine, plus le cordonnet calcifié s'épaissit aux dépens du tissu réticulé non calcifié qui entoure la fibre de Tomes.

Par la macération, on détruit la fibre de Tomes et le tissu réticulé non calcifié qui l'entoure; c'est ainsi qu'on crée les tubes ou canalicules dentaires plus larges du côté de la pulpe que vers la surface externe de l'ivoire. Les vides (*tubes* ou *canalicules* de la

dentine macérée) correspondent aux portions non calcifiées de la dentine fraîche et fixée.

A qui veut vérifier *grosso modo* l'exactitude de ma description sans passer par les manipulations délicates de coupes et de coloration, je conseille de procéder de la façon suivante : On casse une dent en long avant de la fixer, puis on la colore au bleu de toluidine et on la lave au tanin ; ensuite on lime la surface cassée à aspect rugueux ou soyeux, de telle sorte que les aspérités de la lime entament les cordonnets de l'ivoire parallèlement à leur grand axe. Les fragments qui se détachent sont reçus sur une lame de verre et examinés tels quels, ou bien montés après déshydratation dans le baume. Les cordonnets montrent un réseau coloré en bleu intense.

*Résultats et critiques.* — La dent était, pour Aristote, une « espèce d'os ». Cette opinion fut partagée par la plupart des anatomistes, et, en découvrant les canalicules de l'ivoire, Leeuwenhoek sembla confirmer cette analogie. Cependant Duverney, puis Cuvier, voyant l'ivoire apparaître sur une papille molle et vasculaire et se déposer en couches superposées, pensèrent qu'il résultait de la transsudation et de la consolidation d'un fluide exhalé par le noyau pulpeux ou papille. D. de Blainville rapprocha à cet égard les dents des poils, des ongles et des cornes et en fit des *phanères*.

Bien que John Tomes découvrit la fibre qui porte son nom, quoique Neumann eût montré l'existence des gaines élastiques, la structure de la dentine a continué à rester obscure.

Pour les uns, c'est une masse homogène et calcifiée ; pour les autres elle est granuleuse, mais ils oublient de dire si ce sont les grains ou le ciment intergranuleux qui sont calcifiés. D'autres encore lui attribuent une structure fibrillaire et les fibres seraient de nature collagène ou conjonctive ; mais ils diffèrent sur le siège du dépôt calcaire : certains admettent, avec R. Krauss, que les fibres collagènes sont calcifiées elles-mêmes, tandis que la plupart se rangent à l'avis de V. v. Ebner qui prétend que ce ne sont point les fibrilles collagènes qui sont calcifiées, mais uniquement le ciment interfibrillaire. C'est sur les coupes de dents faites à la scie ou décalcifiées que ce dernier histologiste<sup>1</sup> a vu, en 1875, à l'examen dans l'eau et sans colorer les éléments, des fibres perpendiculaires aux canalicules dentaires et s'entre-croisant en divers sens.

Les prétendues fibrilles collagènes de V. v. Ebner ne sont que

---

1. Voir l'index bibliographique in Walkhoff. *Die normale Histologie mensch. Zähne*, 1901.



les ramuscules latéraux de la fibre de Tomes ; elles sont granuleuses, anastomosées et non entre-croisées comme le pensait cet histologiste. Andresen et Walkhoff les ont entrevues, sans en comprendre, il est vrai, les connexions et la nature. Des coupes de dentine macérée, des coupes de dentine fraîche et non colorée ou des coupes trop épaisses ne donnent que des images trompeuses en ce qui concerne la structure. Pour pénétrer au delà des apparences, il faut des coupes très fines et colorées de façon élective. Au lieu de faire l'analyse histologique, on s'en est tenu jusqu'à présent aux détails descriptifs et aux microphotographies qui ne donnent que des tableaux en trompe-l'œil. Pour faire progresser nos connaissances, il ne suffit pas, en effet, de reproduire un fouillis de fibrilles et de tubes, il est nécessaire de donner une explication rationnelle des divers éléments qui constituent la dentine.

La dent macérée confirme la réalité de la structure que je décris à la dentine fixée et colorée, car les images superposées de l'une et de l'autre sont, je le répète, identiques. La trame figurée est représentée par les fibres de Tomes et leurs rameaux latéraux. Quant à l'hyaloplasma qui en remplit les mailles, il est calcifié dans les cordonnets et non calcifié dans les espaces intercordonnaires. Aussi disparaît-il dans ces derniers par la macération ; d'où l'apparition des canalicules dentaires. Cet hyaloplasma intercordonnal continue à se calcifier de la pulpe vers la surface externe de l'ivoire ; c'est là ce qui explique l'épaississement que subissent les cordonnets dans le même sens.

En un mot, la dentine est non seulement structurée, mais elle se modifie en évoluant à partir de la pulpe jusqu'à la surface externe. Tout en possédant un réticulum plus régulier, l'ivoire d'une dent correspond, au point de vue morphologique et structural, à la moitié d'une lamelle osseuse comprise entre deux rangées de cellules osseuses, mais ayant pris un développement gigantesque.

(*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, n° 14, 1919.)

---

*Séance du 24 mai 1919.*

### **Histogénèse de l'ivoire ou dentine.**

Par le prof. ÉD. RETTERER.

Appliquant à la dent la méthode que j'ai décrite dans une note antérieure, j'ai obtenu les résultats suivants pour ce qui est

du développement de l'ivoire ou dentine de chiens jeunes. Pour cette étude, il est nécessaire, en raison de la petitesse des éléments, de prélever, au rasoir, dans chacune des couches ou zones, des morceaux d'une étendue de quelques millimètres et de les débiter, en coupes sériees de 4 à 7  $\mu$ . Je prends pour type la canine d'un chien âgé d'un an.

1° *Pulpe ou papille dentaire.* — Le corps de la papille est formé d'un tissu mésodermique réticulé, semblable à celui que j'ai décrit et figuré<sup>1</sup> (complexus de cellules étoilées et anastomosées). Les noyaux sont entourés d'un cytoplasma granuleux qui émet nombre de prolongements granuleux et hématoxylinophiles se subdivisant en ramuscules qui s'anastomosent avec les homologues des cellules voisines pour former un réticulum hématoxylinophile et non collagène. Dans les mailles du réticulum se trouve un hyaloplasma, sans fibres conjonctives. Il s'agit donc d'un tissu conjonctif *jeune*, dépourvu de fibres conjonctives, ce qui explique les faits signalés par Röse, puis O. Zsigmondy qui n'ont pu obtenir de colle ou gélatine avec les papilles dentaires de veau ou de cheval.

2° *Zone odontoblaste.* — A la surface de la papille dentaire se trouvent 3 à 4 rangées de cellules allongées et anastomosées entre elles; leur grand axe est perpendiculaire à la surface de la papille. L'assise la plus externe comprend des cellules longues de 20 à 26  $\mu$  et larges de 5 à 6  $\mu$ . La portion axile de ces cellules ou odontoblastes, qui contient le noyau, n'est large que de 2 ou 3  $\mu$ ; elle est sombre, très granuleuse et très hématoxylinophile. Quant à la portion corticale des odontoblastes, elle est formée de protoplasma réticulé comme le tissu de la papille et constitue une traînée commune avec la portion correspondante des cellules adjacentes.

3° *Plexus hématoxylinophile.* — Les filaments du réticulum cortical et les prolongements hématoxylinophiles de l'extrémité périphérique des odontoblastes deviennent si serrés et si abondants qu'ils finissent par former une membrane très fine, simulant un plateau ou une cuticule à la limite externe des odontoblastes. Kölliker l'a vue et décrite sous le nom de *membranule* et L. Fleischmann l'a dénommée *lamina terminalis interna*.

4° *Zone réticulée à hyaloplasma mou.* — Du plexus hématoxylinophile émanent de nombreux filaments également hématoxylinophiles, qui, à des distances de 2 à 3  $\mu$ , s'étendent de la zone des odontoblastes jusque dans l'ivoire. Sur les coupes, ces filaments radiés figurent les cordes d'une harpe et délimitent des

---

1. *Journal de l'Anatomie*, etc., 1896, p. 267, Pl. V, fig. IV.



intervalles larges de 2 à 3  $\mu$ , mais remplis d'un hyaloplasma très mou et peu colorable. Les filaments radiés sont l'origine des fibres de Tomes; la zone que nous décrivons a une épaisseur de 4, 5 ou 6  $\mu$  seulement.

5° *Zone d'ivoire à hyaloplasma dense, mais non calcifié.* — Epaisse de 20 à 25  $\mu$ , cette zone présente déjà la structure de l'ivoire; mais les sels calcaires y font défaut. Elle se compose, en effet, de filaments hématoxylinophiles à trajet flexueux, distants de 2 ou 3  $\mu$  et de cordonnets intermédiaires. Ces derniers montrent déjà des stries transversales, rameaux latéraux de filaments radiés et de l'hyaloplasma dense alternant régulièrement avec les stries.

6° *Zone d'ivoire en voie de calcification.* — Epaisse de 50 à 60  $\mu$ , cette zone tranche par sa couleur sombre et son avidité pour les colorants basiques sur la zone précédente et l'ivoire définitif. Les filaments radiés ou fibres de Tomes y sont distants les uns des autres de 3 à 4  $\mu$ . Du côté de l'ivoire non calcifié, elle présente une limite ou surface irrégulière, due à des saillies ou globes arrondis en voie de calcification comme si la classification s'avancait de dehors en dedans et d'une façon irrégulière vers la zone non calcifiée.

En devenant définitive, la dentine montre moins d'affinité pour les couleurs basiques.

*En résumé, malgré leurs grandes dimensions, les odontoblastes ne sont que des cellules identiques à celles de la papille. Leur extrémité périphérique se munit de filaments hématoxylinophiles multiples et d'une grande longueur, émettant des rameaux latéraux qui s'anastomosent avec leurs congénères. L'hyaloplasma qui remplit les mailles du réticulum est d'abord mou; ensuite il devient plus dense et finalement il se charge de sels calcaires. La trame de la dentine est plus régulière que celle de la papille et son hyaloplasma plus abondant, finit par se calcifier.*

*Résultats et critique.* — R. Owen, l'un des premiers, a invoqué, vers 1840, l'origine cellulaire de toutes les parties de l'ivoire ou dentine: les parois et les cavités des cellules de la papille se calcifieraient pour constituer la portion dure, et leurs noyaux se mettraient en série et se conjugueraient pour former les canalicules dentaires<sup>1</sup>. Pour Waldeyer (1865), l'odontoblaste se transforme en dentine, tandis que le noyau se résorbe; la fibre de Tomes serait la portion non calcifiée de l'odontoblaste. Disse<sup>2</sup> se ratta-

1. Moagenstern (1895), puis Hoehl (1896) ont reproduit les idées de R. Owen (*Théorie de la conjugation*).

2. *Anatomischer Anzeiger*, t. XXXV, p. 305, 1909.

che à cette manière de voir : de granuleux qu'il était dans le principe, l'odontoblaste devient hyalin.

K. v. Korff<sup>1</sup> conclut de l'examen de ses préparations colorées à la rubine S que la dentine est due à l'épanouissement des fibres conjonctives ou collagènes de la papille dentaire ; les odontoblastes n'auraient qu'un rôle nutritif et calcificateur. La rubine S ne saurait être un colorant spécifique de la fibre collagène, car la papille dentaire ne contient pas de fibre collagène, bien qu'elle se colore par la rubine S. Les publications plus récentes de K. v. Korff nous rendent compte des causes d'erreur de cet histologiste qui ignore totalement les stades évolutifs du tissu conjonctif.

Pas plus que K. v. Korff, V. v. Ebner<sup>2</sup> ne donne l'épaisseur des coupes qu'il a étudiées. V. v. Ebner, tout en ne faisant pas provenir la trame collagène de l'ivoire de la papille dentaire, admet qu'elle est due à l'organisation d'un fluide sécrété par l'odontoblaste. Ainsi, méconnaissant la structure de la papille et employant une technique défectueuse, l'un et l'autre sont arrivés à des résultats qui sont erronés.

Pour voir les détails de structure il faut des coupes minces, ainsi que des colorations électives et définies. Dans ces conditions, on s'assure que la papille est formée d'un réseau de cellules mésodermiques sans trace de fibres conjonctives ou collagènes. Les odontoblastes sont des cellules identiques, plus volumineuses et très riches en cytoplasma granuleux. Ce dernier se différencie, ensuite, à partir de la couche corticale de chaque odontoblaste, en réticulum et en hyaloplasma, identiques au réticulum et à l'hyaloplasma qui existent déjà entre deux odontoblastes contigus. En se condensant, la zone mitoyenne du tissu réticulé donne naissance à la masse d'un cordonnet qui ne tarde pas à se calcifier.

Pareille transformation, qui débute sur la papille, se poursuit dans toute l'épaisseur de la dentine jusqu'à sa surface externe. C'est là ce qui explique l'épaississement des cordonnets et le rétrécissement des espaces intercordonnaires à mesure qu'on approche du ciment ou de l'émail. A la surface des cordonnets, une partie de la trame devient élastique. La présence des fibres élastiques rend suffisamment compte de l'élasticité de l'ivoire, sans qu'il soit nécessaire d'admettre, avec W. Gebhardt (1900), que cette propriété est due « à l'équilibre qui s'établit entre l'inextensibilité des fibres collagènes et à l'incompressibilité de la masse interfibrillaire. »

---

1. *Archiv. für mik. Anat.*, t. LXVII, 1905.

2. *Sitzungsberichte der Wiener Akademie*, t. CXV, 1906, p. 1.



En ce qui concerne l'évolution spéciale des cellules superficielles de la papille dentaire, nous savons que les odontoblastes ne se produisent que dans les régions ou les points où le tissu mésodermique est entouré d'un revêtement épithélial (*bourgeon* ou *calotte* décrite sous le nom d'organe de l'émail). Cette formation épithéliale non seulement délimite l'organe dentaire dont elle représente le moule ; mais, en serrant et comprimant les éléments de la papille, elle modifie leur nutrition et leur évolution de telle sorte que leurs cellules superficielles, ou *odontoblastes*, réagissent à la pression par l'élaboration d'une trame réticulée et d'un hyaloplasma qui ne tarde pas à se calcifier.

(*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, n° 15, 1919.)

## HYGIÈNE

### L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS LES ÉCOLES ET DANS L'ASSISTANCE MÉDICALE

*Un mouvement intéressant de réformes se produit en ce moment en France au sujet de l'hygiène dentaire dans les écoles primaires et dans l'Assistance publique, comme cela a eu lieu en Angleterre<sup>1</sup>.*

*Il s'explique par l'importance qu'a prise l'art dentaire dans les services de santé militaire pendant la guerre.*

*Ce mouvement s'est traduit par :*

*1° Une proposition au Sénat de M. Henri Chéron.*

*2° Une proposition au Conseil municipal de Paris de M. Paul Fleurot.*

*Ces propositions ont fait l'objet d'études de la part des bureaux du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Association générale syndicale des dentistes de France, du Comité national français d'hygiène dentaire et de la Fédération dentaire nationale et provoqué de leur part l'envoi aux pouvoirs publics de trois pétitions, que M. le sénateur Paul Strauss a bien voulu leur transmettre en les appuyant de sa grande autorité en cette matière.*

*La première approuve le projet de M. Chéron ; la deuxième, tout en approuvant le principe du projet de M. Fleurot, proteste contre l'emploi exclusif des stomatologistes.*

*La dernière a été adressée au Ministre de l'Instruction publique pour lui demander l'organisation des services d'hygiène dentaire dans les écoles primaires comme cela existe à l'étranger.*

---

1. Voir *Odontologie* du 30 mars 1919, page 128.



*Nous publierons ces pétitions dans un prochain numéro ; mais nous publions dès maintenant, avec son exposé des motifs, la proposition de loi de M. Henry Chéron.*

C. G.

## LES SOINS DENTAIRES ET L'ASSISTANCE MÉDICALE

N° 259.

SÉNAT. — ANNÉE 1919.

SESSION ORDINAIRE.

(Annexe au procès-verbal de la séance du 13 juin 1919)

### PROPOSITION DE LOI

*tendant à ranger les soins dentaires parmi ceux qui sont protégés par la loi sur l'assistance médicale gratuite.*

Présentée par M. Henry CHÉRON, sénateur.

(Renvoyée à la Commission nommée le 25 mai 1905, chargée de l'examen d'une proposition de loi tendant à modifier les art. 20 et 25 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique).

### EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

Pendant la guerre l'expérience a été définitivement faite des services considérables qui doivent être rendus à l'hygiène et à la santé publique par la pratique de l'art dentaire.

Les chirurgiens-dentistes n'ont pas seulement réparé les conséquences terribles de blessures reçues au feu, ils ont profité de la présence d'un grand nombre d'hommes aux armées pour donner les soins dentaires indispensables à ceux qui les auraient sans doute négligés dans la vie civile.

Il convient que les progrès faits ainsi par la stomatologie portent leurs fruits.

Les personnes appartenant aux classes aisées pourront continuer les soins qui leur ont été donnés, mais celles qui sont privées de ressources s'en trouveront empêchées si le législateur ne vient à leur aide.

Nous avons en conséquence l'honneur de vous proposer de faire rentrer désormais les soins dentaires aux personnes privées de

ressources parmi ceux qui sont accordés par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Il faut que nous soyons bien en retard en matière d'hygiène pour avoir autant négligé dans le passé tout ce qui touche à l'art dentaire. Sans doute la nouvelle prescription de la loi, si vous lui donnez votre approbation, aura-t-elle pour conséquence de vous inciter à organiser sur les bases légales plus complètes le corps des chirurgiens-dentistes et à en favoriser le recrutement. On ne pourra que se réjouir de ce résultat.

En attendant, il n'est pas possible, dans un pays où l'assistance médicale gratuite est instituée depuis plus de 25 ans, de laisser en dehors des soins médicaux et de considérer par conséquent comme superflu tout ce qui s'applique à la dentition, c'est-à-dire à un organe essentiel pour l'alimentation et la nutrition des individus.

C'est dans ces conditions, Messieurs, que nous avons l'honneur de vous présenter la proposition de loi suivante :

#### PROPOSITION DE LOI

Article premier. — Il est ajouté au 3<sup>e</sup> paragraphe de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 15 juillet 1893 un 4<sup>e</sup> paragraphe ainsi conçu :

« Les soins dentaires aux personnes privées de ressources font partie de l'assistance médicale. »

Le paragraphe 4<sup>e</sup> dudit article 1<sup>er</sup> devient le paragraphe 5<sup>e</sup>.

Art. 2. — Le service de l'assistance médicale pour soins dentaires sera organisé dans les conditions prévues par les articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893.

---

#### MAUVAISE DENTITION ET TUBERCULOSE

*La proposition de M. le sénateur Chéron a provoqué dans le Journal de Caen et Progrès du Calvados réunis, du 18 juin, les réflexions suivantes qu'il nous semble à propos de reproduire.*

M. Henry Chéron vient de déposer sur le bureau du Sénat une proposition de loi tendant à ce que les soins dentaires par spécialistes diplômés soient assurés aux indigents et assistés des communes, au même titre que la loi du 15 juillet 1893 leur accorde les soins médicaux. Nous ne saurions trop féliciter notre honorable sénateur de sa clairvoyance de ce qui est si nécessaire à la santé générale de nos populations, un bon estomac conséquence d'une bonne dentition. Le temps n'est pas si loin où l'on considérait un appareil dentaire comme un objet de luxe, accessi-



vement aux riches seuls, et où un indigent ne pouvait songer à faire soigner une dent qu'une carie devait ronger et anéantir en peu de temps. L'institution des soins dentaires aux armées a été trop utile à nos poilus pour que nous ne profitions pas de cette autre petite leçon de la guerre.

La lutte intensive contre la tuberculose est devenue d'actualité en Normandie depuis la visite parmi nous de la mission américaine, de la fondation Rockefeller qui a commencé à semer de bonnes paroles. Le Calvados, dit la statistique, est un des départements qui payent le plus lourd tribut à la tuberculose ; c'est aussi, coïncidence troublante, l'un de ceux où la dentition est le plus mauvais. Or, mauvais estomac, mauvaise alimentation et tuberculose se trouvent très souvent réunis. Ce fait ne doit pas nous surprendre, quand on pense que toute déchéance de l'organisme, toute anémie de longue durée, paralyse la lutte de nos cellules et prépare le terrain favorable à l'éclosion de la maladie. L'estomac et l'intestin étant le laboratoire où s'élaborent nos aliments et où ils se transforment en éléments réparateurs, il n'est pas difficile de concevoir que leur mauvais fonctionnement amène un état qui permet à nos poumons de se laisser envahir par ce néfaste parasite. Un tuberculeux a mis des années à préparer ses bronches à recevoir ce mauvais germe, qui l'a rendu poitrinaire : c'est en mangeant mal, en mastiquant trop sommairement, en digérant péniblement qu'il a acquis son mal. Mais, il y a plus : la continuation de son erreur, de ses fautes contre l'hygiène alimentaire s'oppose à sa guérison : c'est en continuant à s'alimenter ainsi, d'une façon qui s'oppose à la guérison de son intestin malade, qu'il entrave la cicatrisation de ses lésions.

Or, sur-alimentation, principe jusqu'ici intangible, grand mot qui vient encore à toutes les lèvres quand on parle de faiblesse de poitrine, de tuberculose, que de malades as-tu empêché de guérir, alors qu'une simple alimentation rationnelle, l'usage d'une nourriture bien mastiquée, bien digérée et utilisée, aurait permis d'éteindre un mal des plus curables !

Voyez comme elle est vaste de conséquences cette loi qui doit permettre aux enfants, aux jeunes gens, de conserver longtemps leurs bonnes dents, aux édentés, d'améliorer et de guérir leur tube digestif qui souffre.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur cette question palpitante d'intérêt. Mais retenons ceci : la carie dentaire est un signe d'une altération spéciale des humeurs de l'organisme tout entier, un indice de déminéralisation, comme disent les médecins ; la gastro-entérite chronique crée cet état de faiblesse ; la tuberculose trouve chez un homme déminéralisé un terrain des plus propices.

Voilà les grands principes qui servent de base à la future loi Chéron. C'est une loi nécessaire dans la lutte entreprise contre ce mal social qu'est la tuberculose : elle doit passer le plus tôt possible, pour le grand bien de notre France.

Docteur POSTINA.

### PROPOSITION DE CRÉATION DE SERVICES DENTAIRES DANS LES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS

*Nous publions à titre documentaire une proposition de M. Paul Fleurot, conseiller municipal, tendant à créer dans les écoles de la ville de Paris des postes de médecins ophtalmologistes et stomatologistes.*

*Cette proposition, déposée à la séance du 19 avril 1919, a été renvoyée à l'Administration et à la 4<sup>e</sup> commission.*

M. Paul Fleurot. — Messieurs, le Service médical des écoles de la ville de Paris est actuellement confié à des docteurs en médecine qui ont subi avec succès un concours dont le programme comporte des connaissances très approfondies en pathologie infantile et en hygiène scolaire.

Les médecins-inspecteurs chargés de ce service présentent toutes les garanties de compétence désirables et ils peuvent être appelés à jouer un rôle considérable dans la lutte que nous devons soutenir pour assurer le développement physique de l'écolier et combattre toutes les maladies meurtrières de l'enfance.

Dans ce but, vous n'hésitez pas, j'en suis certain, à consentir les sacrifices nécessaires pour que les médecins-inspecteurs reçoivent des honoraires proportionnés à la tâche qu'on est en droit d'attendre d'eux.

Mais l'inspection médicale telle qu'elle fonctionne ne comporte notamment pas de soins aux enfants atteints d'affection des yeux ou de la bouche. Cela me paraît tout à fait regrettable.

Combien de jeunes écoliers ne tirent pas profit de l'enseignement de la classe parce qu'ils ont une mauvaise vision et se trouvent ainsi frappés dès leur jeune âge d'une sorte de tare dont ils supporteront les conséquences pendant toute leur existence ! Combien se voient ainsi condamnés à ne pouvoir embrasser certaines professions, apprendre certains métiers pour lesquels ils ont des aptitudes intellectuelles bien déterminées ! Combien dont la vue est à tout jamais défectueuse, alors qu'il aurait été



si facile de l'améliorer par un traitement approprié et l'usage de lunettes choisies avec soin par un spécialiste !

Combien aussi voyons-nous d'adultes pourvus d'une mauvaise dentition parce qu'une surveillance attentive n'a pas été exercée dans leur enfance sur l'état de leur bouche ! Combien de ce fait se sont mal développés ! Combien ont contracté des affections stomacales ou intestinales !

Le Service de santé militaire a pu malheureusement trop souvent se rendre compte, au cours de cette guerre, de l'exactitude de ces observations.

Aussi conviendrait-il, à mon avis, de compléter l'Inspection médicale par un service scolaire de médecins spécialistes, en particulier pour les yeux et pour les dents.

Ces médecins spécialistes seraient chargés d'examiner les enfants qui leur seraient envoyés des écoles, sur la désignation des médecins-inspecteurs, et de donner à ces enfants des conseils au sujet de leur état.

Des postes de ce genre existent déjà dans les écoles de plusieurs villes de province et de l'étranger. A Paris, il serait urgent de combler une lacune regrettable dans notre administration scolaire.

Je vous demande le renvoi de cette proposition, avec avis favorable, à la 4<sup>e</sup> Commission et à l'Administration pour étude attentive et présentation d'un mémoire au cours de votre prochaine session.

Dans ce but, je vous prie, Messieurs, de voter le projet de délibération suivant, dont je demande le renvoi à la 4<sup>e</sup> Commission et à l'Administration :

« Le Conseil

» Délibère :

» Il sera créé des consultations pour les maladies des yeux et de la bouche dans les écoles de la ville de Paris.

» Ces postes dont le nombre sera déterminé, après une étude de l'Administration, seront confiés à des médecins spécialistes ophtalmologistes et stomatologistes.

» Signé : Paul Fleurot, Calmels, André Payer, Poiry, Louis Lajarrige, Delpech, Alfred Lallement. »

Renvoyé à l'Administration et à la 4<sup>e</sup> Commission.

(*Bulletin municipal officiel* du 3 mai 1919.)

\* \* \*

Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 7 juillet courant, sur le rapport de M. Rebeillard, au nom de la 4<sup>e</sup> commission, a renvoyé à l'Administration :

La pétition de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires

de Paris, de l'A. G. S. D. F., du Comité national français d'hygiène dentaire et de la F. D. N., relative à des questions d'hygiène dentaire scolaire.

Il en a été de même de la proposition de M. le conseiller Fleurot tendant à créer dans les écoles de la ville de Paris des postes de médecins stomatologistes.

---

### UNE LETTRE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

*Le directeur de l'Ecole dentaire de Paris a reçu du directeur de l'Assistance publique la lettre suivante que nous croyons devoir publier.*

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

*Service du Personnel.*

Paris, le 28 mai 1919.

Mon cher ami,

Au moment où la démobilisation rend à l'Assistance publique la plus grande partie du personnel des dentistes des hôpitaux et où, par suite, mon Administration va pouvoir assurer par ses propres ressources ses services dentaires, je ne saurais oublier les précieux services rendus, pendant la durée de la guerre, dans les établissements de l'Assistance par le personnel de l'Ecole dentaire de Paris.

Dans des circonstances souvent difficiles ce personnel a accompli sa tâche avec un dévouement dont je tiens à le remercier au nom des malades des hôpitaux. Je vous exprime tout particulièrement à vous, Monsieur le Directeur, qui vous êtes fait pendant cette longue période l'inlassable et si dévoué collaborateur de l'Assistance publique, mes plus sincères remerciements.

Veuillez agréer, etc.

*Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,*  
G. MESUREUR.

M. le Dr Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris

\* \* \*

*Les Services dentaires des hôpitaux ont été assurés pendant la guerre par des membres du corps enseignant de l'Ecole : MM. Blatter et Pillière à l'hôpital Cochin, MM. G. Villain et Eudlitz à la Salpêtrière, M. Haloua à la clinique Tarnier, la Maternité et l'hôpital Broca, M. Ratoré à Ste-Périne et aux Petits-Ménages.*

*Le Directeur de l'Assistance publique a adressé individuellement à ces praticiens une lettre de remerciements pour la collaboration qu'ils ont donnée à ces services.*

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES RAPPORTS INTERPROFESSIONNELS

Il a paru récemment à Paris un nouveau journal, *le Prothésiste*, que nous avons annoncé dans notre numéro de mai dernier et qui est spécialement consacré à la défense des intérêts des *mécaniciens et mécaniciennes-dentistes et parties similaires*.

Organe officiel du syndicat qu'ils viennent de fonder à la Bourse du travail, ce nouveau journal énumère dans son numéro 4, les principales revendications des mécaniciens, au sujet de leurs droits et des conditions du travail (durée, salaires, apprentissage, etc.).

Les membres de la Commission exécutive du groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France ont examiné dans leurs réunions de juin 1919 la question des rapports des différentes catégories qui composent actuellement la profession et, se basant sur les statuts et règlements de ladite Association, ont tout d'abord adopté, le 20 juin, l'ordre du jour suivant qu'ils recommandent à l'attention des membres de la famille professionnelle tout entière :

« En face des nombreux et difficiles problèmes de l'heure présente qui intéressent au premier chef la profession, et particulièrement à l'occasion des différends qui peuvent surgir entre les chirurgiens-dentistes et leur personnel employé, comme le cas se produit fréquemment à l'heure actuelle dans beaucoup de professions, l'A. G. S. D. F., d'accord avec le groupement de l'E. D. P., la F. D. N. et les Sociétés qui lui sont affiliées et qui appartiennent à toutes les régions de la France, affirme à nouveau l'urgente nécessité de faire tous ses efforts pour maintenir l'union dans les rapports professionnels de tous les éléments qui composent la famille dentaire, conformément à la pensée qui a inspiré ses fondateurs dès sa création en 1879, dans l'élaboration de ses statuts et règlements, et dans toute la politique qu'elle n'a cessé de poursuivre depuis cette époque.

» En conséquence, elle tient à rappeler que sont admis, au même titre, comme membres de l'Association, les chirurgiens-dentistes, les médecins-dentistes et les mécaniciens-dentistes, et, comme pupilles, les élèves des Ecoles dentaires.

» Par suite, elle peut maintenir les bons rapports confraternels entre tous les membres de la profession, en servant d'arbitre volontaire à l'occasion des différends entre les chirurgiens-

» dentistes et leurs employés par l'intermédiaire de sa commission syndicale, ainsi qu'il est prévu par les statuts et règlements (Voir Brochure rouge de 1911, pages 35, 38, 40 et 52 des statuts et règlements) ».

## L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE

*Comme suite à ce que nous avons publié sur cette question dans notre numéro de mars, nous croyons devoir reproduire ci-après la lettre adressée par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris aux ministres de l'Instruction publique et de l'Intérieur et au commissaire général de la République à Strasbourg, au nom de la Société d'odontologie de Paris.*

Paris, 10 juillet 1919.

Depuis le retour à la France de nos provinces reconquises nos confrères alsaciens-lorrains se sont, à différentes reprises, émus des conditions dans lesquelles ils pourront continuer à exercer l'art dentaire dans leur région.

Jusqu'ici cet exercice a été libre en Allemagne, tandis qu'il est régi en France par la loi du 30 novembre 1892.

En vue des mesures à prévoir pour l'avenir, la Société d'Odontologie de Paris, association scientifique de notre groupement, a adopté dans sa séance du 3 juin dernier, la résolution suivante :

« La Société d'odontologie de Paris, laissant aux Pouvoirs publics le soin de trancher les questions de nationalité et de loyalisme des personnes exerçant l'art dentaire en Alsace-Lorraine, et ne s'occupant que des questions d'exercice et d'équivalence d'études, émet le vœu :

» Que toute personne exerçant la profession dentaire en Alsace-Lorraine et possédant le titre de *zahnarzt* jouisse des mêmes droits que les praticiens munis du diplôme français de chirurgien-dentiste ;

» 1<sup>o</sup> Que, par réciprocité, les personnes munies du diplôme français de chirurgien-dentiste aient le droit d'exercice légal en Alsace-Lorraine ;

» 2<sup>o</sup> Que toutes les personnes non pourvues du diplôme de *zahnarzt*, mais pouvant justifier qu'elles exerçaient l'art dentaire en Alsace-Lorraine avant le 2 août 1914, puissent continuer à exercer leur profession dans ces provinces, leur vie durant, par analogie et en accord avec les dispositions transitoires



» de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de l'art dentaire  
» en France ;

» 3° Que des mesures transitoires soient prises en faveur des  
» étudiants en chirurgie dentaire, alsaciens-lorrains régulièrement  
» inscrits, de façon à reconnaître l'équivalence de leurs études  
» dentaires faites en vue de l'obtention du titre de zahnarzt, en  
» tenant compte des conditions actuelles et notamment de la  
» durée des études exigée, d'une part pour le diplôme français  
» de chirurgien-dentiste, de l'autre pour le titre de zahnarzt. »

Dans l'espoir que le gouvernement voudra bien s'inspirer de ce vœu, analogue du reste à celui qui vous fut adressé le 28 février dernier par la Fédération dentaire nationale, nous vous prions d'agréer, etc.

Pour le Conseil d'administration,

Le président,  
Ch. GODON.

Le secrétaire général,  
G. VILLAIN.

### L'AIDE CONFRATERNELLE

*Profitant de son séjour en Amérique, où il remplissait une mission pour le Gouvernement français, notre collègue M. G. Villain s'est efforcé d'intéresser nos confrères américains à l'œuvre entreprise par l'Aide confraternelle. Il eut une longue entrevue avec M. J. W. Beach, président de la Preparedness League of American Dentists, association comptant plus de 25.000 membres et ayant pour but de coordonner les initiatives et les efforts professionnels pendant la guerre. M. G. Villain résuma l'exposé qu'il fit à M. Beach dans une lettre qu'il lui adressa aussitôt et qui fut publiée dans les journaux professionnels d'Amérique. Nous reproduisons ci-après cette lettre, ainsi que l'appel dont l'avait fait suivre le président de la Preparedness League.*

*Dans une lettre reçue récemment M. G. Villain apprenait que plus de 15.000 francs avaient été souscrits en un très court délai à la suite de ces publications.*

New-York, 16 avril 1919.

*A M. J. W. Beach, président de la Ligue de Préparation des dentistes américains.*

Mon cher confrère,

Les dentistes du Nord de la France et de Belgique ont terriblement souffert pendant la guerre. Les Allemands leur ont enlevé tout leur matériel, l'ont transporté en Allemagne ou détruit. Nous avons à secourir la plupart d'entre eux. D'autres dentistes, la moitié des praticiens français, ont quitté leurs cabinets depuis

août 1914 et auront à se refaire une clientèle. Les uns ont été blessés de telle façon qu'ils seront obligés d'employer des appareils spéciaux pour recouvrer leur activité. D'autres sont mutilés et ne pourront plus exercer.

Beaucoup ont été tués, d'autres laissant des enfants dans le besoin. Il nous faut donner à chacun d'entre eux l'aide dont il a besoin. Dans ce but nous avons fondé en France en 1915 une société professionnelle spéciale, l'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre*, qui a déjà recueilli en France plus de 110.000 francs ; mais bien entendu ce n'est là qu'une petite somme en présence des grands besoins que nous prévoyons.

Pour la liberté et l'indépendance du monde, qui sont la cause de tous, nos confrères ont donné leur vie, leurs membres, leur santé, qui constituait souvent tout leur avoir. Ce qu'ils ont donné nous a profité, c'est pourquoi nous ne saurions trop faire pour eux. La France a beaucoup à faire et chaque Français a tellement été éprouvé que nous ne pouvons guère obtenir mieux que ce que nous avons obtenu.

M. Kirk, dans le *Cosmos*, a invité la profession dentaire des Etats-Unis à nous venir en aide. M. Dubeau, au Canada, a fait de même auprès des Canadiens français. Si vous voulez faire quelque chose à cet égard dans la *Preparedness League of American dentists*, vous vous honorerez et vous honorerez la profession. Un certain nombre de victimes de la guerre dans notre profession ont des besoins immédiats. D'autres peuvent attendre, car en France la démobilisation s'opère lentement et graduellement.

Pour cette raison on peut réunir des fonds de deux façons : ceux qui peuvent donner immédiatement tout ce qu'ils considèrent être leur quote-part ; ceux qui veulent échelonner leurs versements en s'engageant par écrit à donner chaque année une somme déterminée pendant 5 ans, obligations négociables dans des banques. Ceux qui ne peuvent donner d'argent peuvent offrir du matériel ; on a besoin de tout.

Le matériel permettra aux victimes professionnelles de la guerre de recommencer à exercer et sera rendu à l'*Aide confraternelle* aussitôt que le bénéficiaire pourra en acheter. Ce matériel sera alors remis à un autre dentiste ayant besoin de rouvrir son cabinet dans la ville où il pratiquait avant la guerre, et qui, ayant été plus ou moins endommagée, sera alors suffisamment rebâtie. Rappelez-vous qu'un Français aime « son village » et y retourne toujours.

Vous pourrez également obtenir le prêt, la vente ou le don d'une partie du matériel transportée au delà de l'Océan par



l'armée et la marine des Etats-Unis, ce qui nous aiderait et gagnerait du temps. Je vous enverrai des exemplaires des statuts de l'*Aide confraternelle*. Les fonds peuvent être envoyés au trésorier de la Société, M. Fontanel, 1, rue Vercingétorix, Paris.

Je suis prêt à vous donner tous autres renseignements qui pourraient vous sembler utiles. En vous exprimant à l'avance ma gratitude pour ce que vous ferez, je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes sentiments confraternels les meilleurs.

G. VILLAIN.

\*  
\* \*

### Notre devoir.

*Appel de M. J. W. Beach, président de la Preparedness League of American Dentists à nos confrères d'outre-Atlantique publié dans le Dental Cosmos de mai 1919.*

Au début de l'automne dernier le Président de la Ligue écrivit aux dentistes militaires américains en France pour être renseigné sur la situation des dentistes des régions dévastées, mais ne put obtenir d'indications précises, si ce n'est du capitaine Blake Sears, qui a signalé des cas exigeant l'assistance de la profession dentaire des Etats-Unis et du Canada.

Dans un rapport partiel M. Sears déclare que ces confrères ont grand besoin d'être aidés et il approuve pleinement notre action à cet égard. La question a été signalée à M. G. Villain, qui appuie le mouvement et désire collaborer avec nous. Il est l'un des fondateurs à Paris de l'*Aide confraternelle*, société qui a pour but d'accomplir cette œuvre. Les fonds recueillis sont épuisés et le moment est venu pour nous de montrer notre esprit de confraternité en rassemblant des souscriptions et en envoyant à cette Société du matériel qu'elle emploiera au mieux des besoins.

Dans un article publié en janvier 1918 dans le *Dental Cosmos* par le Dr Kirk, un chaleureux appel a été adressé à la profession des Etats-Unis, mais n'a donné que de maigres résultats. Nous recommandons à nos confrères de relire cet article, maintenant que les hostilités ont cessé et que nous nous occupons de tout remettre en état.

Nous avons le plaisir d'annoncer que la première souscription de 25 dollars nous a été envoyée par M. Crosby, de New-Haven, le 11 avril 1919, suivie d'une autre de même somme de M. Murrless, de Hartford, et d'une autre de 500 dollars de l'Association dentaire du Connecticut. Actuellement notre profession ne saurait poursuivre un but plus noble. Les souscriptions peuvent

être envoyées au Président de la *Ligue de préparation*, 131, Allen Street, Buffalo, ou au Trésorier, qui les feront parvenir à l'*Aide confraternelle*.

### REMISE DES IMPOTS AUX DÉMOBILISÉS

Après de nombreuses discussions, une loi (celle du 31 mars 1919) règle enfin la situation des mobilisés vis-à-vis du Fisc.

Elle précise que pour la *cote personnelle mobilière*, remise totale sera acquise de droit aux mobilisés (sous certaines conditions que nous allons examiner), qu'une *modération* sera accordée pour les contributions foncières et les portes et fenêtres.

Elle ajoute encore que la remise de la patente de l'année où le contribuable a été appelé sous les drapeaux lui sera accordée et que celui qui justifiera d'une *diminution notable* de ses bénéfices pourra demander une réduction proportionnelle. Donc, quelqu'un mobilisé dans le courant de 1914, ayant fermé son exploitation, pourra obtenir le dégrèvement de l'année 1914 même s'il a payé déjà.

Il est bon de remarquer que le fait d'avoir payé ne modifie en rien le droit accordé par cette loi, l'Administration remboursera.

La remise d'office concerne les contribuables suivants :

A) Tous les mobilisés pour chaque année au cours de laquelle ils auraient été présents sous les drapeaux.

B) Les militaires des armées de terre et de mer renvoyés dans leurs foyers par suite d'infirmités résultant de la guerre, ainsi que les veuves, orphelins et ascendants directs de ceux qui sont morts pour la France.

Une seule condition est imposée pour bénéficier de la remise intégrale de ces impôts ; il faut que le revenu du bénéficiaire de cette mesure ne dépasse pas *cinq mille francs*, mais il y a lieu d'ajouter à ces cinq premiers mille francs *deux mille francs* si le démobilisé est marié et *mille francs* par enfant ou personne à sa charge.

Le contribuable remplissant ces conditions doit avant l'expiration d'un délai de trois mois, après la cessation des hostilités, qui sera ultérieurement fixée par un décret, faire une demande au Préfet de son département en y joignant :

1° L'une des pièces suivantes : avertissement ou extrait du rôle de la contribution pour laquelle il demande la remise ou, dans le cas où il aurait acquitté ses contributions, le reçu de son paiement ;

2° Un extrait de son livret militaire certifié conforme par le maire de la commune où il est domicilié, indiquant les périodes pendant lesquelles il a été présent sous les drapeaux, ou bien pour les réformés de la catégorie B, indiquant leur renvoi au



foyer pour blessures de guerre, ou encore, suivant le cas, un extrait de l'acte de décès du mobilisé « mort pour la France ».

Il ressort de tout ceci que jusqu'à l'expiration de trois mois après la cessation des hostilités, aucune poursuite ne pourra être exercée contre les contribuables rentrant dans la catégorie A ou B, et, passé ce délai, *si le Préfet n'a pas statué*, la suspension sera maintenue. Si dans le cours des cinq années suivantes l'Administration constate que le revenu de l'exonéré en raison de son importance ne lui donnait pas droit à la remise, elle pourra réclamer le montant de celle-ci et faire payer les sommes ainsi perdues pour elle.

L'expression « mort pour la France » semble indiquer qu'il n'est pas nécessaire d'être français, il suffit que le contribuable débiteur ait été tué au service de la France.

Pour terminer il faut remarquer que, si les débiteurs dont le revenu ne dépasse pas les maxima fixés ont seul *un droit*, les autres ayant des revenus supérieurs pourront, suivant chaque cas d'espèce, bénéficier de modérations ou remises partielles.

(*Le Conseil Commercial*, 15 avril 1919.)

---

#### RENGAGEMENTS DES DENTISTES AUXILIAIRES, MÉDECINS ET PHARMACIENS AUXILIAIRES

En l'état actuel de la législation, les emplois de médecin, de pharmacien et de dentiste auxiliaires n'ont été créés que pour le temps de guerre. En effet, la loi des cadres n'a rien prévu pour ces catégories de militaires. Par ailleurs, la loi de recrutement a fixé, pour chaque grade, le chiffre maximum de rengagements à admettre pour les différentes armes ou services par rapport à l'effectif total de leurs cadres.

Il en résulte que les rengagements « normaux » (loi du 21 mars 1905) ne sont pas possibles pour des emplois non prévus par les différentes lois des cadres et effectifs.

Toutefois, en raison des besoins du service de santé et tant que le décret de cessation des hostilités n'aura pas paru, les médecins sous-aides-majors, les médecins, les pharmaciens et les dentistes auxiliaires pourront contracter un rengagement de six mois dans les conditions prévues au décret du 20 avril 1919.

Après le décret de cessation des hostilités, ces militaires ne pourront se rengager à long ou à court terme que si des dispositions législatives nouvelles viennent modifier les lois actuelles des cadres.

(*Paris-Midi*.)

## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DEVANT LE SÉNAT

Dans ses séances des 10 et 11 avril dernier le Sénat a discuté une interpellation de M. Goy sur la situation des Facultés des sciences et de médecine de l'Université de Paris et de M. Cazeneuve sur la crise de l'enseignement supérieur et les remèdes à y apporter.

La longueur de cette discussion, cependant fort intéressante, ne nous permet malheureusement pas de la reproduire, en raison de l'abondance de nos matières, mais nous engageons nos lecteurs, que la question intéresse, à consulter à cet égard le Journal officiel des 11 et 12 avril 1919, qui la contient in extenso.

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

### DISPENSARE MILITAIRE V. G. 88

#### Rapport technique de mai 1919. — Récapitulation.

Depuis le début des hostilités, l'Ecole dentaire de Paris a reçu 70.403 militaires dans ses services divers, qui ont effectué :

892.121 interventions se décomposant en 862.553 opérations diverses, 29.676 appareils.

Ces travaux ont nécessité 313.197 visites.

Les chiffres respectifs pour chaque service depuis leur ouverture sont les suivants :

SERVICES	MILITAIRES SOIGNÉS	VISITES	OPÉRATIONS	APPAREILS
Services pour blessés (Dispensaire mil. V. G. 88 et hôp. divers).	4.294	83.210	111.045	5.525
Services pour militaires (malades dentaires, Dispensaire mil. V. G. 88 et services extérieurs, hôpitaux, usines, équipes volantes).	66.109	229 987	751.508	24.151
	70.403	313 197	862.553	29 676

Nombre total d'édentés appareillés au Dispensaire militaire V. G. 88 : 15 030.

Nombre de mutilés rééduqués ou en cours de rééducation à l'Ecole dentaire de Paris : 66.



## LIVRE D'OR DES DENTISTES

---

### CITATION A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir la citation suivante :

**Blot (Henri)**, excellent sapeur radio. A toujours montré le plus grand calme sous le feu et assuré le fonctionnement du poste récepteur de T. S. F. aux instants les plus critiques, notamment le 15 juin 1918 où, sous un violent bombardement, il n'a cessé de recueillir les messages émis par l'infanterie ».

(Ordre du régiment n° 232 du 19 novembre 1918).

Nos félicitations à notre confrère.

---

### LÉGION D'HONNEUR

#### **Docteur H. Dreyfus.**

Nous sommes heureux d'apprendre que notre excellent collègue le D<sup>r</sup> Henry Dreyfus, secrétaire de la Rédaction de l'*Odontologie*, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, vient, par décret du ministère de la Guerre, d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur.

L'*Odontologie* et l'Ecole dentaire de Paris, auxquelles il s'est consacré depuis de longues années, lui adressent leurs plus vives et plus chaleureuses félicitations.

#### **Docteur Chompret.**

Dans la même promotion nous relevons la nomination du D<sup>r</sup> Chompret comme officier de la Légion d'honneur.

Nous l'en félicitons bien cordialement.

---

---

## NÉCROLOGIE

---

### D<sup>r</sup> Henry.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère, M. le D<sup>r</sup> Henry, de Cherbourg, membre de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

---

### L. Lemaire.

Nous apprenons avec regret la mort, à l'âge de 45 ans, de M. Louis Lemaire, fournisseur pour dentistes, membre de l'A.G.S. D. F., survenue aux Escades (Pyrénées-Orientales), le 28 juin 1919.

Nous exprimons à sa famille nos sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

### Office Economique de Toulouse.

*Nous publions ci-dessous les renseignements relatifs à une intéressante création de la ville de Toulouse que les professionnels pourraient utilement consulter le cas échéant.*

L'Office Economique de Toulouse, créé par la Municipalité et inauguré le 2 mars 1919, est un bureau central d'informations à l'usage du public rattaché à la Bibliothèque de la ville.

Il possède actuellement 9.000 volumes, 600 journaux, revues et annuaires différents, 15.000 fiches manuscrites et un grand nombre de dossiers, cartes et albums, de caractère essentiellement pratique et de dates récentes. Il se tient en relations avec les Administrations, Sociétés, Syndicats, Chambres syndicales, Bourses, Ecoles, etc.

Cette documentation, constamment tenue à jour, lui permet



de fournir tous les renseignements d'ordre technique, juridique et économique dont peuvent avoir besoin les personnes exerçant une profession libérale, artistique, agricole, industrielle ou commerciale, et les simples particuliers.

Entrée libre et sans formalités.

Le visiteur fait connaître l'objet de ses recherches aux bibliothécaires présents, qui s'empressent de le renseigner en mettant instantanément sous ses yeux, ouvert à la page qui convient, le document fournissant la réponse.

S'il le désire, le visiteur a aussi la faculté de faire ses recherches lui-même et d'explorer les catalogues, volumes et périodiques. Il peut prendre des notes et des croquis et causer avec les personnes venues avec lui pour la même affaire.

Pour permettre à cet office de servir aussi d'intermédiaire désintéressé entre vendeurs et acheteurs, professeurs et élèves, hommes d'affaires et leurs clients, etc., toutes les personnes exerçant à Toulouse, pour leur compte ou au nom d'une société, une profession ou un métier quelconque sont invitées à se faire inscrire à *l'Office Economique*.

Les services de l'Office sont gratuits.

Seuls les renseignements fournis par lettre à toute personne sont passibles d'un droit de deux francs (payable d'avance et remboursable si aucune réponse ne peut être envoyée).

L'Office économique reçoit *L'Odontologie*.

---

### Mariages.

Le mariage de notre confrère M. Roger Fouques, décoré de la Croix de guerre, fils de M. Albert Fouques, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Marcelle Dubois, a eu lieu le 16 juillet.

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

\*  
\* \*

On annonce le prochain mariage de M<sup>lle</sup> Paula Trouin, fille du député d'Oran, avec M. Fernand Soureïne, chirurgien-dentiste de la marine.

Nos félicitations à notre confrère.

\*  
\* \*

Le mariage civil de M<sup>lle</sup> Suzanne Mesureur, fille de M. G. Mesureur, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, membre du Comité de patronage de l'Ecole

dentaire de Paris, avec le prince Louis-Edmond de Bourbon, a eu lieu le 28 juillet à la Mairie du 4<sup>e</sup> arrondissement, et la cérémonie religieuse le 30 juillet à l'Eglise St-Julien-le-Pauvre.

Nous prions M. Mesureur d'agréer nos très vives félicitations et nos vœux de bonheur pour les fiancés.

---

### Journaux odontologiques.

Nous saluons avec plaisir la réapparition du *Journal dentaire belge* et de la *Semaine dentaire d'Ash*, dont la publication avait été interrompue par la guerre.

\* \* \*

L'*Union syndicale des dentistes démobilisés*, dont nous avons annoncé la formation dans notre numéro de mai dernier, a décidé la publication mensuelle d'un organe officiel portant le même titre que cette Société (U. S. D. D.).

Nous souhaitons bon succès à ces confrères anciens et nouveaux.

---

### Œuvre de guerre.

Sous ce titre notre confrère M. Richard-Chauvin vient de publier un volume qui est mis en vente au profit des dentistes sinistrés des régions dévastées.

Nous souhaitons ardemment que cet ouvrage ait le succès qu'il mérite puisque sa publication poursuit un but d'aide et de solidarité confraternelles.

---

### Société d'Odontologie de Paris.

L'assemblée générale de la Société d'Odontologie de Paris a eu lieu le mardi 1<sup>er</sup> juillet 1919, à 20 heures 30, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1<sup>o</sup> Occlusion et Articulation des arcades dentaires. — Articulateurs anatomo-physiologiques, par M. Georges Villain.

2<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière.

3<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général.

4<sup>o</sup> Election du Bureau.

Le nouveau Bureau est ainsi composé :

*Président* : M. Blatter.

*Vice-Présidents* : MM. G. Villain, G. Lemerle.

*Secrétaire général* : M. Miégeville.

*Secrétaire-adjoint* : M. Ruppe.

---



### Syndicat belge.

Il vient de se constituer un syndicat professionnel groupant pour la défense de leurs intérêts matériels les praticiens de l'art dentaire en Belgique.

Un certain nombre de praticiens intéressés n'ont pu être avisés de cette initiative parce que leurs adresses ne figuraient pas sur les listes utilisées ou par suite de changements de domicile inconnus des promoteurs. Le Conseil du syndicat les prie de bien vouloir l'excuser et de s'adresser dans le plus bref délai au secrétaire, D<sup>r</sup> Lobry, 58, rue du Congrès, Bruxelles.

---

### Chambre syndicale des négociants en fournitures dentaires.

Nous sommes avisés que les fournisseurs pour dentistes ont constitué, le 1<sup>er</sup> mars dernier, la *Chambre syndicale des négociants en fournitures dentaires*, avec siège social, 163, rue St-Honoré. Le Président est M. Contenau.

Nous espérons, comme celui-ci en exprime le souhait dans la lettre qu'il a écrite à ce sujet à l'A. G. S. D. F., que ce nouveau groupement permettra de resserrer les liens unissant tous ceux qui, à un titre quelconque, appartiennent à la profession.

---

### Arrestation d'un dentiste.

On mande de Rennes l'arrestation du docteur B., dentiste à Rennes, inculpé d'escroquerie envers plusieurs clients, auxquels il aurait fait des opérations inutiles en les tenant sous la crainte d'une aggravation de leur état. L'arrestation a été effectuée à la suite de l'audition, par M. Cathala, juge d'instruction, de l'inculpé, des plaignants et de M. Lassus, chirurgien-dentiste, consulté comme expert.

(*Le Temps*, 10 juillet 1919.)

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### GUÉRISON RAPIDE DES STOMATITES PAR LE NOVARSÉNOBENZOL

Par le Docteur François DEBAT,

Chef du Centre dermato-syphiligraphique du G. M. P. à l'Hôpital Rollin.

Il m'est particulièrement agréable de remercier la Direction de l'Odontologie pour la bonne grâce avec laquelle elle m'ouvre son très intéressant journal.

De même que le regretté D<sup>r</sup> Lucien Jacquet, dont je m'honore d'avoir été pendant dix ans le collaborateur et l'ami, j'estime que, dans bien des cas, médecins et dentistes auraient grand intérêt à collaborer plus étroitement.

Les remarquables travaux de Jacquet ont montré à l'évidence l'action hautement pathogène de l'irritation dentaire dans de nombreux cas de pelade. Je me propose de montrer dans une série d'articles ultérieurs qu'il est d'autres affections qui sont sinon déterminées, du moins entretenues et aggravées, par les lésions gingivo-dentaires.

\*  
\* \*

Aujourd'hui je crois intéressant de publier une série d'observations de stomatites guéries avec une incroyable rapidité par le novarsénobenzol.

Voici tout d'abord deux cas de stomatite ulcéro-membraneuse :

Le premier malade est syphilitique et sa stomatite a été déclanchée dans un service hospitalier par un traitement mercuriel fait sans mise en état préalable de la dentition.



Il se présente à ma consultation de l'Hôpital Rollin le 25 avril, abattu, le teint pâle, le facies grippé, avec une température de 38°5 n'ayant pu depuis 24 heures ni s'alimenter ni dormir.

Sa joue droite est œdématiée, ses ganglions sous-maxillaires volumineux, durs et douloureux. Il articule avec peine, ouvre la bouche avec difficulté.

A l'examen je note : gencives tuméfiées et exulcérées, recouvertes, en particulier sur la face palatine, d'une couenne grisâtre. Au niveau de la dent de sagesse inférieure droite, ulcération festonnée qui s'étend largement sur la face interne de la joue. La lésion est recouverte d'une membrane sanguino-purulente et saigne au moindre contact. La langue est tuméfiée, le palais violemment hyperémié. Le malade salive à pleine bouche, son haleine est repoussante.

Ce malade, syphilitique depuis 8 mois, avait reçu au début de sa maladie 20 injections de benzoate de mercure alternant avec 5 injections de novarsénobenzol. Notons qu'à ce moment le traitement mercuriel fut admirablement toléré grâce au traitement arsenical qui l'accompagnait. Après un mois de repos on eut recours au traitement exclusif par l'huile grise. La stomatite éclata après la sixième piqure et, malgré la suppression du mercure et les attouchements à la teinture d'iode, à l'eau oxygénée, à l'hypochlorite, elle allait s'aggravant rapidement.

Dès le premier jour, après un nettoyage minutieux des lésions, je tamponne longuement les ulcérations et les gencives avec un coton imprégné de novarsénobenzol. Puis je recommande des lavages de bouche toutes les deux heures à l'eau faiblement oxygénée.

Le lendemain le malade revient joyeux ; il a dormi toute la nuit sans fièvre appréciable ; il peut, dès maintenant, articuler et déglutir sans difficulté, la salivation est tarie, l'œdème a à peu près complètement disparu, les gencives sont rouges, mais sans exsudat, l'ulcération a complètement changé d'aspect ; elle est rose vif avec de larges îlots opalins en voie de cicatrisation.

Après trois jours de traitement la guérison est complète, la bouche aurait son aspect normal s'il n'existait encore une légère hyperémie des gencives et du palais.

Le deuxième malade, non spécifique, présentait une stomatite ulcéro-membraneuse paraissant particulièrement rebelle.

Depuis trois semaines il avait été traité par la teinture d'iode, le chlorate de soude, la liqueur de Labarraque, le bleu de méthylène et ses lésions étaient à peine améliorées.

Lorsqu'il vient me voir l'ulcération, large comme une pièce de cinq francs, est gris violacé, couverte d'une membrane épaisse ; la mastication est impossible, la salivation abondante.

J'institue immédiatement le traitement à l'arsénobenzol.

Le lendemain amélioration surprenante : plus de salivation ; articulation normale, les lésions sont rouges, mais ne saignent plus, la cicatrisation est presque complète.

Après 48 heures, guérison totale de la stomatite ; seule, la gingivite primitive persiste, mais très améliorée.

\*  
\*  
\*

Voici maintenant deux stomatites bénignes, avec réactions inflammatoires légères, et sans phénomènes généraux, l'une banale, l'autre d'origine mercurielle, toutes deux guéries en 24 heures par l'arsénobenzol.

OBS. III. — Soldat S..., non syphilitique, présente au niveau de la dent de sagesse inférieure droite une ulcération large comme une pièce de 2 francs. Réaction légère, mais pas d'exsudat, pas de température. Douleur vive à l'articulation, salivation abondante. La lésion date de douze jours et s'étend lentement.

Vingt-quatre heures après un tamponnement à l'arsénobenzol, guérison complète sans nul autre soin.

OBS. IV. — Soldat R..., syphilitique, présente une stomatite mercurielle avec ulcération gingivo-jugale ayant débuté à la dent de sagesse inférieure droite.



Je note : douleur vive à l'articulation, réaction ganglionnaire légère, pas d'exsudat, pas de température.

Le malade reçoit le même jour une application locale de novarsénobenzol et une injection intraveineuse de 0 gr. 30 du même médicament.

Le lendemain, guérison complète, la muqueuse ulcérée a repris son aspect normal.

..

Ainsi le novarsénobenzol se montre le spécifique incomparable des stomatites, quels que soient leur degré de gravité et leur origine, et cela se conçoit aisément si l'on songe, ainsi que le fait remarquer Milian<sup>1</sup>, que la stomatite mercurielle elle-même n'est qu'une stomatite fuso-spirillaire et que le 914 a un pouvoir bactéricide des plus violents vis-à-vis des spirilles et des bacilles fusiformes.

L'arsénobenzol a une action non seulement curative, mais encore préventive, et cela rend d'inappréciables services dans la cure de la syphilis. Lorsqu'on institue le traitement arséno-mercuriel, actuellement classique, on est sûr, la mise en état de la bouche aidant, de prévenir radicalement les réactions gingivales qui étaient parfois un si fâcheux obstacle au traitement.

N'oublions pas toutefois que ce médicament pourrait être dangereux s'il n'était manié avec précaution. Il faut avoir grand soin, en particulier, d'éviter son oxydation même lorsqu'on ne le destine qu'à un traitement local.

---

1. MILIAN, — *Paris médical*, 5 avril 1919.

## LES COURANTS ÉLECTRIQUES DE LA BOUCHE

Par le D<sup>r</sup> FOVEAU DE COURMELLES.

Le D<sup>r</sup> A. Poulio a indiqué et démontré, dans *L'Odon-tologie* du 30 mars 1919, l'existence d'un courant électrique dans la bouche dû à la formation de véritables piles de Volta sous l'action d'opérations prothétiques, de métaux diversement attaquables et par suite générateurs du courant voltaïque. Rien n'est plus exact. Selon les individus, et l'alcalinité constante de la salive, mais pouvant sans doute être augmentée, voire changée en acidité, par des phénomènes pathologiques, on comprend que la réaction entre les métaux employés en art dentaire soit plus ou moins intense. L'or, les amalgames, généralement usités, et sur qui réagit l'acidité salivaire assez souvent produite par les résidus restés entre les dents, donneront des réactions chimiques : *or, toute réaction chimique produit un courant électrique.*

Les phénomènes douloureux constatés et supprimés par le D<sup>r</sup> A. Poulio prouvent à la fois la vérité de sa thèse et la nécessité d'y insister pour mettre en garde les spécialistes de l'art dentaire contre des faits qui leur paraîtraient inexplicables et dont la suppression par un isolant, une épaisse couche de synthétique en l'espèce, est si facile.

Mais la cause signalée par M. Poulio n'est pas la seule. Toute transformation alimentaire est une action chimique, donc une source de courant électrique normale, et pouvant, s'il y a des métaux différents dans la bouche, produire, lors de la mastication, des courants voltaïques douloureux, ou destructeurs, modificateurs, desdits métaux introduits par la prothèse. Une question à poser aux patients est donc de leur demander si leur souffrance est augmentée par la mastication, et de quelle manière. Il est évident que le travail masticateur est dur naturellement pour des dents malades, mais la sensation du courant électrique est si spé-



ciale qu'elle doit pouvoir s'analyser, se différencier de la douleur de la pression nécessaire à l'écrasement des aliments, à part l'élément névralgique qui ressemble assez à une sorte de fulguration.

La preuve de l'existence du courant électrique par la digestion buccale de certains aliments a été faite par moi et exposée en un mémoire à l'Académie de Médecine de Paris, le 25 juillet 1893, que j'ai depuis cité en mes leçons de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, de l'Ecole dentaire de Paris en 1903-1904<sup>1</sup>, en des Congrès...

Voici les procédés de constatation.

La ptyaline, diastase salivaire, transforme les féculents en glucose; cette action chimique commence dans la bouche et se continue dans l'estomac par la salive entraînée, elle sera d'autant plus longue dans la bouche que la mastication sera plus parfaite, plus longue, plus consciencieuse, bon élément de santé. Cette transformation produit un courant électrique, un développement d'électricité, faciles à mettre en lumière. On peut mastiquer une pomme de terre par exemple, aussi bien que possible, et en placer le produit trituré et insalivé sur le plateau d'un électromètre condensateur et l'on verra s'écarter les feuilles d'or qui décèlent la présence électrique. Un autre procédé est de placer deux fines aiguilles de platine dans la bouche, dans la masse même de l'aliment féculent à point pour la déglutition, et de relier ces deux aiguilles impolarisables à un galvanomètre très délicat, à miroir, pouvant déceler des quantités minimales d'électricité, et celles-ci, résultats de la transformation de l'aliment, s'accuseront immédiatement.

Selon l'état du sujet, ces réactions sont plus ou moins nettes. La composition des trois salives buccales, parotidienne, sous-maxillaire et sublinguale, tout en ayant, à l'état sain, la particularité commune de l'alcalinité, a cependant des constitutions chimiques différentes, et que

---

1. Voir notamment : *Electrothérapie Dentaire*, 1 vol. in-12, ill. 300 p. 1903, Préface du Dr Ch. Godon, et *Précis d'Electro-Radiologie*, 290 p. in-12, ill. 1918, Préface du Prof. A. Robin, analysé in *Odontologie*, 30 juillet 1918.

le regretté Michaëls avait mises en lumière, en en faisant d'importants moyens de diagnostic pathologique. La propriété saccharifiante de la salive peut donc varier avec ces états, comme elle varie déjà avec le siège de la glande, avec les animaux...

Le ferment soluble, analogue au principe de l'orge germée, *ptyaline*, *diastase animale*, est la base de la réaction électro-chimique qui nous occupe; il ne paraît pas exister dans la glande parotidienne de l'homme, du cheval (alors qu'il existerait chez le lapin), car la salive de cette glande prise isolément ne transforme pas l'empois d'amidon en sucre; la sous-maxillaire du chien serait de même. En revanche, notre salive parotidienne renferme du phosphate et surtout du carbonate de chaux, assez abondant, pour que cette salive traitée, par un acide puissant, fasse effervescence; nous ne consommons pas d'acide puissant, c'est évident, mais un certain nombre de nos aliments sont acides, naturellement ou par l'addition d'ingrédients agréables, et par suite donnent également des réactions chimiques dans la bouche. Il est certain que ces dissociations des salives et l'étude de leurs transformations dégageant en réalité de la chaleur et de l'électricité ressortissent plutôt au laboratoire qu'à la clinique, mais cependant il nous a paru intéressant de les signaler.

Il reste indubitable que la propriété saccharifiante de la salive est la plus connue, la meilleure productrice de l'électricité buccale. On la retrouve chez un grand nombre d'animaux, mais, d'après les recherches faites jusqu'ici, c'est chez l'homme qu'elle paraît atteindre un taux assez élevé, après cependant le cochon d'Inde et quelques herbivores. Mais on ne la trouve pas chez l'enfant nouveau-né.

D'après Bidder, elle n'apparaîtrait qu'avec la première dentition. C'est après cette manifestation dentaire, qu'on peut extraire la ptyaline de la salive; on la précipite par l'alcool et on redissout dans de l'eau, elle se différencie des autres albuminoïdes parce qu'elle ne se détruit pas à 60°, mais à 100° à la température de l'ébullition; aussi les



physiologistes ont-ils discuté sur la vraie nature de l'élément saccharifiant de la salive.

Le sulfocyanure de potassium, autre élément de la salive, qui réagit en présence des sels de fer (médicaments ou légumineuses, lentilles, pois...) est sans doute aussi une source électro-chimique.

Tout l'appareil digestif actif, c'est-à-dire partout où il y a transformation alimentaire, est le siège de production d'électricité. Si les aiguilles impolarisables reliées au galvanomètre à miroir sont ingérées en un tube de Faucher pour lavage de l'estomac pendant une digestion, on constatera, comme dans la bouche, des phénomènes électriques. J'ai pu, même dès 1895 (Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences de Bordeaux), poser la question si l'action élective des médicaments, se portant de préférence sur tel ou tel organe malade, voire tel médicament comme le soufre se portant de préférence aux ongles par exemple, ne s'expliquait pas par des actions électriques polaires : le pôle positif attirant les corps électro-négatifs, et le pôle négatif, les électro-positifs, le tout faisant en somme de la galvanoplastie organique !

Mais cela nous ferait sortir de la bouche ! Et cependant, les éléments osseux, les maxillaires et les dents, pour ne parler que de ceux-là, doivent bien, pour leur croissance et leur maintien, recevoir les aliments de choix qui leur conviennent ; ils sont donc aussi le siège probable de ces actions polaires ou pouvoir d'élection, de choix, des substances qui doivent leur être attribuées !

Cette importante question, que le travail du Dr Poulio remet d'actualité par une source prothétique d'énergie électrique et douloureuse, est loin d'être élucidée. Nous ne faisons en somme que la soulever de nouveau, par le rappel de nos recherches déjà anciennes et dont d'autres travaux nous ont détourné ; la possibilité de leur étude nous paraît plus grande avec les moyens nouveaux d'investigation que nous possédons, et nul doute que les odontologistes ne la fassent désormais progresser.

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 1<sup>er</sup> avril 1919.

PRÉSIDENTE DE M. CH. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — RECHERCHES SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE  
LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE, PAR M. MENDEL JOSEPH.

M. Mendel Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n<sup>os</sup> des 30 juin et 30 juillet 1919).

#### DISCUSSION.

*Le Président.* — Nous devons d'autant plus nos remerciements à M. Mendel Joseph que, comme il vous l'a dit tout à l'heure, c'est au prix d'un grand sacrifice qu'il est venu parmi nous ce soir pour nous faire cette magistrale communication.

*M. Roy.* — Je suis particulièrement heureux d'avoir entendu la communication de M. Mendel Joseph.

J'ai justement fait un travail sur *La Pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire*. Ce travail devait être présenté à la séance inaugurale du Congrès de Londres en 1914. Vous savez par suite de quelles circonstances tragiques cette communication n'a pu être faite et je me proposais, dès que la guerre serait terminée, de faire cette communication qui était restée inédite. Cependant, le *Dental Cosmos*, l'année dernière, au mois de juin, ayant eu connaissance de ce travail, probablement par l'intermédiaire du Congrès, l'a publié. Je me promettais néanmoins de vous le présenter dès que la guerre serait terminée, avec les explications complémentaires que cinq années de réflexion ont pu me suggérer, ainsi qu'avec les projections que j'avais préparées pour la séance inaugurale du Congrès de 1914. La communication de M. Mendel Joseph m'amène à vous annoncer que, lors de notre prochaine séance, si vous le voulez bien, je vous présenterai mon travail qui vous montrera la question sous un autre angle.

M. Mendel Joseph a étudié la question au point de vue bacté-



riologique, tandis que j'é l'ai étudiée d'après les données cliniques, domaine qui m'est le plus familier.

Je pense vous présenter des données intéressantes à connaître et à vulgariser, en ce qui concerne la prophylaxie, mais je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet ce soir.

Je me félicite d'avoir entendu la communication de M. Mendel Joseph, dont je fais mon profit. Je la commenterai en même temps que je vous ferai ma communication et si, comme je l'espère, M. Mendel Joseph nous apporte d'autres documents sur ce sujet, sur le traitement de la pyorrhée, comme il l'annonce, la discussion pourrait alors prendre l'ampleur considérable que je souhaiterais pour une telle question.

Il n'y a pas en effet de sujet plus passionnant à l'heure actuelle que celui de la pyorrhée alvéolaire.

Je crois que les idées vis-à-vis de cette maladie sont complètement bouleversées et il n'est plus permis de dire, comme nombre de confrères le disent encore fréquemment, qu'il n'y a rien à faire dans la pyorrhée sinon qu'à attendre que les dents tombent pour les remplacer.

Je crois fermement que le dentiste a un rôle considérable à jouer dans le traitement de cette affection, et plus particulièrement pour assurer l'application des moyens de prophylaxie propres à en empêcher le développement.

*Le Président.* — Je souhaiterais que vous vouliez bien vous inscrire pour la communication dont vous venez de nous entretenir pour notre prochaine séance.

*M. Roy.* — Je suis parfaitement d'accord, car mon travail est trop long pour qu'il me soit possible de le présenter à l'occasion de la discussion de la communication de M. Mendel Joseph, ce soir.

*M. Frey.* — Comme M. Roy vient de le dire avec juste raison, la question est tellement vaste que nous ne pouvons pas entrer dans la discussion de la pyorrhée ce soir, pas plus au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique.

Nous allons simplement nous limiter à ce que M. Mendel Joseph nous a appris. Nous pouvons dire : *nous a appris*, car Mendel Joseph à ce point de vue est un maître pour nous tous.

Il y a une chose qu'il ne faut pas oublier, c'est que ce sont deux professeurs de l'Ecole dentaire qui, au point de vue expérimental, ont apporté dans ces dernières années la contribution la plus importante à la question de la pyorrhée alvéolaire et à celle de la carie.

Vous connaissez depuis longtemps les belles expériences de Choquet concernant l'étiologie microbienne de la carie dentaire.

Ce soir, voilà un autre professeur de l'Ecole dentaire, Mendel Joseph, qui nous apporte, lui, une large contribution à l'étiologie de la pyorrhée.

Puisque nous sommes ici pour nous instruire, je commencerai par lui demander quelques renseignements.

Est-ce que, malgré ses conclusions négatives, il ne constate pas une plus grande fréquence d'amibes chez les pyorrhéiques que chez les non pyorrhéiques ?

*M. Mendel Joseph.* — Je me suis efforcé d'être bref pour ne pas fatiguer l'auditoire : d'où des omissions volontaires.

Mes recherches ont démontré la présence des amibes dans le pus des pyorrhéiques. Mais on trouve des amibes dans les bouches de personnes absolument exemptes de pyorrhée, et cela dans 30 p. 100 de cas. Dans les bouches mal entretenues les amibes foisonnent en grand nombre.

La pyorrhée elle-même s'observe chez des personnes à résistance organique déficiente.

Il y a une différence entre les leucocytes que nous trouvons dans la cavité buccale et ceux que nous trouvons dans le sang.

Les leucocytes qui sortent des vaisseaux pour pénétrer dans l'espace péri-cervical ont sans doute perdu un peu de leur vitalité et de leur activité phagocytaire.

C'est ainsi que je m'explique que jamais nous n'avons constaté de spirilles dans l'intérieur de globules blancs alors que dans certaines affections, dans le sang ou des parenchymes des organes profonds, on trouve des spirilles phagocytés.

Le mode de défense cellulaire de la cavité buccale contre ces spirilles semble assez précaire.

*M. Frey.* — Les considérations de Mendel Joseph sur l'espace péri-cervical sont extrêmement intéressantes.

Je voulais lui demander encore ce qu'il pense — ici j'aborde le problème clinique — d'un autre point.

Il a parlé de la phase pré-pyorrhéique. Elle m'a toujours intéressé, comme elle a intéressé Roy et beaucoup d'autres. Avant qu'apparaissent les phénomènes pyorrhéiques, quels qu'ils soient, il y a la période prémonitoire, quelquefois très lointaine, appelée pré-pyorrhéique ; elle comprend les petits signes précurseurs de la pyorrhée, caractérisés par cet état de prurit alvéolo-dentaire qui pousse les gens à serrer leurs dents dans un but de compression décongestive.

Je ne sais si à ce point de vue clinique Mendel Joseph est du même avis que moi et s'il pourrait éclaircir, à la faveur de cette donnée clinique, cette phase pré-pyorrhéique microbienne dont il nous a parlé tout à l'heure.



*M. Mendel Joseph.* — Je suis absolument de votre avis qu'au point de vue de la pyorrhée les petits signes cliniques sont très importants.

*M. Frey.* — Je suis très heureux d'entendre dire par Mendel Joseph qu'à cette période des petits signes il a trouvé de l'hyperleucocytose de l'espace péri-cervical. Cette constatation de laboratoire vient s'ajouter au phénomène clinique que je signalais tout à l'heure.

*M. Mendel Joseph.* — Toutes les fois qu'il y a dans l'espace péri-cervical une cause d'irritation quelconque, nous trouvons de l'hyperleucocytose. Les leucocytes augmentent en quantité plus ou moins considérable et nous constatons une hyperleucocytose plus ou moins importante. Mais ce fait implique d'autres phénomènes importants. Au moment où nous constatons l'hyperleucocytose il ne s'agit pas seulement de lésions dans l'espace péri-cervical : nous avons déjà des lésions beaucoup plus profondes, une infiltration leucocytaire allant jusqu'au bord alvéolaire et provoquant une résorption plus ou moins importante de l'alvéole. Je suis persuadé que les toxines microbiennes élaborées dans l'espace péri-cervical provoquent une nécrose plus ou moins importante des cellules et des tissus qui entraîne la résorption d'une façon très précoce.

*M. Roy.* — Voulez-vous me permettre d'anticiper quelque peu sur ma communication ? Je vous apporterai le mois prochain des faits qui confirment ce que vous dites en ce qui concerne la radiographie. Je vous apporterai en effet des radiographies d'un malade que j'ai fait radiographier. Vous verrez des choses très intéressantes.

*M. Mendel Joseph.* — J'estime que toutes les irritations septiques se produisant au niveau de l'espace péri-cervical peuvent donner naissance à des phénomènes de nécrose des tissus et aboutir progressivement à la pyorrhée alvéolaire.

*M. Frey.* — Vous avez dit que vous pouviez provoquer une pyorrhée par une inoculation. Mais est-ce une pyorrhée localisée à l'articulation alvéolo-dentaire que vous avez infectée, ou est-ce une pyorrhée moins localisée, étendue et même généralisée ?

*M. Mendel Joseph.* — J'ai réussi à produire expérimentalement une modalité de la pyorrhée mono-articulaire à début aigu.

*M. Frey.* — Vous croyez que par une inoculation vous pouvez provoquer la pyorrhée.

*M. Mendel Joseph.* — Il y a le facteur de prédisposition dont il faut tenir compte.

*M. Frey.* — J'allais vous dire aussi qu'il devait y avoir une question de terrain.

*M. le Président.* — Nous remercions encore M. Mendel Joseph de sa très savante et remarquable communication et nous prenons acte avec grand plaisir de la promesse qu'il a bien voulu nous faire de communiquer le mois prochain à la Société d'Odontologie les observations complémentaires dont il nous a parlé.

II. — DE QUELQUES PRÉJUGÉS EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE,  
PAR M. MAURICE ROY.

*M. Roy* fait cette communication (qui sera publiée dans un prochain numéro).

III. — INCIDENTS DE LA PRATIQUE JOURNALIÈRE.

*M. Roy.* — La prochaine séance devant avoir lieu au mois de mai, je me permettrai de dire que le choix d'un dimanche de mai coïncidera avec le retour de la belle saison, à un moment où chacun aspire plus ou moins à aller courir dans les bois.

*M. Frey.* — Pour montrer des blessés, il est assez difficile, sinon impossible, de les présenter le soir.

*M. Roy.* — Je crois qu'il serait facile de faire un dimanche une séance de démonstrations pratiques. C'est d'ailleurs une chose que nous ne faisons pas assez souvent.

Si vous lisez les journaux étrangers, et plus particulièrement les journaux américains, vous serez frappés du nombre et de l'importance des séances de démonstrations pratiques qui sont faites par les Sociétés américaines.

Je me rappelle avoir vu dans certaines séances dont je lisais les comptes rendus la mention de 100 ou 150 démonstrations pratiques dans une réunion professionnelle d'importance relativement faible pour l'Amérique.

*M. Henri Villain.* — Il faut dire qu'il y a 42.000 dentistes aux Etats-Unis.

*M. Roy.* — Je ne parle pas des grands congrès, je parle des réunions de société. Vous lisez dans les procès-verbaux des réunions des moindres sociétés qu'à l'occasion de ces réunions il y a eu un nombre considérable de démonstrations.

Ces démonstrations ne doivent pas être exclusivement des démonstrations mirobolantes. Il ne s'agit pas de découvrir chaque fois des choses inconnues. Non ! Ce qu'il faut chercher à faire, c'est à faire connaître la technique d'un certain nombre de praticiens sur un point particulier.

Je souhaite depuis fort longtemps de voir un certain nombre de confrères venir travailler devant nous.

Ne croyez-vous pas qu'il serait intéressant pour chacun de nous de voir un confrère travailler suivant sa façon, sa méthode, à la



simple préparation d'une cavité, par exemple. Je serais pour ma part très heureux de voir plusieurs confrères préparer une cavité et je crois que j'y apprendrais quelque chose ; de même que je leur apprendrais peut-être aussi quelque chose de mon côté s'il me voyait faire.

Pour la préparation d'une couronne, chacun de nous a un tour de main particulier, une façon de faire, un petit truc, un rien du tout qui pourrait rendre service à la communauté.

J'avoue que je n'ai jamais vu travailler un confrère quelconque dans une séance de démonstration soit en France, soit à l'étranger, sans en avoir tiré quelque chose d'utile, sans en avoir recueilli un profit.

J'insiste donc très vivement pour l'organisation de séances de démonstrations très nombreuses.

Mettre, à l'occasion d'une démonstration, que M. X. préparera une cavité, cela peut paraître peu intéressant, je le trouverais cependant moi, vieux praticien qui fait de l'enseignement depuis trente ans, tout de même vraiment instructif ! Et je pense ne pas être seul de mon avis.

Je suis tout prêt à soigner devant vous un 4<sup>e</sup> degré. J'ai pour cela une technique un peu spéciale, et toujours la même avec laquelle j'obtiens des résultats très satisfaisants. Cela pourrait peut-être vous intéresser de la connaître. Des démonstrations semblables sur des cas de notre pratique journalière seraient, j'en suis convaincu, extrêmement instructives pour nous tous.

*Le Président.* — Le Bureau prend note de ce que demande M. Roy.

Nous serions heureux d'organiser une séance de démonstrations pratiques, mais cela a toujours été une grande difficulté pendant la guerre.

*M. Roy.* — J'ai parlé surtout de ce que nous faisions avant guerre : nous ne faisons assurément pas suffisamment de séances de démonstrations.

*Le Président.* — Je suis heureux de profiter de l'occasion qui m'est offerte pour dire l'effort considérable que nous devons faire pour redonner à la Société d'Odontologie toute son activité passée et pour rattraper — au point de vue dentaire — le temps perdu.

Pendant la guerre, nous avons surtout entendu des communications, ou plus exactement nous avons eu des réunions maxillo-faciales. Nous avons trop laissé de côté la question purement dentaire.

Je fais donc appel à tous nos confrères pour nous apporter des petites communications. Il y a toujours quelque chose à glaner dans ce qu'on vient nous apporter.

Afin de nous permettre de préparer un ordre du jour pour notre prochaine séance, nous ferons en sorte d'organiser notamment une nouvelle réunion du soir pour les communications théoriques et une réunion du dimanche matin pour les démonstrations pratiques et la présentation de malades.

*M. Godon.* — Depuis janvier de cette année, nous nous sommes attachés dans cette Ecole à assurer la reprise du fonctionnement normal de notre groupement professionnel et de toutes ses branches.

Comme vient de vous le dire M. le Président, durant la guerre, la Société d'Odontologie s'était réunie comme elle avait pu en des séances tout à fait exceptionnelles le dimanche matin, parce que le soir il n'y avait pas de moyens de transport utilisables. C'est d'ailleurs à propos de ces moyens de transport que M. Frey nous demandait tout à l'heure : Ne croyez-vous pas qu'il soit trop tôt pour reprendre déjà nos séances du soir ?

Par l'affluence que nous constatons aujourd'hui, nous voyons que nos confrères sont, comme nous le pensions, très heureux de nous voir reprendre les séances du soir à la Société d'Odontologie, comme vont reprendre d'une façon non moins normale tous nos services dans cette Ecole.

Nous avons besoin de la Société d'Odontologie notamment pour alimenter les colonnes du journal *L'Odontologie* qui doit tous les mois porter à nos membres de province le témoignage de nos efforts et l'exposé de nos travaux. *L'Odontologie* doit montrer à tous qu'on travaille à l'Ecole dentaire de Paris. On vous disait tout à l'heure que les travaux les plus récents sur la carie dentaire et la pyorrhée alvéolaire étaient dus à deux professeurs de cette Ecole. Nous ne devons pas nous lasser de le faire connaître.

Je me joins à notre président pour vous prier de nous apporter chacun vos observations ou communications, afin que nous ayons à chaque séance un ordre du jour aussi complet que possible.

Avant la guerre, chaque fois qu'il y avait quelque chose d'intéressant, on faisait une séance de démonstrations pratiques le dimanche matin.

Il est dit dans nos Règlements qu'au mois de juillet prochain vous devez procéder aux élections. Pendant ces quatre années de guerre, le Bureau a bien voulu assurer la vie de notre société. Il faut maintenant reprendre la marche normale. Nous avons hésité à mettre les élections à l'ordre du jour de cette séance, mais en examinant les Règlements nous avons vu que les élections sont prévues pour le mois de juillet, à cette date donc la marche de la Société redeviendra régulière.

*Le Président.* — A propos de la réélection du Bureau, l'article 13 que j'ai sous les yeux dit que c'est au mois de juillet



qu'ont lieu les élections. Mais à cette époque très peu de confrères restent à Paris.

*M. Godon.* — C'est le premier mardi du mois, qui est le 1<sup>er</sup> juillet.

*Le Président.* — Je me tiens à la disposition de l'Assemblée.

*M. Godon.* — Je vous propose donc la reprise régulière dès le mois prochain des séances de la Société d'Odontologie conformément à son règlement.

*Le Président.* — Au sujet des démonstrations pratiques, nous pourrions décider de faire une démonstration tous les deux mois, par exemple.

*M. Godon.* — Cela dépend uniquement du Bureau, et s'il a des propositions de démonstrations.

*M. Darcissac.* — Je m'inscris pour la prochaine séance de démonstrations pratiques : Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

*M. Roy.* — En ce qui concerne les communications, il n'y a pas de petites communications et il n'est pas possible que chacun de vous n'ait pas dans ses souvenirs, dans les souvenirs de sa pratique, des petites observations dont il pourrait utilement nous faire part.

Si chacun de vous voulait apporter les petites choses qu'il a remarquées dans sa pratique, il y aurait matière à des discussions intéressantes, à déductions pratiques utiles à tous.

En passant, je vous signale ce soir un petit détail d'instrumentation qui vous intéressera peut-être.

Lorsque les patients arrivent dans notre cabinet, ils ont souvent un appareil dans la bouche et lorsqu'ils arrivent ils retirent leur appareil et cherchent à le poser. Où ? Sur la tablette. J'étais très ennuyé de cela. Car enfin, l'appareil n'est pas toujours propre. Les appareils ainsi salissent tout ce qu'ils touchent. Cela m'agaçait au suprême degré. J'ai donc cherché un petit récipient capable de contenir l'appareil et qui ne soit pas un verre dans lequel on soit obligé de le plonger.

J'ai trouvé l'objet de mon rêve et je vous le sou mets. Vous n'aurez qu'à faire comme moi. J'ai trouvé des petites boîtes qui servent en bactériologie et qui sont formées de deux petites coupes en verre à bords arrondis et peu élevés et dont chacune des moitiés peut être utilisée pour le même objet.

Que chacun de vous apporte quelques petites choses comme cela : un instrument, un dispositif, etc. Cela peut nous rendre de grands services.

*Le Président.* — Je remercie M. Roy de son intéressante présentation.

La séance est levée à 23 heures 1/4.

*Le Secrétaire général,*  
R. LEMIERE.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 mai 1919.

## Structure et origine de l'émail dentaire.

Par le Prof. ED. RETTERER.

Dès 1875, Ch. Tomes s'est appesanti sur les difficultés que présente l'étude de l'émail : sa constitution mal définie, sa minceur, sa dureté et sa transparence ne permettent pas toujours de le distinguer de l'ivoire. Aussi ai-je dû recourir à la technique que j'ai indiquée dans une note antérieure pour déterminer la structure et les connexions que l'émail affecte avec les couches sous-jacentes d'ivoire.

Voici les résultats que j'ai obtenus par l'étude de l'émail des dents de chiens âgés de un à deux ans.

L'émail qui revêt les dents atteint une épaisseur de 60 à 70  $\mu$  sur les pointes, et de 18 ou 20  $\mu$  seulement, sur le reste de la couronne. Il se compose de colonnettes prismatiques, épaisses de 5  $\mu$  et séparées les unes des autres par des filaments hématoxylinophiles de 0,5  $\mu$  à 1  $\mu$ . Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la couronne, les prismes de l'émail sont les prolongements directs des cordonnets de l'ivoire, de même que les filaments intermédiaires aux prismes font suite aux espaces intercordonnaires. En étudiant comparativement les coupes parallèles et perpendiculaires aux prismes adamantins, on se rend compte des changements morphologiques et micro-chimiques que subit l'ivoire quand il se transforme en émail. Les espaces intercordonnaires se rétrécissent à mesure qu'ils approchent de l'émail, parce que le tissu réticulé se transforme, à la périphérie, en une masse calcifiée, et, dans l'axe, en un filament hématoxylinophile faisant suite à la fibre de Tomes de l'ivoire. Outre l'épaississement du cordonnet, c'est-à-dire sa transformation en un prisme, la substance de ce dernier présente une plus grande élection pour l'acide picrique, mais les stries transversales figurant les rameaux latéraux du filament interprismatique persistent dans les prismes adamantins. La striation transversale de ces prismes, déjà connue d'Owen, est très serrée dans les dents du chien et, comme dans l'ivoire, elle est plus hématoxylinophile que l'hyaloplasma intermédiaire, calcifié.

Dans l'émail, les espaces intercordonnaires ou le filament hématoxylinophile qui les termine décrivent de légères flexuosités ; c'est là ce qui détermine l'aspect variqueux des prismes adamantins.

La persistance des espaces intercordonnaires ou des filaments hématoxylinophiles entre les prismes de l'émail nous explique leur



union intime sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la présence d'un ciment particulier. Ces filaments hématoxylinophiles, moins riches en sels calcaires que le reste de l'émail, figurent, sur les coupes transversales, un réseau à mailles polygonales contenant les prismes eux-mêmes.

En certains points, ces filaments sent, lorsqu'ils pénètrent dans l'émail, encore entourés d'une gaine réticulée, non calcifiée. Ce fait nous rend compte de la prolongation des canalicules ou tubes de l'ivoire jusque dans l'émail : la macération faisant disparaître toutes les parties organiques non calcifiées, on voit, sur les coupes usées à la meule, le système canaliculaire de l'ivoire s'avancer jusque dans l'émail.

John et Charles Tomes qui ont découvert cette disposition chez les Marsupiaux et d'autres animaux avouent ne pas « concevoir comment un pareil rapport a pu s'établir entre les deux tissus au cours de leur développement ». A cette difficulté s'ajoute, si l'on admet l'origine différente de l'émail et de la dentine, l'explication de la striation transversale et de l'union de l'émail et de la dentine. La striation transversale est due pour les deux tissus à la présence des rameaux latéraux des filaments intercordonnaires. Quant aux connexions de l'émail et de la dentine, les uns pensent que chaque prisme de l'émail se creuse une cupule dans la dentine ; d'autres supposent que chaque prisme s'incruste dans l'ivoire. Les coupes minces et les colorations lèvent toutes les difficultés, toutes les contradictions : les cordonnets de l'ivoire se continuent avec les prismes adamantins, mais simultanément les espaces intercordonnaires se transforment, d'une part, en substance émailleuse et de l'autre, en un filament hématoxylinophile. C'est ainsi que s'explique le plus grand diamètre des prismes de l'émail et leur union intime par une masse hématoxylinophile. L'émail, en un mot, n'est que le stade ultime de l'évolution de l'ivoire avec disparition finale des espaces intercordonnaires. Ce n'est point une substance amorphe minéralisée : l'émail est structuré.

A la surface externe de l'émail existe un revêtement amorphe, très colorable à l'hématoxyline et d'une épaisseur moyenne de 2 à 5  $\mu$ . On lui donne le nom de *membrane de Nasmyth*. Les uns la considèrent comme un résidu embryonnaire, d'autres la prennent pour du ciment, d'autres encore pour une cuticule spéciale. A mon avis, ce revêtement de l'émail n'est que la couche superficielle de l'émail en voie de destruction ou de desquamation.

*Résultat général.* — L'ivoire est de l'os, dit Clopton Havers en 1691 ; mais l'émail serait de nature pierreuse. J. Hunter l'appelait *lamina vitrea*, tandis que Bichat et Cuvier y découvrirent des *fibres*.

Quant à son mode de développement, Cuvier prétendait s'être

assuré (an XIV) que « l'émail est déposé par la même membrane et la même face que le ciment ».

En étudiant au microscope la paroi du follicule ou sac dans lequel apparaît la dent, on ne tarda pas à découvrir une rangée de cellules cylindriques, auxquelles Schwann et Owen attribuèrent le rôle de former l'émail : chaque cellule se transformerait en un prisme. Le côté faible de cette histogénèse fut mis en lumière par Huxley (1853), car les cellules cylindriques sont toujours séparées de l'émail par une membrane basilaire ou vitrée. Cette constatation n'arrêta pas ceux qui voulaient faire descendre l'émail des cellules épithéliales (*adamantoblastes* ou *améloblastes*) d'un bourgeon de la muqueuse buccale, dit *organe de l'émail*. Ces améloblastes pousseraient un prolongement à travers la membrane vitrée ou sécrèteraient une substance qui, après l'avoir traversée, se concrèterait en un prisme. On ne sait comment ces prismes se soudent ni comment procède leur calcification ; est-ce de dedans en dehors ou en sens inverse ?

Ces discussions sont oiseuses, et, pour s'éclairer, il vaut mieux s'adresser au développement comparé.

Dès 1874, Ch. Tomes signala un *organe dit de l'émail* chez un embryon de Tatou, fait des plus étonnants si l'on songe que l'émail n'existe pas sur les dents de l'adulte. G. Pouchet et Chabry (1884), puis Ballowitz (1892) confirmèrent le fait sur d'autres espèces d'Édentés. D'autre part, au niveau de la seule moitié supérieure du prétendu organe de l'émail, se produit de l'émail, tandis que les mêmes cellules de la moitié inférieure n'élaboreraient point d'émail. Enfin, A. v. Brunn, étudiant, en 1887, les incisives des Rongeurs dont la face postérieure, concave, manque d'émail, y constata la présence du soi-disant organe de l'émail qui, malgré sa persistance, ne fournit point d'émail.

Ces exceptions ou contradictions réelles n'ont porté aucun des observateurs cités à se demander si le prétendu organe de l'émail prend part à la genèse de l'émail. Avouons que les idées qui ont cours sur la nature de cette substance n'orientent guère les chercheurs dans cette direction. La plupart des histologistes, et Maurer encore en 1915, soutiennent que l'émail n'est pas un tissu ; c'est un produit fluide à l'origine, lequel se concrète, tout en se différenciant en prismes d'une part, en ciment, de l'autre. Et cependant, malgré sa dureté, bien qu'il fasse souvent feu avec le briquet, l'émail se laisse pénétrer par les fibres de Tomes. Au lieu de lever les difficultés par une étude plus approfondie, on s'est borné, à l'exemple de A. v. Brunn, à doter l'organe de l'émail d'une nouvelle fonction qui serait de servir de moule à la dent. Pas plus que ses devanciers, Ballowitz n'a pu s'affranchir de l'er-



reur classique (origine épithéliale de l'émail). Quant à l'action que l'organe dit de l'émail exerce sur la papille dentaire, il a raisonné juste. Cet organe provoque sur les cellules de la papille une excitation fonctionnelle aboutissant au développement des odontoblastes.

Si la morphologie montre qu'il y a parfois un organe dit de l'émail, sans production d'émail, l'histogenèse prouve que l'émail n'apparaît jamais sans être précédé d'ivoire ; ce ne sont nullement les cellules épithéliales, mais les extrémités périphériques des cordonnets de l'ivoire qui se transforment en prismes de l'émail. Si l'émail était une transsudation, il ne serait point structuré. Si l'émail provenait de l'organe dit de l'émail, il ne saurait contenir des espaces intercordonnaires, c'est-à-dire des tubes de l'ivoire. Cependant la dent n'apparaissant que dans les régions cutanées ou muqueuses où l'épithélium superficiel végète pour donner naissance à un bourgeon devenant une calotte épithéliale, il est évident que la présence de cet *organe prédentaire*, de nature épithéliale, imprime aux cellules mésodermiques qu'il coiffe et circonscrit une activité, une puissance évolutive telle qu'elles se mettent à édifier une dent. Quoique les cellules épithéliales ne fournissent aucun élément à celle-ci, le développement de l'organe prédentaire est la condition *sine qua non* de la formation d'une dent. Il crée un milieu propre à la modification de la cellule mésodermique et à sa transformation en odontoblaste. De plus, cette nouvelle espèce cellulaire produit non seulement l'ivoire, mais encore l'émail : l'odontoblaste est donc à la fois *éburniblaste* et *adamantoblaste* ou *améloblaste*.

(Comptes rendus des séances de la Société de biologie, n° 16, 1919.)

## HYGIÈNE

### PÉTITION ADRESSÉE AU SÉNAT POUR APPUYER LA PROPOSITION DE LOI DE M. LE SÉNATEUR CHÉRON<sup>1</sup>

Paris, le 4 juillet 1919.

A M. le Président de la Commission nommée le 25 mai 1905 et chargée de l'examen d'une proposition de loi tendant à modifier

1. Nous avons publié dans notre numéro du 30 juillet dernier la proposition de loi de M. le sénateur Chéron.

*les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.*

Monsieur le Président,

Au nom du groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de la Fédération dentaire nationale et du Comité national français d'hygiène dentaire, nous avons l'honneur de vous adresser un vœu en faveur de la proposition de loi de M. le sénateur Henri Chéron, présentée à la séance du Sénat du 13 juin 1919 et tendant à ranger les soins dentaires parmi ceux qui sont protégés par la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Comme nous l'exposons dans une pétition en date du 24 juin 1919 au Ministre de l'Instruction publique sur l'organisation de l'hygiène dentaire dans les écoles primaires (voir notre annexe), « Les » nombreux services dentaires qu'il a fallu créer pendant la guerre » pour nos soldats mobilisés ont montré l'importance de ces soins » pour la conservation des dents, organes essentiels de l'alimen- » tation des individus et dont la destruction par la carie dentaire » compromet gravement leur santé.

.....  
» La guerre a fait une fois de plus la preuve qu'on ne saurait » tarder davantage à étendre le plus largement possible le bénéfice » des soins dentaires à la population civile, aux pauvres particulièrement, dont l'alimentation est déjà le plus souvent insuffisante » et défectueuse.

» Cette réforme constituerait un progrès important dans l'hygiène en général.

» Il en résulterait :

» 1<sup>o</sup> Une amélioration notable de l'état sanitaire ;

» 2<sup>o</sup> Une économie financière importante pendant la présence » des hommes sous les drapeaux ;

» 3<sup>o</sup> Un intérêt économique pour le pays en supprimant un » grand nombre de journées d'hôpital et de chômage dues à la » maladie comme l'ont prouvé les statistiques du service de santé » militaire depuis 1914.

» Un certain nombre de pays étrangers, l'Angleterre, les Etats- » Unis d'Amérique et l'Allemagne particulièrement, sont déjà » entrés dans cette voie depuis longtemps.

» Certaines municipalités en France ont pris l'initiative de créer de tels services, notamment l'Administration de l'assistance publique de Paris avec les services dentaires des hôpitaux et les dispensaires de deux écoles dentaires de Paris et surtout la ville



de Strasbourg qui peut être citée pour ses cliniques municipales dentaires modèles ».

En conséquence, monsieur le Président, nous avons l'honneur, au nom de nos sociétés, d'émettre le vœu que la proposition de loi de M. le sénateur Chéron sur les soins dentaires soit adoptée le plus tôt possible.

Veuillez agréer, etc.

*Le Président  
de l'Association générale syndicale  
des dentistes de France,  
L. BLOUX.*

*Le Président-Directeur  
de l'Ecole dentaire de Paris,  
Dr Ch. GODOU.*

*Le Président de la Fédération dentaire nationale,  
A. BLATTER.*

*Le Président du Comité national français d'hygiène dentaire,  
Dr Maurice ROY.*

---

**PÉTITION ADRESSÉE  
AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE  
SUR L'ORGANISATION DE L'HYGIÈNE DENTAIRE  
DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES**

Paris, le 24 juin 1910.

Monsieur le Ministre,

Au nom du groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de la Fédération dentaire nationale et du Comité national français d'hygiène dentaire, nous avons l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur les inconvénients résultant pour les enfants qui fréquentent les écoles primaires de l'absence d'inspection et de soins dentaires réguliers.

Les nombreux services dentaires qu'il a fallu créer pendant la guerre pour nos soldats mobilisés ont montré l'importance de ces soins pour la conservation des dents, organes essentiels pour l'alimentation des individus et dont la destruction par la carie dentaire compromet gravement leur santé.

Par une circulaire du 23 mars 1908 adressée aux inspecteurs d'académie, M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, les informait qu'il avait décidé de rendre obligatoires dans les écoles normales primaires, ainsi que dans les internats annexés à une école primaire supérieure, certaines prescriptions essentielles se rapportant à l'hygiène de la bouche. Dans une lettre-circulaire

de la même date aux recteurs d'académie, le ministre appelait leur attention sur le même sujet et énumérait tous les troubles pouvant résulter de la carie dentaire qu'on trouve dans la proportion de 95 0/0 chez les enfants d'âge scolaire.

A ces deux circulaires était joint un document exposant :

a) L'organisation de deux services distincts d'inspection et de traitements dentaires.

b) Les soins à donner à la bouche des écoliers.

c) Un modèle de fiche dentaire (Ce modèle de fiche était emprunté au dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris).

L'année suivante (1900) le ministre étendit aux établissements de l'enseignement secondaire (lycées et collèges) les prescriptions de la circulaire du 23 mars 1903 dans les mêmes conditions et la mesure s'appliquait aux internes et aux externes.

Nous joignons ces divers documents en annexe à la présente pétition.

Cette nouvelle organisation pour tous les écoliers désignés ci-dessus a constitué un progrès important dans l'hygiène scolaire et a donné les meilleurs résultats.

Il en a été de même d'une organisation analogue créée en 1900 pour les soldats par M. Chéron, sous-secrétaire d'Etat à la guerre, ainsi que de tous les services qu'ont été dans la nécessité d'organiser pendant les hostilités, pour les soldats et les marins, les ministres Justin Godart et Lacaze.

La guerre a fait la preuve qu'on ne saurait tarder davantage à étendre le bénéfice de cette réforme d'hygiène scolaire à tous les enfants des écoles primaires afin de préserver les nouvelles générations de tous les troubles qui ont atteint leurs aînés.

Il en résulterait :

1° Une amélioration de l'état sanitaire des adolescents et des adultes ;

2° Une économie financière importante pendant la présence des soldats aux armées ;

3° Un intérêt économique pour le pays en supprimant un grand nombre de journées de chômage dues à la maladie (voir aux annexes).

Un certain nombre de pays étrangers, l'Angleterre, les Etats-Unis et l'Allemagne particulièrement, sont déjà entrés depuis longtemps dans cette voie (voir à ce sujet les notes annexées).

Certaines municipalités en France ont pris l'initiative de créer pour les enfants de leurs écoles de tels services (le dispensaire du 8<sup>e</sup> arrondissement de Paris par exemple) et surtout la ville de Strasbourg, que notre glorieuse victoire a fait rentrer dans le sein de la France et qui peut être citée comme ayant une clinique



municipale modèle pour les soins dentaires des enfants de ses écoles (voir à ce sujet les notes annexées).

En conséquence, monsieur le Ministre, nous avons l'honneur de vous prier d'étendre aux enfants des écoles primaires de France l'organisation des services d'inspection et de traitement dentaires prévus par les deux circulaires du 23 mars 1908, en laissant à chaque commune le devoir d'en assurer la charge par sa caisse des écoles, comme cela a lieu déjà pour plusieurs d'entre elles, ou au service d'assistance médicale dans les conditions prévues par les articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893, au moins en ce qui concerne le service de traitement dentaire à donner aux écoliers pauvres, conformément à la proposition de loi faite au Sénat par M. le sénateur Chéron, le 13 juin 1919.

Le service d'inspection seul pourrait rester à la charge de l'Etat.

Dans l'espérance, monsieur le Ministre, que vous voudrez bien accueillir favorablement notre demande, qui ne s'inspire que de l'intérêt général, nous vous prions d'agréer, etc.

*Le Président*  
*de l'Association générale syndicale*  
*des dentistes de France,*  
L. BLOUX.

*Le Président-Directeur*  
*de l'Ecole dentaire de Paris,*  
Dr Ch. GODON.

*Le Président du Comité national français d'hygiène dentaire,*  
Dr Maurice ROY.

*Le Président de la Fédération dentaire nationale,*  
A. BLATTER.

---

### PROPOS D'UNE PROPOSITION DE CRÉATION DE SERVICES DENTAIRE DANS LES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS

Pétition du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris<sup>1</sup>.

Paris, 14 mai 1919.

*A M. le Président et MM. les Membres du Conseil*  
*municipal de Paris,*

Dans votre séance du 19 avril dernier, vous avez envoyé à l'administration et à votre 4<sup>e</sup> commission une proposition de M. Paul Fleurot et de plusieurs de ses collègues tendant à créer

---

1. Nous avons publié dans notre numéro du 10 juillet dernier la proposition de M. le conseiller municipal Fleurot, qui a provoqué cette pétition.

dans les Ecoles de la ville de Paris des consultations pour les maladies de la bouche, consultations dont seraient chargés des médecins stomatologistes.

Le Groupement de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris approuve pleinement la pensée qui a dicté cette proposition en ce qui concerne les consultations pour les soins à donner aux dents des enfants, mais non l'exclusion des chirurgiens-dentistes.

Ce groupement s'est toujours, en effet, particulièrement occupé des questions d'hygiène dentaire scolaire, notamment dans les sessions de la Fédération dentaire internationale, qui comprend une section d'hygiène et des services dentaires publics, au Congrès d'hygiène scolaire de Paris (1910), au Comité national français d'hygiène dentaire, groupements auxquels elle a adhéré, et en mettant son Dispensaire le jeudi et le dimanche à la disposition des enfants des écoles primaires parisiennes.

Nous rappelons à ce propos les vœux que nous avons émis, notamment en septembre 1887, et que nous vous avons adressés, tendant à la création de services d'inspection dentaire dans les écoles communales de Paris et vous offrant notre concours dans ce but. Notre Groupement estime même qu'il y aurait lieu d'étendre la proposition à la création d'une inspection semestrielle régulière, comme cela se fait dans tous les services qu'il a organisés.

Mais il ne saurait trop s'élever contre la proposition de confier ces postes de consultants aux seuls médecins stomatologistes, à l'exclusion des praticiens spécialisés en art dentaire et diplômés par l'Etat à la suite d'examens subis devant les Facultés de médecine françaises, c'est-à-dire les chirurgiens-dentistes.

Les chirurgiens-dentistes, dont la profession est réglementée par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, font, aux termes du décret du 11 janvier 1909, cinq ans d'études et subissent trois examens pour obtenir le diplôme qui leur confère le droit d'exercice légal. Ces spécialistes sont donc tout à fait qualifiés pour l'inspection et le traitement des dents des enfants des écoles.

Lorsque, le 23 mars 1908, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts créa, sur notre initiative, dans les écoles normales primaires et dans les internats annexés à une école primaire et à une école primaire supérieure deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires, il spécifia que le premier serait confié à un *chirurgien-dentiste*, diplômé également d'une école dentaire, désigné par l'administration sur la proposition du chef de l'établissement (voir annexe).

En ce qui concerne le traitement dentaire, qui incombe aux familles au même titre que la maladie, le Ministre décida qu'à



défaut d'un dentiste désigné par les parents, le service organisé en dehors de l'école serait confié à un *dentiste* diplômé aussi d'une Ecole dentaire, dans les mêmes conditions que son confrère.

L'année suivante (1909), le Ministre étendit aux établissements de l'enseignement secondaire (lycées et collèges) les prescriptions de la circulaire du 23 mars 1908, *dans les mêmes conditions*, et la mesure s'appliquait aux internes et aux externes.

Depuis, ces services ont fonctionné régulièrement.

De son côté, le ministre de la Guerre, qui, le 10 octobre 1907, avait posé le principe de l'organisation de services de stomatologie dans l'armée, décida, le 2 décembre 1910, que les cliniques dentaires créées dans les hôpitaux militaires ou hôpitaux mixtes seraient confiées à des militaires possédant, au moment de leur incorporation dans l'armée, le diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine, ou, à défaut, par des étudiants ayant huit inscriptions de chirurgie dentaire.

Dans une autre circulaire, le ministre de la Guerre recommanda aux chefs de service d'utiliser les jeunes chirurgiens-dentistes pendant leur séjour sous les drapeaux comme dentistes des infirmeries régimentaires.

Et il en a été ainsi pendant toute la durée de la guerre comme on peut le voir dans la note annexée (n° 2).

Le 26 février 1916, un décret du ministre de la Guerre crée les *dentistes militaires* (praticiens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste) en leur donnant le rang d'adjudant sous-officier.

Le 1<sup>er</sup> mars suivant, le Ministre de la Marine crée, de son côté par décret, les *chirurgiens-dentistes de la Marine*, praticiens pourvus du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, en les assimilant aux médecins auxiliaires (voir annexe 3).

Le 28 mars 1918, le Gouvernement dépose à la Chambre des députés un projet de loi créant des *officiers dentistes* dans le cadre complémentaire du Service de santé.

Ce projet a été adopté par la Chambre et le Sénat et la loi a été promulguée le 18 octobre 1918 (voir annexe 4).

Ainsi, le Gouvernement a, depuis 12 ans, dans l'enseignement primaire supérieur, dans l'enseignement secondaire, dans l'armée de terre et dans l'armée de mer, chargé les chirurgiens-dentistes de tous les services dentaires qu'il a créés. Il n'en a pas écarté, il est vrai, les docteurs en médecine, puisqu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892, ceux-ci ont le droit d'exercer l'art dentaire, mais il a spécifié que ceux qui participeraient à ces services devraient posséder également le diplôme de chirurgien-dentiste. Quand il n'a pas formulé cette précision, il a donné, en tout cas, la préférence aux médecins possédant les deux diplômes.

On ne s'expliquerait donc pas pourquoi, dans la proposition qui vous est soumise, une catégorie de spécialistes bien qualifiés cependant par leurs études, leur diplôme légal et leur pratique pour remplir avec compétence un rôle qui leur incombe, serait écartée de ces services.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous prier de vouloir bien tenir compte des observations qui précèdent relativement à l'organisation de l'inspection et du traitement dentaires dans les écoles et de notre demande que cette inspection et ce traitement dentaires soient confiés à des chirurgiens-dentistes diplômés des Facultés de médecine française.

Nous sommes convaincus que la légitimité de notre requête trouvera auprès de vous l'accueil favorable que notre Groupement a toujours rencontré, depuis sa fondation, auprès du Conseil municipal, comme chaque année, lors du vote de la subvention qu'il accorde à nos Ecoles dentaires, et que l'esprit démocratique qui caractérise votre assemblée se manifestera une fois de plus en y donnant satisfaction.

Nous nous tenons d'ailleurs à votre disposition pour vous fournir tous documents et tous renseignements nécessaires sur l'organisation et le fonctionnement des services d'hygiène dentaire scolaire, dans les contrées où ils existent, notamment aux Etats-Unis, en Angleterre et autres pays, où cette hygiène est très développée.

Veuillez agréer, etc.....

Pour le Conseil d'administration :

*Le Secrétaire général :*

G. VILLAIN.

*Le Président-Directeur de l'Ecole :*

GODON.

## CONGRÈS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DE LYON

*On nous demande l'insertion de l'avis suivant :*

Dans sa réunion du 3 juillet 1919 le Comité d'organisation du Congrès international d'hygiène bucco-dentaire a décidé de verser les cotisations perçues, déduction faite des frais, à la Société *l'Aide confraternelle*.

Les confrères qui auraient à ce sujet des réclamations à faire sont priés de les adresser au secrétaire général, Dr Vichot, 6, rue de la Barre, Lyon, dans la quinzaine qui suivra l'annonce.

*Le secrétaire général : Dr J. VICHOT.*



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### RAPPORTS INTER-PROFESSIONNELS

#### Rapport au sujet des revendications du Syndicat des Mécaniciens-Dentistes.

La Commission exécutive des Bureaux de l'A. G. S. D. F., du Groupement de l'E. D. P. et de la F. D. N. et des sociétés qui lui sont affiliées, réunie le vendredi 11 juillet 1919,

Considérant :

Les lettres et rapports que lui a adressés le Conseil syndical des mécaniciens-dentistes contenant ses rapports adoptés par l'assemblée générale du 21 juin 1919 à la Bourse du Travail au sujet des revendications professionnelles des mécaniciens

- 1<sup>o</sup> Sur la journée de 8 heures,
- 2<sup>o</sup> Sur les contrats d'apprentissage,
- 3<sup>o</sup> Sur le barème des salaires,
- 4<sup>o</sup> Sur la reconnaissance du syndicat,

Après étude de ces documents, décide de porter à la connaissance des membres des dites sociétés l'avis suivant :

Il y a lieu de répondre affirmativement sur la 1<sup>re</sup> revendication déjà en application depuis longtemps dans la plupart des laboratoires, et ainsi que sur le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> paragraphes de cette revendication, sous réserve d'une entente entre les patrons et leurs employés au sujet des heures de congé ; même réponse affirmative en ce qui concerne les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> paragraphes ; réponse affirmative également pour les conditions d'apprentissage.

En ce qui concerne l'instruction technique réclamée pour les apprentis, il y a lieu de rappeler qu'il existe à l'Ecole dentaire de Paris, depuis plusieurs années, un enseignement technique complet, comprenant des cours théoriques et pratiques, spécialement organisés pour les élèves mécaniciens, d'une durée de deux ans, qui se termine par un examen pour l'obtention d'un certificat d'*aptitude prothétique*. L'enseignement théorique est également ouvert aux apprentis mécaniciens faisant leur apprentissage dans le laboratoire d'un dentiste.

Quant au barème des salaires, qui fait l'objet de la 3<sup>e</sup> revendication et qui est proposé pour les apprentis et les mécaniciens, il ne peut être considéré, vu le caractère artistique de la profession de prothésiste, que comme une indication, suivant que certaines conditions d'aptitudes, de savoir technique et d'habi-

leté professionnelles se trouvent réalisées et en tenant compte des conditions de la vie dans les villes où ce tarif doit être appliqué. Il ne saurait donc être uniforme.

D'ailleurs les barèmes proposés sont exagérés, comparés à ceux qui sont appliqués dans la plupart des laboratoires et ont été inspirés par les conditions actuelles de la vie matérielle, heureusement passagères. Il y aura lieu de les reviser en ajoutant au salaire normal une indemnité variable de vie chère.

Sur les conditions de reconnaissance du syndicat qui font l'objet de la 4<sup>e</sup> revendication, la Commission, se basant sur l'ordre du jour adopté dans la séance du 20 juin dernier, de la Commission exécutive et des bureaux du groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., se tient à la disposition des patrons dentistes et des mécaniciens pour servir d'arbitre dans leurs différends s'ils le désirent en ce qui touche les articles 1, 2, 3, 4 et 6 de cette revendication et recommande l'application de l'article 5 dans tous les laboratoires.

Dans tous les cas, l'A. G. S. D. F. se mettra en rapport avec les associations professionnelles pour la réponse qui doit être faite aux diverses revendications du Syndicat des mécaniciens.

---

### SYNDICAT DES MÉCANICIENS-DENTISTES

*Siège social: 3, rue du Château-d'Eau (Bourse du Travail), Bureau: 7.*

#### Cahier des Revendications Professionnelles.

Le Conseil syndical des mécaniciens-dentistes représentant leur Syndicat a l'honneur de vous soumettre leurs rapports adoptés en l'assemblée générale du 21 juin 1919, à la Bourse du Travail et vous prie de les examiner de façon à ce que d'un commun accord dans l'application nous en définissions la date:

1<sup>o</sup> Sur la journée de 8 heures; 2<sup>o</sup> sur les contrats d'apprentissage; 3<sup>o</sup> sur le barème des salaires; 4<sup>o</sup> sur la reconnaissance du Syndicat: établissement des règles de discipline intérieure de l'atelier, délégation d'atelier.

1<sup>o</sup> Journée de huit heures. — Il est entendu que la semaine des heures de travail n'excèdera pas 48 heures.

2<sup>o</sup> La semaine anglaise sera appliquée, c'est-à-dire, se terminera le samedi à midi, à condition que les heures soient réparties sur les autres journées de travail.

3<sup>o</sup> En aucun cas, il ne devra être retenu un salaire ni fait de tra-



vail le samedi après-midi, en échange d'un jour férié ou reconnu comme tel.

4° Les heures de présence sont laissées au choix des employeurs et employés.

#### *Conditions.*

1° L'apprentissage dure trois années ;

2° L'apprenti doit ces trois années à son patron ;

3° Il doit être en possession du certificat d'études primaires ;

4° La durée de son travail journalier ne peut excéder celle des ouvriers, c'est-à-dire 8 heures par jour et 44 heures par semaine, la semaine prenant obligatoirement fin le samedi à midi.

En aucun cas, il ne peut lui être imposé l'accomplissement d'heures supplémentaires ;

5° Il ne peut être employé à des travaux autres que l'exercice de la profession, non plus qu'à des courses ne s'y rattachant pas immédiatement : les courses chez les fournisseurs seront elles-mêmes l'exception et seulement destinées à développer chez l'apprenti les connaissances voulues dans le choix des matières ;

6° Les parents auront l'obligation de faire suivre à l'apprenti les cours du soir ou tous cours spéciaux qui viendraient à être constitués pour l'enseignement technique ;

7° Le patron donnera, à défaut de cours spéciaux, les directives voulues pour l'instruction technique de l'apprenti. Il veillera lui-même aux progrès accomplis, qui devront être parallèles à l'instruction pratique. Son choix dans les ouvrages professionnels à désigner pour l'étude s'inspirera des méthodes les plus modernes, le syndicat pouvant toujours lui donner les directives voulues à cet effet, en attendant que l'établissement d'une école professionnelle et de perfectionnement subviennent à de tels besoins.

En principe, à la fin de ses trois années de stage, l'apprenti doit posséder des connaissances suffisamment étendues pour exécuter seul et sans conseils une pièce partielle en caoutchouc et posséder au moins les premiers éléments du travail de l'or.

La création envisagée d'une école professionnelle pourra établir, à ce point de vue, un criterium par l'établissement de concours ou d'examens semestriels ou annuels.

#### *Rétribution.*

De 0 à 12 mois	de 10 à 20 fr. par semaine	
De 12 à 18 —	de 20 à 30 —	—
De 18 à 24 —	de 30 à 40 —	—
De 24 à 30 —	de 40 à 50 —	—
De 30 à 36 —	de 50 à 60 —	—

*Barème des salaires.*

- 1<sup>o</sup> Jeune mécanicien sortant d'apprentissage et connaissant le caoutchouc et débutant pour l'or :  
Par semaine..... de 75 à 100 fr.
- 2<sup>o</sup> Second mécanicien connaissant bien le caoutchouc et suffisant pour l'or :  
Par semaine..... de 100 à 150 fr.
- 3<sup>o</sup> Premier mécanicien connaissant bien le caoutchouc et à fond l'or :  
Par semaine..... de 150 à 200 fr.
- 4<sup>o</sup> Chef d'établi ou d'atelier : Spécialistes pour les travaux de bridges, émaux, et autres :  
Par semaine..... 200 fr. et au-dessus.

P.-S. — Les tarifs s'appliquent aux ouvrières mécaniciennes et aux mutilés rééduqués. Ces derniers devront être placés de préférence dans les centres de prothèse organisés par l'Etat.

Il est entendu que ces prix sont fixés d'après le coût de la vie et qu'en cas de surenchérissement, ils devront suivre dans les mêmes proportions.

Fait à la date du 1<sup>er</sup> juillet.

— Pour la Commission :

*Le Secrétaire.*

*Reconnaissance du Syndicat.*

1<sup>o</sup> Il est convenu entre le Syndicat des patrons mécaniciens-dentistes, d'une part ;

Et le Syndicat des mécaniciens-dentistes, d'autre part.

2<sup>o</sup> Tout différend intervenant entre l'une des deux parties devra être soumis à une commission mixte d'études.

3<sup>o</sup> Les deux parties s'engagent à ne jamais avoir recours, sans en avoir délibéré, à quelque action d'ensemble pouvant porter tort à l'une des parties.

4<sup>o</sup> Dans chaque atelier il y aura un représentant pour dix mécaniciens et au-dessous, et autant proportionnellement au nombre.

5<sup>o</sup> La salubrité devra être observée conformément à la loi réglementant les ateliers et aux lois d'assurances et il devra être établi un vestiaire bien organisé et fermant à clef.

6<sup>o</sup> Les deux Syndicats s'engagent à respecter le cahier des revendications portant sur la semaine de 48 heures, les contrats d'apprentissage et le barème des salaires.

Fait à Paris, le 1<sup>er</sup> juillet 1919.



## RÈGLEMENTATION DE L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE AU MAROC

*Un décret du Sultan du Maroc en date du 12 avril 1916 a réglementé dans ce pays l'exercice des professions de médecin, pharmacien, dentiste et sage-femme. Ce décret, dont nous reproduisons ci-dessous les dispositions essentielles, contenant une clause (parag. 4, art. 3) de nature à empêcher les praticiens pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste de l'Etat français d'exercer au Maroc dans leur plénitude les droits que leur confère ce diplôme, une protestation (que nous reproduisons également ci-après) a été adressée à ce sujet au Résident général au Maroc et au ministre des Affaires étrangères par la Fédération dentaire nationale, sur la demande de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F.*

### DÉCRET.

Art. 1. — Nul ne pourra dans toute l'étendue de la zone française de l'Empire chérifien exercer à l'avenir la profession de médecin, de pharmacien, de dentiste ou de sage-femme s'il n'est possesseur d'un titre en donnant le droit dans le pays où il lui a été concédé.

Art. 2. — Les médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes qui voudront exercer leur profession au Maroc seront tenus, avant de commencer à pratiquer, de déposer leurs titres entre les mains de l'autorité administrative de contrôle locale, en vue de leur examen par le Secrétaire général du Protectorat qui, pour les équivalences de diplômes, prendra l'avis des services techniques intéressés.

Le Secrétaire général du Protectorat délivrera alors une autorisation de pratiquer, inscrite au dos du diplôme. Cette autorisation sera présentée à l'autorité administrative de contrôle locale et visée par celle-ci.

Si le praticien est de nationalité étrangère, le Secrétaire général du Protectorat contrôlera la valeur des titres qui lui seront remis, auprès du Consul dont relève l'intéressé.

Ce n'est qu'après avoir obtenu l'autorisation ci-dessus prescrite que les intéressés pourront commencer à exercer leur profession. Leurs noms seront portés à la connaissance du public par la voie du *Bulletin officiel* du Protectorat.

La liste des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes autorisés à exercer au Maroc sera affichée au commencement de

chaque année dans les principales villes de la zone française de l'Empire chérifien et publiée au *Bulletin officiel* du Protectorat.

L'autorisation de pratiquer est valable pour toute l'étendue de la zone française de l'Empire chérifien. Cependant si le détenteur d'une autorisation change de résidence, il est tenu de faire viser et enregistrer ce titre sans délai par l'autorité administrative de contrôle de son nouveau domicile.

Art. 3. — Les médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes pourvus d'une autorisation régulière ne pourront se livrer à l'exercice de leur profession que dans les conditions établies par leurs diplômes.

*Les dentistes non munis d'un diplôme de médecin devront s'abstenir de toutes opérations autres que celles qui se pratiquent couramment dans l'exercice de leur profession. Il leur est interdit de pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un médecin.*

Art. 4. — Toute infraction aux dispositions de l'article ci-dessus sera considérée comme un acte d'exercice illégal.

Toute usurpation du titre de médecin, de pharmacien, de dentiste ou de sage-femme est considérée comme un acte d'exercice illégal et punie comme tel.

Art. 11. — Toute autre infraction aux dispositions du présent décret ou des arrêtés viziriels prévus pour son exécution est passible d'une amende de 500 à 5.000 francs, sans préjudice, le cas échéant, de toutes pénalités, en vertu du décret du 14 octobre 1914 sur la répression des fraudes.

Si le délit d'exercice illégal est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1.000 à 10.000 francs.

L'amende sera double au cas de récidive et le délinquant pourra être condamné, en outre, à un emprisonnement dont la durée n'excédera pas un an.

Le fait de s'être servi, pour obtenir l'autorisation d'exercer, d'un titre faux ou falsifié ou d'avoir fait usage d'un titre appartenant à une autre personne sera poursuivi conformément aux lois sur le faux.

Toutes ces sanctions seront prononcées sans préjudice des ac-



tions en dommages et intérêts, qui pourront être intentées à l'encontre des délinquants par les intéressés.

Fait à Rabat, le 12 avril 1916.

Vu pour la promulgation et mise à exécution

Rabat, le 19 avril 1916.

*Le Commissaire Résident général,*

LYAUTEY.

*(Bulletin officiel du Protectorat de la République française au Maroc, n° 183, 24 avril 1916).*

\*  
\* \*

#### FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Paris, le 12 juillet 1919.

Monsieur le Résident général,

Des demandes de renseignements provenant de jeunes chirurgiens-dentistes désireux de s'installer au Maroc nous ont amené à prendre connaissance du décret du 12 avril 1916 portant réglementation de l'exercice de l'art dentaire, qui, avant le régime du protectorat français, était libre au Maroc.

Or, nous sommes extrêmement surpris de constater que les dispositions de ce règlement ne sont pas en accord avec la loi du 30 novembre 1892 qui régit l'exercice de l'art dentaire en France.

En particulier, nous protestons, au nom de notre Fédération et de nos groupements, contre le 4<sup>e</sup> paragraphe de l'article 3 ainsi conçu : « Les dentistes non munis du diplôme de médecin devront s'abstenir de toutes opérations autres que celles qui se pratiquent couramment dans l'exercice de leur profession. *Il leur est interdit de pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un médecin.* »

Les dispositions de ce paragraphe sont en complet désaccord avec l'article 32 de la loi de 1892 qui donne le droit de pratiquer l'anesthésie, sans l'assistance du médecin, aux possesseurs du diplôme de chirurgien-dentiste institué par cette même loi.

Il est inadmissible que les règlements d'administration publique pris en vertu de l'article 35 de la loi soient en contradiction formelle avec les dispositions légales.

En conséquence, nous vous prions de vouloir bien prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de la revision du décret du 12 avril 1916 et de l'abrogation de l'article précité, qui est de nature à porter préjudice, non seulement à la profession dentaire, mais à la région même du Maroc où les praticiens de

valeur hésitent ou même renoncent à s'établir en raison de la situation qui leur est créée par cette illégalité.

Dans l'espoir que les mesures nécessaires seront prises le plus rapidement possible, nous vous prions d'agréer, etc.

*Le Président,*

A. BLATTER.

\* \* \*

*A la suite de cette pétition le Président de la F. D. N. a reçu du Ministre des Affaires étrangères et du Résident général des réponses que l'abondance des matières nous oblige à ajourner au n° du 30 septembre prochain.*

### L' « AIDE CONFRATERNELLE »

Le comité de l'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges* rappelle aux confrères français et belges qui ont souffert dans leurs intérêts du fait de la guerre en général, et plus particulièrement de l'invasion allemande, aux veuves et aux orphelins des confrères morts pour la France et la Belgique, qu'il est à leur disposition pour leur fournir toute aide matérielle et tout secours utile.

Tous nos confrères sont priés de nous signaler les cas d'infortune qui seraient portés à leur connaissance, étant donné que fréquemment les intéressés n'osent pas exposer leur situation eux-mêmes.

S'adresser à M. Viau, président de l'œuvre, 109, boulevard Malesherbes, Paris.



## CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

### LA PROFESSION DENTAIRE

#### Parlement professionnel.

*Première réunion préparatoire constitutive  
(17 juin 1919).*

- I. Election d'un président de séance : M. le Dr L. Frey.
- II. Allocution et salutation à la délégation du Syndicat régional des dentistes français d'Alsace et de Lorraine.
- III. Correspondance : MM. Ziegler, Neef, Maurier.
  - a) Lettre de MM. Ferrand et M. Miégevill.
  - b) Télégramme de Strasbourg en date du 16 juin.

« Ne pouvons assister ayant reçu invitation qu'aujourd'hui.  
» Souhaitons plein succès à toutes vos revendications que nous  
» soutiendrons de toutes nos forces. *Association de médecins et  
» chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine.* »
- IV. Allocution de M. Charlet.
- V. Motion de M. G. Villain :

« La réunion des membres adhérents à la profession dentaire  
» tenue le 17 juin 1919 à l'Hôtel des Sociétés savantes, à Paris, ne  
» constitue pas une assemblée générale du Parlement professionnel,  
» mais une assemblée préparatoire constitutive n'ayant pas le  
» caractère d'une assemblée générale constituante. Jusqu'à la ra-  
» tification des statuts au cours d'une réunion ultérieure, les adhé-  
» sions à la profession dentaire conservent leur caractère provi-  
» soire et leur approbation de principe. » (Adopté.)
- VI. Proposition de M. H. Villain.

Organisation basée sur la confédération générale agricole avec  
changement du titre, qui serait *Confédération générale dentaire*.  
(Renvoyée à la commission.)
- VII. Propositions de MM. Bonnard et G. Villain.
  - A) *Bonnard* : Organisation provisoire, mais immédiate, problèmes  
urgents à résoudre tout de suite.
  - B) *G. Villain* : Organisation supérieure d'après le modèle anglo-  
américain.
- Décision unanime de se mettre tout de suite au travail.
- VIII. Vote des statuts :

Art. 1<sup>er</sup>. (Adopté.)

Art. II. scindé : 1<sup>re</sup> partie, adoptée à l'unanimité. 2<sup>e</sup> partie, adoptée par 21 voix contre 15.

Art. III. (Adopté.)

Art. IV. (Adopté à l'unanimité moins 4 voix.)

Art. V. (Adopté par 18 voix contre 12.)

Art. VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV. (Adoptés.)

Art. XV. (Adopté, mais renvoyé à la Commission.)

Art. XVI. (Adopté.)

IX. Election du bureau : MM. Dr Frey, Dr Herpin (Stomatologie), Blatter, Bruschera (Ecole), A. Charlet, Regnart (Syndicat des chirurgiens-dentistes de France).

X. Election de la commission de revision des statuts : MM. Postel, Rollin, Mendelsohn, Sadrin, G. Villain.

XI. Election de la Commission d'études : MM. Bonnard, Sadrin, G. Villain, Boyer.

XII. Motion préjudicielle Bonnard complétant le vœu Postel :

« Les membres présents à la réunion préparatoire constitutive »  
» du 17 juin 1919 pourront être nommés membres fondateurs »  
» du Parlement dentaire sauf appréciation de la commission des »  
» candidatures conformément à l'article IX des statuts provisoires. » (Adoptée.)

XIII. Résolution adoptée.

« Les membres adhérents à la Profession dentaire réunis le »  
» 17 juin 1919 à l'Hôtel des Sociétés savantes en assemblée préparatoire constitutive décident, sans attendre la décision de la »  
» commission de revision des statuts, de présenter à la ratification des sociétés professionnelles, dans le but de le présenter le »  
» plus tôt possible aux pouvoirs publics, un rapport sur les questions suivantes exigeant des mesures immédiates :

» 1<sup>o</sup> Revision des dispenses accordées aux mécaniciens dentistes diplômés, ainsi qu'aux étudiants en cours d'études ;

» 2<sup>o</sup> Statut légal de l'exercice de l'art dentaire en Alsace et en »  
» Lorraine ;

» 3<sup>o</sup> Mesures à prendre contre l'invasion métèque ;

» 4<sup>o</sup> Proposition de M. Fleurot au Conseil municipal de Paris, »  
» Inspection dentaire des écoles confiée aux seuls stomatologistes ;

» 5<sup>o</sup> Assistance publique.

» Protestation contre le changement de titre de *dentiste* des hôpitaux en *stomatologiste* des hôpitaux. »

---



## L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

Une situation anormale se produit en Belgique à propos de l'exercice de l'art dentaire.

Au mois d'août 1918, donc au moment où la presque totalité du pays était occupée par l'ennemi, un arrêté-loi rendu au Havre disait : « Voulant donner aux personnes qui désirent obtenir le certificat de dentiste l'occasion de subir l'examen prévu par l'arrêté royal du 30 décembre 1884, pendant la durée de la guerre, les commissions d'examen de dentiste constituées par le ministre de l'Intérieur, seront compétentes pour tous les candidats de nationalité belge, quelle que soit leur résidence <sup>1</sup> ».

Il s'agit donc simplement ici d'une modification dans la composition des jurys d'examen ; les jurys provinciaux ne pouvant siéger, on leur substitue un jury unique, fonctionnant pendant la durée de l'occupation. Mais l'arrêté-loi passe sous silence l'arrêté royal du 24 août 1899, stipulant que les candidats-dentistes doivent être porteurs d'un diplôme de candidat en médecine.

Est-ce à dessein, dans le but de favoriser quelques personnes qui, faute d'opérateurs ont donné des soins aux soldats ? Est-ce un oubli ou une bétise commise par des fonctionnaires peu au courant de la question à traiter ? Toujours est-il qu'aucune preuve préalable n'a été exigée. Reste à savoir si des preuves d'habileté et de capacité suffisantes ont été fournies. Il est permis d'en douter, vu les moyens limités dont on disposait.

Un arrêté tout récent (paru en mai 1919 <sup>2</sup>), rétablit les commissions provinciales d'examen : « Attendu que l'arrêté d'août 1918 a été pris en vue de pourvoir, pendant la durée de la guerre, au remplacement, dans la partie non occupée du pays, des commissions médicales provinciales, seules compétentes, en vertu des dispositions de l'arrêté du 31 mai 1880 pour ce qui concerne l'organisation des examens de dentistes ; attendu que les circonstances présentes permettent aux commissions médicales susvisées, qui ont repris leur fonctionnement normal, de procéder régulièrement aux examens de dentiste, l'arrêté royal du 24 août 1918 est abrogé ».

Entre la délivrance des diplômes « de guerre » et l'arrêté de mai 1919, environ soixante demandes d'admission aux examens se sont produites, ce qui correspond à peu près au huitième du nombre des dentistes pratiquant en Belgique.

Qu'en adviendra-t-il ? De zélés praticiens s'étaient efforcés de

1. L'arrêté du 24 août 1918 a été publié dans l'*Odontologie* du 30 mai 1919, p. 227.

2. Nous reproduisons ci-après cet arrêté du 5 mai 1919.

créer une école dentaire à Bruxelles et de relever ainsi le niveau moral professionnel. Le gouvernement va-t-il se lancer dans une autre voie en créant des programmes d'examen insuffisants ? Ce serait déplorable.

Nous ne pouvons, quant à nous, que souhaiter fortement qu'un enseignement dentaire, conforme aux aspirations légitimes de nos confrères, soit enfin réalisé en Belgique.

E. HUET.

## EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

*Nous avons signalé dans notre numéro de mai dernier un arrêté du roi des Belges, en date du 5 mai 1919, abrogeant celui du 24 août 1918 relatif aux examens de dentiste et de sage-femme.*

*Nous reproduisons ci-après cet arrêté qui a paru dans le Moniteur Belge du 9 mai. Cette publication complète l'article ci-dessus de notre collaborateur M. E. Huet.*

### MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

#### ADMINISTRATION DU SERVICE DE SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE.

##### *Examens de dentiste et de sage-femme.*

Albert, roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté royal du 31 mai 1880, en ce qui concerne les dispositions relatives aux jurys d'examens de dentiste et de sage-femme ;

Vu l'arrêté royal du 30 décembre 1884, modifié par les arrêtés des 28 février et 30 avril 1895, 24 avril et 14 août 1899 et 1<sup>er</sup> juillet 1908 relatif à l'exercice des professions de dentiste et de sage-femme ;

Vu l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> août 1891 relatif aux dispenses à accorder aux personnes diplômées à l'étranger ;

Revu l'arrêté royal du 24 août 1918 ;

Attendu que ce dernier arrêté a été pris en vue de pourvoir, pendant la durée de la guerre, au remplacement, dans la partie non occupée du pays, des commissions médicales provinciales seules compétentes, en vertu des dispositions de l'arrêté du 31 mai 1880, pour ce qui concerne l'organisation des examens de dentiste et de sage-femme ;

Attendu que les circonstances présentes permettent aux com-



missions médicales susvisées, qui ont repris leur fonctionnement normal, de procéder régulièrement aux examens de dentiste et de sage-femme, conformément aux dispositions édictées par les arrêtés royaux du 30 décembre 1884, 28 février et 30 avril 1895, 24 avril et 14 août 1899 et 1<sup>er</sup> juillet 1908 ;

Sur la proposition de notre ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article premier. — L'arrêté royal du 24 août 1918, relatif aux examens de dentiste et de sage-femme, est abrogé.

Néanmoins les candidats qui auront, conformément à l'article 3 de l'arrêté précité, fait parvenir leur demande au département de l'Intérieur antérieurement à la publication du présent arrêté, pourront être admis à se présenter à une session spéciale qui sera organisée pendant le trois mois.

Art. 2. — Notre ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 mai 1919.

ALBERT.

Par le Roi :

Le ministre de l'Intérieur,

Ch. de BROQUEVILLE.

(*Le Moniteur Belge* du 9 mai 1919, n° 129.)

---

## VARIA

### EN CAMPAGNE

#### Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN

Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

C'est seulement vers le milieu de l'année 1917 que fut créé officiellement l'emploi de dentiste militaire dans les régiments d'infanterie. Le sort, qui jusque-là m'avait laissé dans les rangs des combattants, me désigna pour le 86<sup>e</sup> de ligne.

Je me souviens encore de mon arrivée le 29 mai, sac au dos et l'arme à la bretelle, dans le village de *Quesmy* (Oise), récemment reconquis, tout essoufflé de la trotte que je venais de faire pour rejoindre. Il était environ dix heures du matin et, comme par hasard, trois poilus attendaient impatiemment à l'infirmirie régimentaire pour être calmés d'une violente rage de dents.

Jusque-là, les soins devaient être assurés par deux dentistes attachés à la Division et qui faisaient périodiquement des tournées dans les trois régiments d'infanterie. Mais, comme en général ces régiments étaient dispersés sur un large front, la tâche du dentiste de la Division était des plus ingrates et c'est le poilu qui en supportait les conséquences.

Aussi mon arrivée fut-elle accueillie avec une certaine sympathie et on s'empressa de me mettre en rapport avec les poilus qui attendaient une consultation dentaire. Aussitôt commencèrent pour moi les difficultés, car, si le dentiste régimentaire avait été prévu, on n'aurait pas encore prévu son outillage. Or, le dentiste le plus savant du monde peut-il exercer sa profession s'il n'a pas d'instruments ? C'était cependant mon cas. Les gens souffraient, les uns d'une crise de pulpite aiguë, l'autre d'une arthrite et il s'agissait de les soulager, ne fût-ce que par amour-propre professionnel.

En fait de médicaments ou d'instruments, il n'y avait rien, absolument rien !

On finit, cependant, par se rappeler que dans l'une des boîtes de chirurgie présentes dans les bataillons se trouvaient deux daviers. En hâte on alla les chercher et on rapporta deux instruments pour molaires du haut. Comme un fait exprès, la dent, atteinte d'arthrite et qui nécessitait l'extraction, siégeait au



maxillaire inférieur. Mais il n'y avait pas à choisir et il fallut procéder à l'extraction d'une dent du bas avec un davier du haut. La chose s'est cependant très bien passée, quoique, en fait de fauteuil, je n'ai eu qu'une chaise plus ou moins solide. Les autres malades furent provisoirement calmés avec un pansement à l'essence d'eucalyptus (à défaut d'autre chose) et furent renvoyés jusqu'à l'arrivée des instruments dentaires réclamés par le médecin-chef. En même temps j'écrivais à des amis et à certains fournisseurs pour les prier de me procurer, en faveur de mes poilus, des vieux instruments et des échantillons de produits dentaires, afin de pouvoir travailler.

Les envois ne tardèrent pas à arriver et, peu de temps après, je possédais une glace, une presselle, une sonde exploratrice, un élévateur, un pied-de-biche, des tire-nerfs, des sondes et quelques échantillons de ciment, d'amalgame et de gutta. Je pouvais donc commencer à me rendre utile.

D'ailleurs, pendant ce temps, nous n'étions pas restés sur place, car de *Quesmy* le régiment avait fait mouvement pour *Bussy*.

Dans ce village, que les Allemands n'avaient pas trop abîmé pendant leur occupation, je reçus la visite d'un malade présentant un accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure, compliqué de trismus. Il était urgent de pratiquer l'extraction et je n'avais pas de *langue de carpe*. Ce fut donc avec le *pied-de-biche*, insinué prudemment entre les deux dernières molaires, que je tentai et réussis l'extraction. En fait de fauteuil, le malade fut installé à cheval sur un banc de bois alors que la poitrine d'un poilu lui servait de dossier, tandis que les mains de ce même poilu remplaçaient la têtère. Les jours suivants, je n'eus à pratiquer que quelques extractions faciles et des pansements.

Mais, le régiment, qui venait de profiter de quelques jours de repos, reçoit l'ordre de monter en ligne.

En une étape de nuit, d'une vingtaine de kilomètres, nous arrivons sans trop de fatigue dans la ville de *Ham* (Somme) odieusement mutilée par l'ennemi.

Le soir même nous repartons vers les lignes.

La route traversant des villages en ruines, où pas un mur ne reste debout, est bordée de troncs d'arbres fruitiers abattus sans pitié par l'ennemi. La marche est pénible. Les musettes commencent à peser et je contemple non sans admiration les quatre dos qui marchent devant moi sans proférer une plainte, et qui cependant sont ployés sous le poids de leur chargement.

La nuit est noire. De temps en temps, seulement, on aperçoit les lueurs blanches des fusées éclairantes lancées en première ligne.

La fatigue devient de plus en plus grande. Quelques hommes épuisés abandonnent peu à peu la colonne. Mais, délestés de leurs sacs, qui sont chargés sur la voiture médicale, ils rejoignent bientôt leurs camarades.

Enfin, après une marche pénible et interminable, nous arrivons à la pointe du jour dans ce qui était autrefois *Ville-Evêque* (Aisne) et qui actuellement n'est plus qu'un amas de ruines. Pendant la journée je fais deux extractions de dents inférieures, toujours avec les daviers pour dents supérieures et le soir nous repartons vers les lignes.

C'est à *Maissemy*, au nord-ouest de *Saint-Quentin*, que le colonel établit son poste de commandement (P. C.). C'est donc dans ce même village que s'installe le poste de secours régimentaire (P. S.).

Dans le village pas un mur ne reste debout, car, avant de partir, les Allemands avaient méthodiquement fait sauter toutes les caves, de façon à ne pas nous laisser un seul abri. Cependant on finit par trouver pour le poste de secours une cave qui n'est pas trop démolie et dont la voûte est renforcée par les décombres des murs voisins.

C'est dans ce sous-sol, petit, humide et froid, malgré le mois de juin, que nous installons des brancards pour y coucher pendant la nuit.

Le lendemain matin, tout le monde se met au travail, car le secteur, qui est calme pour le moment, a besoin d'être organisé.

Justement une étable à cochons, qui n'avait pas été trop abîmée, se prête très bien à être transformée en un... cabinet dentaire. Le fumier et les ordures sont enlevés aux dépens de quelques nichées de rats qui avaient élu là leur domicile. Les briques sont ramassées dans les décombres et la boue remplace le mortier. Bientôt s'élève une petite construction qui, recouverte de carton bitumé, offre un excellent abri contre la pluie.

Il s'agit maintenant d'aménager mon cabinet dentaire qui n'a d'ailleurs rien de vaste. Ce qui presse le plus, c'est d'organiser un siège. Justement un bidon à essence, vide, traîne dans la cour. La selle d'une machine agricole démolie est appliquée sur ce bidon. Le dossier est improvisé avec une toile de tente fixée, d'une part, contre le bidon et, d'autre part, contre une barre métallique enfoncée dans le mur et cela fait un fauteuil... presque confortable.

Le crachoir est représenté par une espèce d'assiette en fonte ramassée dans les ruines et qui se prête très bien à cet usage.

Un fragment de bande de mitrailleuse allemande est utilisé pour loger les instruments, tandis qu'une plaque de marbre sortie



des décombres remplace la tablette en opaline. Enfin quelques fleurs, notamment des roses, très abondantes dans le village, viennent compléter l'organisation de ce cabinet rudimentaire, formant contraste avec la désolation du paysage.

Les poilus, sachant qu'il y a un dentiste au régiment, commencent à venir. Même les Anglais, avec lesquels nous sommes en liaison sur la gauche, me font demander si je suis disposé à soulager quelques-uns de leurs camarades, ce à quoi je me prête de bonne grâce.

Le secteur est assez calme. De temps en temps seulement, les Allemands nous envoient quelques rafales, mais sans nous faire de mal. La nuit on est bien obligé, quelquefois, de quitter en hâte l'abri qui n'offre aucune résistance aux éclats d'obus, pour chercher un endroit plus hospitalier, mais aucun de nous n'est touché.

D'ailleurs un vigoureux coup de main organisé par les nôtres en liaison avec les Anglais finit par faire taire l'ennemi.

Bientôt arrivent les candidats aux appareils dentaires.

Les conditions à remplir pour obtenir un appareil sont assez sévères: il faut avoir moins de cinq dents antagonistes et un état général mauvais caractérisé par des troubles digestifs et de l'amaigrissement. La circulaire ajoute que, même si le candidat a moins de cinq antagonistes, il ne faut pas le proposer pour un appareil, si ses racines ne sont pas friables et si elles offrent une surface assez résistante pour la mastication. D'autre part, si l'état général du soldat est bon, il ne faut pas le proposer, même s'il est complètement édenté.

Les formalités sont compliquées: il faut d'abord établir une demande d'autorisation pour préparer la bouche. Cette demande est composée de deux parties, une remplie par le médecin-chef du régiment, l'autre par le dentiste qui fait le schéma de la bouche. En plus, le médecin-chef doit établir un certificat de visite pour indiquer les troubles gastriques dont souffre le malade et qui nécessitent un appareil. Ce dossier est transmis par la voie hiérarchique à l'Armée, qui accueille ou rejette la demande. La réponse ne vient pas toujours très vite, surtout, si la Division change d'Armée et il faut l'attendre quelquefois plusieurs mois. Pendant ce temps il est interdit d'arracher les racines, sauf celles dont le malade souffre.

Si l'autorisation de préparer la bouche est accordée, on procède à l'extraction des dents hors d'état d'être soignées et à l'obturation de celles qu'on peut conserver.

On attend ensuite que la cicatrisation soit terminée, ce qui nécessite encore quelques mois.

Lorsque la bouche est prête, on demande l'autorisation d'éva-

cuer le malade sur un centre de prothèse. Après avoir suivi la même filière que la première demande, l'autorisation d'appareillage revient de l'Armée, qui indique le centre dentaire sur lequel doit être dirigé l'homme à appareiller. Le rôle du dentiste régimentaire est alors terminé et c'est son confrère du centre de prothèse qui se charge du reste.

Environ vingt jours après mon arrivée au régiment, on m'annonce une bonne nouvelle : le service du ravitaillement a reçu une caisse de matériel dentaire. La nuit venue, cette caisse est transportée en ligne à notre poste de secours de Maissemy. Fébrilement elle est déballée et j'y trouve : un tour à pied, une boîte de stomatologie n° 6, une douzaine de tire-nerfs, une douzaine de sondes à canaux, une boîte de gutta-percha, une boîte de ciment (poudre et liquide), un flacon d'amalgame, plusieurs flacons de mercure, d'essence de girofle, de créosote, d'eau oxygénée, etc., etc.

Le fauteuil, cependant indispensable, n'est pas arrivé, pas plus que la poire à air chaud, que je remplace par une poire de soufflerie pour cautère.

Le tour n'est pas fameux, mais il marche. Quant à la boîte de stomatologie, en dehors du porte-fraise et des excavateurs, presque tous inutilisables, elle n'est pas trop mal pourvue, surtout quant au jeu de daviers.

Il est vrai que la première fois que j'utilise l'un des élévateurs, il se brise au cours de l'extraction. Mais un procès-verbal de casse est vite établi et le remplacement demandé ne nécessite que... quelques mois.

Me voilà donc installé assez confortablement. Les traitements conservateurs commencent ; mais, pas pour longtemps, puisque une dizaine de jours après, le 27 juin, nous sommes relevés.

Après une marche de nuit qui n'est pas trop fatigante, nous arrivons à *Voyennes* (Somme).

Il y a des civils ; nous sommes donc mal logés.

L'infirmerie est placée au premier étage de l'école. Pour ameublement quatre murs nus. Néanmoins, comme nous devons rester ici deux ou trois jours, je demande au médecin-chef l'autorisation de m'installer. Pendant que je termine l'organisation du cabinet dentaire, ce qui nécessite au plus une heure et demie de travail, j'entends tout à coup sur la place du village les joyeux sons de la musique du 86<sup>e</sup>.

(A suivre.)



---

## NÉCROLOGIE

---

### Georges Leraide.

Nous apprenons la mort, dans sa 40<sup>e</sup> année, de Georges Leraide, qui, mobilisé à l'hôpital Michelet, puis à l'Ecole dentaire de Paris, fut pendant trois ans un dévoué collaborateur du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

### A l'Académie de Paris.

Le Recteur de l'Académie de Paris a reçu en audience, le vendredi 28 juillet, une délégation du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, composée de MM. Godon, Blatter et G. Villain. Cette délégation l'a entretenu des principales revendications des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique qui font l'objet d'une pétition adressée aux pouvoirs publics que nous publierons dans un prochain numéro.

---

### Mariages.

Le mariage de notre confrère M. Paul Conort, d'Yvetot, décoré de la Croix de guerre, avec M<sup>lle</sup> Hélène Gardet, a été célébré le 12 mai dernier.

Le mariage de notre confrère Félix Butreau, de Lyon, avec M<sup>lle</sup> Germaine Gaudin, a été célébré le 2 juin dernier.

Le mariage de notre confrère M<sup>lle</sup> Jeanne Ouarda Stener, D. E. D. P., avec M. Pierre Roux, a été célébré le 10 juillet dernier.

Le mariage de M<sup>lle</sup> Camille Drossner, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Robert Maduro, médecin auxiliaire, décoré de la Croix de guerre, a eu lieu le 6 août.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

---

**Livres reçus.**

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

Hygiène pratique et préventive de la bouche et des dents, par Ch. Quincerot. Vigot frères, éditeurs.

Odontome radiculaire du quaternaire supérieur, par E. Huet. Bruxelles.

---

**Société odontologique suisse.**

La *Société odontologique suisse* a tenu son assemblée générale à Neuchâtel les 28, 29 et 30 juin 1919. Le congrès a été très fréquenté, malgré les difficultés ferroviaires. Des travaux scientifiques et des démonstrations ont été présentés par MM. Schwarz (Bâle) ; Jeanneret (Berne) ; O. Muller (Berthoud) ; Matthey (Neuchâtel) ; Steiger, Muller (Zurich) ; Geisbach, Brenner et Ganguillet. Puis la Société s'est occupée de questions professionnelles au point de vue social. Le nouveau comité est composé de MM. le D<sup>r</sup> Egger (Berne), président ; Boitel (Neuchâtel), Comte (Genève), Herzog (Soleure), Perrenoud, Schwarz (Bâle), Wild (Zurich).

---

**Canton de Zurich.**

Les cas de décès s'étant multipliés dernièrement au cours d'opérations dentaires, le Conseil d'Etat du canton de Zurich a adressé aux médecins et dentistes du canton une circulaire appelant leur attention sur le danger de l'emploi des anesthésies générales et leur demandant instamment de s'abstenir de les employer, sauf en cas de nécessité, et de les remplacer, toutes les fois que cela est possible, par l'anesthésie locale.

---

**Étudiants.**

Les militaires mobilisés qui ont terminé ou vont terminer leurs études dans les Facultés ou Ecoles scientifiques et qui appartiennent à la réserve pourront, sur leur demande, être maintenus en congé sans solde ou en sursis jusqu'à la date de leur démobilisation.

D'autre part, les élèves des écoles scientifiques appartenant à l'armée active auront la faculté, après avoir rejoint leur corps ou dépôt, de demander leur affectation à un emploi leur permettant d'utiliser leurs connaissances techniques.

(*Le Matin*, 9 août 1919.)



### Nomination.

Par arrêté préfectoral du 15 avril 1919 M. Pigot (Georges), chirurgien-dentiste, chef des travaux pratiques à l'Ecole odontotechnique, dentiste-adjoint à l'Asile public d'Aliénés de Ville-Evrard, est nommé dentiste de l'Asile public d'Aliénés de Maison-Blanche, en remplacement de M. le Dr Poinso (Paul), décédé aux Armées à la fin de l'année 1918.

Le Dr Poinso (Paul) était le fils aîné de l'ancien directeur de l'Ecole dentaire de Paris. Mobilisé au début de la guerre, il fut fait prisonnier et rapatrié par le premier convoi sanitaire. En se dévouant près de ses malades, il contracta la grippe, à laquelle il succomba.

C'est seulement par l'avis ci-dessus que nous apprenons le décès de ce confrère. En nous excusant de n'avoir pu l'annoncer plus tôt, nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### VINGT-TROIS CAS DE MAXILLOTOMIE

#### *CURETTAGE ALVÉOLO-RADICULAIRE*

Par le Dr A. POULIO.

J'aurais cru impardonnable, avant cette terrible guerre, de faire une maxillotomie sans avoir pris une radiophotographie. Mais pendant la guerre, ayant perdu mon appareil à rayons X, vivant comme réfugié, et sans grandes ressources, j'ai observé qu'on peut s'en passer et les vingt-trois cas cités ci-dessous montreront qu'on peut, si l'on est sûr de la technique opératoire, opérer les abcès dans les mâchoires avec la plus grande probabilité de réussite.

J'ai fait la maxillotomie dans tous les cas où, après 3 mois du traitement médicamenteux, l'abcès n'était pas guéri, ou encore, lorsque le traitement prolongé était impossible à cause du départ du malade. Je l'ai fait après la préparation scientifique des racines. Pour l'obturation des canaux radiculaires j'employais deux méthodes, à savoir, pour les canaux larges et bien accessibles des pointes de gutta-percha trempées dans du ciment mou, et, pour les canaux minces et étroits, la pâte antiseptique préparée de trikrésolformaline, thymol et oxyde de zinc.

Les opérations ont été faites sous une anesthésie combinée (régionale et locale), sans éclairage artificiel du champ opératoire (c'est-à-dire sans réflecteur) et sans radiophotographie.

Dans 14 cas il m'a été possible de revoir les malades après quelques mois, et j'ai trouvé que l'opération avait réussi et que l'abcès était guéri.



Je suppose qu'il en est de même dans les autres cas, car j'ai toujours procédé avec une conscience très rigoureuse.

Voici l'observation de quelques-uns de ces cas :

OBS. I. — Le premier cas que j'ai opéré était très simple. C'était une incisive centrale du haut qui était la cause d'un abcès chronique. Je n'ai pas hésité longtemps. L'éclairage direct était bon et l'opération facile.

OBS. II. — Le deuxième cas était de même très facile. C'était une incisive centrale du bas.

OBS. III. — Dans le troisième cas, l'opération était plus difficile et aussi beaucoup plus intéressante. Une dame est venue me consulter pour des douleurs dans la mâchoire inférieure, elles étaient depuis 24 heures persistantes et insupportables. La joue droite était, dans la région des prémolaires, très peu enflée, un peu rouge, et très douloureuse à la pression.

La dentition était assez mauvaise. Il y avait en bas

5, 4, 3, 2, 1 | 1, 2, 3, 4.

Toutes les dents du côté droit étaient sensibles à la percussion, mais la plus sensible était la deuxième petite molaire. Elle n'était pas atteinte de carie, était légèrement ébranlée et avait une coloration normale.

Température du corps 38.3° Pouls 100, régulier, plein. Mal de tête.

Diagnostic : gangrène de la pulpe (vraisemblablement comme conséquence d'une dose très forte d'adrénaline employée pendant l'extraction de la première grosse molaire il y a 3 ans). Périodontite aiguë avec un abcès dans la mâchoire.

Après une anesthésie régionale (mandibulaire), ayant obtenu une insensibilisation complète, j'ai perforé la dent, enlevé la pulpe putréfiée et nauséabonde, et désinfecté le canal radiculaire avec « aqua regia ». Après avoir neutralisé l'acide par le bicarbonate de soude, j'ai fait tout de suite la maxillotomie. La paroi buccale de la mâchoire, à l'endroit où l'on devait supposer l'apex de la racine, était intacte et très solide. Comme je n'avais pas de radiophotographie je calculais l'endroit où je devais chercher l'apex, par le raisonnement que la racine est ordinairement une fois et demie aussi longue que la couronne.

J'ai trouvé bientôt avec une petite fraise ronde l'abcès. Un pus épais, jaunâtre et nauséabond commençait à s'échapper par la petite ouverture. J'agrandis l'ouverture de l'abcès le plus possible, et réséquai la pointe dénudée de la racine.

J'ai fait l'opération à midi. Le soir la malade souffrait tou-

jours. La température s'était élevée à 39° Pouls 120, régulier, plein, mal de tête plus prononcé.

J'ai ordonné pour la nuit trois cachets d'aspirine à 0,50 grammes, et des pansements chauds appliqués sur la joue.

Le jour suivant, la température était 37'8 — 38'5° C. accompagné d'un pouls régulier et plein de 90 — 100. Le mal de tête était moins fort. Le troisième jour la température était normale, et pas de douleurs. Le cas guérit ensuite parfaitement.

OBS. IV. — Un de mes malades qui a une très mauvaise dentition, et à qui je soignais plusieurs dents pour cause de carie du 4<sup>e</sup> degré avec complications, pour les employer plus tard comme support pour des bridges, est venu un jour se plaindre de douleurs du côté droit. La joue droite était enflée dans la région des grosses molaires du haut; elle était rouge et douloureuse sous une pression légère. L'examen de la bouche montrait la dentition suivante :

$$\begin{array}{r} 8, 7, \quad 4, 3, 2, 1 | \\ \hline 8, \quad 5, 4, 3, 2, 1 | \end{array}$$

La dent en cause était la 7, depuis longtemps en traitement. La couronne était presque entièrement détruite par la carie. La racine palatine tenait à peine par une étroite bande de dentine aux racines buccales.

La dent était, d'après un examen ordinaire, bonne à arracher. Mais il fallait se donner de la peine pour la conserver, parce qu'on avait besoin d'elle.

Si on l'arrachait, il resterait au fond seulement la dent de sagesse, qui était dans un état rudimentaire, et trop faible pour pouvoir servir comme support d'un bridge de 8 à 4. Il fallait donc conserver en tout cas la deuxième grosse molaire pour l'employer, avec la dent de sagesse, comme support du bridge mentionné plus haut.

Après une anesthésie régionale j'obturai les canaux, qui étaient déjà désinfectés. Je fermai le canal palatin avec une pointe de gutta-percha trempée dans le ciment, et les canaux buccaux, qui étaient très minces, avec la pâte antiseptique. Après je procédai à la maxillotomie.

Il n'était pas difficile de trouver l'abcès, parce que le pus avait perforé la paroi buccale. Il fallait, comme d'ordinaire, bien élargir l'entrée, enlever avec des curettes et de grandes fraises rondes toutes les granulations qu'on pouvait trouver. Il était indiqué de travailler beaucoup plus avec les curettes et de se rappeler que le fond du sinus maxillaire était tout près.

Je fis bien attention surtout en curettant la paroi supérieure de l'abcès.



Il est compréhensible que l'éclairage du champ opératoire laissait beaucoup à désirer, mais avec de la persévérance et de l'attention, j'en suis venu à bout. Enfin, toute la cavité a été bien nettoyée et les pointes des deux racines buccales ont été réséquées. Après quatre semaines l'abcès a été guéri.

Pour donner un appui plus sûr à la couronne, j'ai cimenté un pivot dans la racine palatine.

Le bridge que j'ai fait un mois plus tard en employant 8,7 et 4| comme dents de support s'est montré très satisfaisant.

OBS. V. — M. D. G., à qui je soignais les dents, avait, dans la mâchoire supérieure droite, la dentition suivante: 8, 7, 3, 2, 1j. Il fallait combler le vide par un bridge. Comme dents de support devaient servir: en avant la canine, en arrière la deuxième et troisième grosse molaire. La dent de sagesse était très cariée et rudimentaire, et la deuxième grosse molaire terriblement détruite par la carie. Il y avait une périodontite avec un abcès chronique et deux fistules gingivales; une buccale à l'endroit de la racine distale, et l'autre palatine, placée derrière la dent de sagesse. La carie avait tellement détruit la dent que la racine palatine était séparée des racines buccales par une fente.

Après un traitement médicamenteux prolongé sans effet, je me décidai à une maxillotomie. J'obturai les canaux et je fixai un pivot dans la racine palatine et un deuxième dans la racine mésiale. Après les avoir liés avec un fil de laiton je formai autour un rudiment de couronne.

Ensuite je procédai à l'opération. Je fis la maxillotomie du côté buccal et du côté palatin. J'ai été obligé de réséquer la racine palatine et mésiale. La paroi osseuse supérieure de l'abcès était rongée par le pus, et la muqueuse du sinus maxillaire était à nu dans la largeur d'une grosse lentille.

Quelque temps après j'ai fait le bridge projeté de 8, 7 à 3j.

J'ai vu le malade huit mois plus tard. Il était guéri.

OBS. VI. — M. J. avait dans la première petite molaire une grande obturation en amalgame. Une carie secondaire s'était développée auprès. Dans la région de la racine se trouvait depuis des années une fistule gingivale. Après avoir enlevé l'obturation et la partie ramollie de la dent, je commençai le traitement et je le prolongeai pendant deux mois et demi. Comme la fistule persistait toujours j'obturai les canaux avec la pâte antiseptique et je fis la maxillotomie avec la résection de deux pointes de racines. Comme la dent était très abîmée je fis une couronne de Richmond.

OBS. VII. — M. K., soldat, est venu me consulter pour une deuxième petite molaire très cariée. C'était une carie du 4° avec un abcès chronique. Comme il n'avait qu'une permission de six jours, j'ai été obligé de faire tout le travail dans quelques jours. J'ai désinfecté le canal et je l'ai fermé avec une pointe de gutta-percha trempée dans le ciment. Après avoir fait et cimenté une couronne en or, j'ai procédé à la maxillotomie.

J'ai vu le malade cinq mois plus tard ; il était guéri.

OBS. VIII. — Le cas de M. M., était très intéressant et instructif. Il y avait une fistule gingivale sur la face buccale de la mâchoire supérieure. Elle se trouvait au-dessus de la racine distale de la deuxième grosse molaire. La dentition de ce côté était la suivante : 7, 6, 3, 2, 1]

La 7] et la 6] n'étaient pas atteintes de carie. Si l'on regardait bien on pouvait remarquer que la 6] était un peu décolorée.

Les deux dents étaient insensibles à la percussion.

J'ai porté le diagnostic : gangrène de la pulpe de la première grosse molaire avec abcès dans la mâchoire et fistule gingivale déplacée au-dessus de la racine distale de la deuxième grosse molaire.

J'ai perforé et ouvert largement la première grosse molaire. La pulpe était gangréneuse et répandait une odeur nauséabonde. Le traitement, prolongé pendant cinq mois, est resté sans effet. La fistule se fermait de temps en temps pour s'ouvrir de nouveau.

Enfin je me suis décidé à faire la maxillotomie. Après avoir obturé les canaux (le palatin avec une pointe de gutta-percha et les buccaux avec la pâte antiseptique), j'ai fait l'opération, qui était très intéressante. La destruction dans la mâchoire était grande. J'ai réséqué les pointes des racines buccales qui baignaient dans le pus. La racine mésiale de la deuxième grosse molaire faisait partie de la paroi postérieure de l'abcès et passait dans le sinus maxillaire. La paroi osseuse supérieure de l'abcès était rongée par le pus, et quand j'eus enlevé toute la partie malade on voyait la muqueuse du sinus maxillaire à nu sur une longueur de 1 cm. et une largeur d'un demi à trois quarts de cm.

La plaie dans la gencive était grande, mais, par principe, je ne fis pas de suture et le cas guérit parfaitement.

OBS. IX. — M<sup>me</sup> D. J. avait la première grosse molaire gauche du haut presque tout à fait détruite par la carie. La dent était peu sensible à la percussion et avait une fistule gingivale. Diagnostic : Périodontite chronique compliquée avec un abcès chronique dans la mâchoire.

Après un traitement de plusieurs semaines, la fistule gingivale s'était fermée. Deux semaines plus tard je fermai les canaux en



supposant que l'abcès était guéri. Comme la dent était trop détruite pour porter une couronne en or, j'ai placé dans la racine palatine un pivot et restauré le morceau de la dent qui manquait, pour donner un meilleur appui à celle-là.

La malade fut empêchée de venir pendant plusieurs semaines. Un jour elle vint me consulter pour des douleurs dans la mâchoire supérieure du côté gauche. La joue était enflée; la première grosse molaire — celle dont j'avais terminé le traitement — était sensible à la percussion, et la gencive au-dessus d'elle enflée.

L'abcès n'avait pas été guéri comme je l'avais pensé. L'inflammation chronique dans la mâchoire était devenue subaiguë, et le pus s'était frayé un chemin hors de la mâchoire, sous le périoste. Il y avait encore une enflure du côté palatin, à l'endroit de la racine palatine.

J'ai pratiqué une incision pour faire sortir le pus. Après quelques jours, la malade est revenue. Je lui ai cimenté la couronne en or, et le jour suivant j'ai pratiqué la maxillotomie. Je l'ai faite du côté buccal et du côté palatin, avec une résection des pointes des racines buccales. Les deux ouvertures de la mâchoire, la buccale et la palatine, communiquaient au-dessus des racines par un large trou.

Je n'ai pas revu la dame, parce qu'elle était obligée de partir trois jours plus tard, mais je ne doute pas que l'opération n'ait réussi. Toutes les conditions avaient été remplies, à savoir: les canaux désinfectés et bien obturés, l'opération même exécutée avec beaucoup d'attention et de conscience et sous un bon éclairage direct.

Je me bornerai à ces quelques observations suffisamment caractéristiques; les autres ne sont, à peu de chose près, que la répétition des faits mentionnés dans les cas précédents.

Les vingt-trois opérations que j'ai faites se répartissent comme suit:

Sur la deuxième grosse molaire. . . . .	2 cas.
— première — . . . . .	3 »
— deuxième petite molaire . . . . .	7 »
— première — . . . . .	3 »
— canine . . . . .	2 »
— l'incisive latérale. . . . .	1 »
— l'incisive centrale . . . . .	5 »
Total. . . . .	23 cas.

En terminant je fais remarquer que la privation d'un appareil à rayons X ne doit pas être considérée comme une indication contre la maxillotomie, contrairement à ce que je pensais autrefois. Le plus souvent on peut s'en passer et obtenir quand même un bon résultat.

En faisant la maxillotomie on ne doit jamais oublier qu'il y a surtout deux conditions absolument essentielles, savoir :

- 1° La désinfection et l'obturation très consciencieuses des canaux radiculaires ;
- 2° Le nettoyage de la cavité de l'abcès jusqu'au tissu sain.

---



**UN CAS DE PERTE DE SUBSTANCE ÉTENDUE  
DE LA MACHOIRE  
AVEC RÉGÉNÉRESCENCE OSSEUSE<sup>1</sup>**

Par le Docteur Maurice Roy.

Dentiste des hôpitaux  
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris

Une opinion très répandue au sujet des traumatismes des mâchoires, c'est que la prothèse ne doit intervenir que lorsque la suppuration a disparu et que les plaies sont cicatrisées. Cette manière de procéder a pour conséquence de ne faire appel au dentiste que d'une façon beaucoup trop tardive et alors que des déformations souvent irrémédiables se sont produites entraînant la défiguration et une impotence mastication des plus fâcheuses pour le blessé.

C'est pour cette raison que je voudrais vous présenter ce soldat, qui, grâce à une intervention prothétique précoce, a pu guérir sans aucune impotence et sans déformation faciale d'une perte de substance de cinq centimètres de la branche horizontale de sa mâchoire avec régénérescence complète de l'os.

Blessé le 22 septembre 1914, dans l'Oise, C., soldat au 98<sup>e</sup> d'infanterie, a reçu une balle qui, fracturant l'humérus gauche, a traversé la joue du même côté en broyant le maxillaire inférieur et est sortie par la bouche en fracturant l'incisive latérale supérieure droite.

Amené à la Pitié dans le service de M. le D<sup>r</sup> Arrou, celui-ci voulut bien me le confier dès son arrivée. A ce moment, le 26 septembre, il présentait au niveau de la joue gauche une large plaie ovalaire de six centimètres de longueur sur trois ou quatre centimètres de largeur; cette plaie suppurait abondamment et on y apercevait de nombreuses esquilles mobiles représentant le maxillaire inférieur qui avait été complètement broyé sur une étendue de cinq centimètres environ, depuis la première prémolaire gauche

---

<sup>1</sup>. Communication à la Société de chirurgie, mai 1915.

jusqu'à la branche montante du même côté y compris une partie de celle-ci.

Les esquilles furent enlevées, la plaie soigneusement détergée et, très rapidement, la suppuration diminua en même temps que la plaie diminuait d'étendue. Mais, parallèlement à cette amélioration, il se produisait dans la mâchoire des déformations consécutives à la rétraction cicatricielle ; la branche montante gauche rentrait en dedans tandis que la partie restante de la branche horizontale

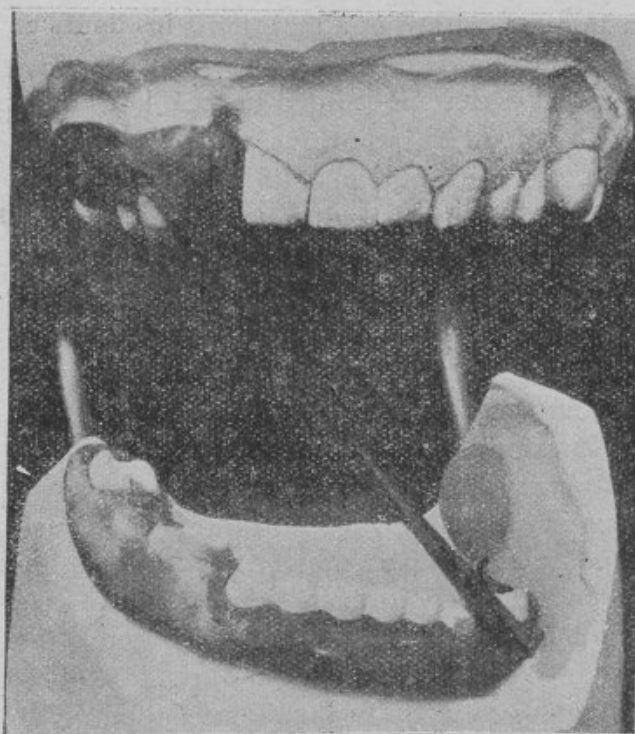


Fig. 1.

se déviait du côté gauche, et huit jours après il y avait déjà plus d'un centimètre de déviation.

Pour remédier à cette déformation je fis immédiatement confectionner à ce blessé, par le *Comité de secours aux Blessés des maxillaires*, une gouttière en argent recou-



vrant les dents restant à la mâchoire inférieure, scellée sur celles-ci, et portant à sa partie gauche un fil d'or formant légèrement ressort et pourvu, à son extrémité, d'une petite pelote de gutta-percha venant s'appuyer sur la branche montante gauche pour empêcher la déviation en dedans de celle-ci.

Cette gouttière inférieure était reliée par de petits caoutchoucs, suivant le procédé connu en orthodontie sous le nom d'*ancrage inter-maxillaire*, à une autre gouttière scellée à la mâchoire supérieure de façon à redresser la mâchoire en bonne position et à maintenir les dents en engrenement normal (fig. 1).

Cet appareil, entièrement intra-buccal, laissait complètement libre la plaie qui continuait à être soignée comme auparavant, permettant sans difficulté l'enlèvement des séquestres éliminés par la suite.

L'appareil avait bientôt ramené la mâchoire en position normale, rendant la mastication possible ; trois semaines après la plaie cutanée se formait complètement entraînant une cicatrice relativement minime et la traction opérée par l'appareil empêchait cette cicatrice d'exercer son action rétractile. A partir de ce moment, le malade, débarrassé de l'écoulement constant par la fistule cutanée de la salive et des aliments qui le souillait en dépit des pansements répétés et pouvant mastiquer convenablement, vit son état général s'améliorer très rapidement.

La plaie buccale, elle, persista beaucoup plus longtemps par suite de l'élimination de nombreux séquestres qui furent enlevés par la suite sans que l'appareil gênât en rien cette élimination, ni les lavages antiseptiques faits très régulièrement.

Au bout de quelque temps je constatai avec satisfaction que non seulement les fragments restants de la mâchoire se maintenaient en bonne position mais encore que, dans la portion intermédiaire de l'os, de nouvelle formation se produisait. Par la suite je pus constater que cette néo-formation osseuse réunissait les deux fragments rétablissant

d'une façon parfaite et *en position absolument normale* la continuité de l'os malgré l'étendue de la perte de substance subie (5 centimètres).

La radiographie que je vous présente et sur laquelle vous pouvez voir l'appareil en place confirme ce résultat.

Après avoir laissé à cette néo-formation le temps de prendre une résistance suffisante, j'enlevai l'appareil de ce malade dont, ainsi que vous pouvez le constater, les dents étaient en position parfaite et la mâchoire presque normale (fig. 2) ; je lui fis confectionner alors un appareil de prothèse ordinaire pour remédier à la perte de ses dents que la nature ne pouvait malheureusement lui rendre avec sa mâchoire.

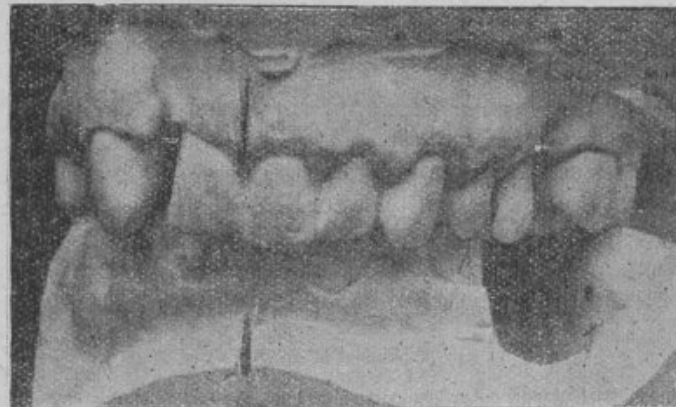


Fig. 2.

Grâce à une intervention prothétique précoce analogue j'ai en ce moment en traitement un autre blessé dont toute la portion antérieure de la mâchoire a été broyée, et complètement enlevée au niveau des six dents antérieures et chez lequel toute la portion manquante est également en voie de régénération en position normale. J'espère pouvoir vous le présenter dans quelque temps.

---



## REVUE DES REVUES

### lichen plan des muqueuses ET LEUCOPLASIES

Par M. A. J. LOUIS BROcq.

Cet article ne s'adresse nullement aux dermatologistes. C'est un article de vulgarisation destiné à la grande masse des praticiens. Si nous nous sommes décidé à l'écrire, alors qu'il ne contient pour ainsi dire rien de nouveau, c'est que depuis plusieurs années nous avons vu se multiplier autour de nous de regrettables erreurs de diagnostic et de pronostic qui ont pour base un certain nombre d'aphorismes, fort contestables, officiellement professés. En voici les principaux :

I. *Toute tache blanche permanente des muqueuses est de la leucoplasie.*

II. *Toute leucoplasie se développe sur terrain syphilitique<sup>1</sup>.*

III. *Toute leucoplasie est un début d'épithéliome des muqueuses.*

Chacune de ces trois propositions renferme, d'après nous, une part de vérité et une part d'erreur. Nous allons tâcher de nous expliquer.

Mais il nous faut tout d'abord relater quelques faits cliniques pour faire comprendre l'importance pratique de cet article.

#### I. — FAITS CLINIQUES.

1<sup>o</sup> Il y a quelques années, nous vîmes entrer dans notre cabinet une mère et sa fille complètement affolées. Elles venaient du fond de la province pour nous consulter. La mère nous expliqua que sa fille était fiancée, que la date du mariage était fixée, quand, un matin, ayant par le plus grand des hasards regardé sa langue dans une glace, elle avait aperçu des taches blanches sur la face dorsale de cet organe. Très étonnée, elle les avait montrées à sa mère qui l'avait immédiatement conduite chez leur médecin. Celui-ci ne voulut pas se prononcer et les envoya consulter un de ses confrères qui, lui, n'hésita pas ; il déclara à la mère qu'il

1. Il vient de paraître dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* un article de M. L.-M. Bonnet intitulé : « Valeur séméiologique de la lésion dite stomatite naquée ou triangulaire commissurale des fumeurs ». Nous sommes heureux de venir confirmer les idées de notre excellent confrère, auquel nous adressons toutes nos félicitations (*Annales de Dermat. et de Syph.*, année 1916-1917, p. 527).

s'agissait d'un cas de leucoplasie ; que c'était fort grave ; que c'était une lésion de nature syphilitique ; qu'elle pouvait, si elle n'était pas soignée, dégénérer en cancer ; qu'il était nécessaire de soumettre la jeune malade à un traitement intensif et de rompre le mariage.

Il est aisé de comprendre l'affolement et le désespoir de ces deux malheureuses. D'où pouvait provenir cette syphilis ? Et ce mariage qui comblait tous leurs vœux, il fallait donc le rompre, et sous quel prétexte ?

Elles se soumirent cependant au verdict des médecins qui commencèrent à faire des piqûres antisypilitiques.

Mais, après quelques jours de prostration, elles se ressaisirent et vinrent consulter à Paris.

Dès que la jeune malade eut ouvert la bouche, le diagnostic nous apparut évident. Il s'agissait chez elle d'un lichen plan typique de la muqueuse buccale. Les éléments éruptifs de la face dorsale de la langue étaient nombreux, déjà anciens pour la plupart et présentaient un aspect caractéristique : on y voyait par places un léger degré d'atrophie des couches supérieures de la muqueuse, par places les stries blanches pathognomoniques. Ce qui rendait en outre le diagnostic vraiment indiscutable, c'étaient les lésions de la partie postérieure de la face interne des joues : en ces régions se voyaient les stries blanches présentant ça et là les petits renflements nodulaires que les dermatologistes connaissent bien et qui sont le signe distinctif du lichen plan des muqueuses.

Nous eûmes donc la satisfaction de pouvoir rassurer immédiatement ces deux pauvres femmes en leur certifiant qu'il ne s'agissait ni de leucoplasie vraie, ni de syphilis, et que rien ne pouvait s'opposer à la célébration du mariage désiré.

La réaction qu'elles éprouvèrent fut tellement violente qu'elles se mirent à sangloter, et, ne pouvant croire à leur bonheur, elles nous demandèrent à plusieurs reprises si nous étions bien sûrs de ne pas nous tromper.

2<sup>o</sup> Il y a environ vingt-cinq ans, nous fûmes consulté par un homme de 35 ans, marié, père de plusieurs enfants, complètement affolé, car un médecin, auquel il avait montré des lésions de la face interne des joues au niveau des dernières grosses molaires, avait porté chez lui le diagnostic de leucoplasie et lui avait parlé de cancer possible de la bouche.

C'était un grand fumeur ; les régions malades étaient enflammées, douloureuses, parsemées de plaques blanches adhérentes. Nous ne pûmes faire d'emblée un diagnostic précis. Peu à peu des soins hygiéniques rigoureux améliorèrent les lésions, et, après



plusieurs examens, nous crûmes pouvoir affirmer le diagnostic de lichen plan buccal.

Mais ce malade avait été tellement bouleversé par le premier diagnostic porté que depuis cette époque il est régulièrement venu nous voir de temps en temps pour nous faire constater l'état de sa bouche et nous demander s'il n'avait pas encore à craindre le cancer.

Comme il semblait bien que ses grosses molaires, par leurs frottements, entretenaient les lésions, il les a peu à peu fait arracher. A l'heure actuelle il n'a plus d'éléments de lichen plan visibles, mais il souffre encore de douleurs névralgiques, et l'ébranlement moral que lui avait causé le premier diagnostic posé avait été tellement violent que, dès que ses souffrances sont un peu plus vives, il accourt nous montrer ses muqueuses de peur qu'il ne se développe chez lui un cancer de la bouche.

3° Quelque temps avant la guerre, un jeune médecin vint nous consulter pour une *leucoplasie à extension rapide*. Il s'était montré à plusieurs de ses confrères de province qui lui avaient affirmé qu'il s'agissait bien chez lui de cette affection, développée sous l'influence d'une syphilis ignorée et latente, puisque le malade ne se souvenait point d'avoir eu, soit un chancre, soit des accidents secondaires, et puisque son Wasserman était franchement négatif. Il portait sur la face dorsale de la langue une vaste plaque d'un blanc nacré, qui présentait à son centre un début de légère atrophie : il était relativement facile de faire un diagnostic précis chez lui, car il avait, lui aussi, des lésions pathognomiques de lichen plan à la face interne et postérieure des joues, lésions dont ni lui ni les confrères qui l'avaient examiné ne s'étaient aperçus.

Nous n'insistons pas et nous nous contentons de relater ces trois exemples de lichen plan buccal pris pour de la leucoplasie et considérés soit comme un début de cancer, soit comme un accident syphilitique qu'il était nécessaire de traiter avec énergie. Or ces cas sont relativement fréquents. Nous les avons observés surtout en ville, beaucoup plus rarement à l'hôpital : il semble que le lichen plan buccal soit plus commun dans les classes aisées de la société ; mais il est possible que cette plus grande fréquence ne soit qu'apparente et ne tienne qu'à ce que, dans les basses classes, on fait moins attention à une affection qui ne donne le plus souvent lieu à aucune douleur, à aucun trouble fonctionnel, et qui peut passer complètement inaperçue, surtout quand elle reste localisée aux muqueuses.

Le diagnostic différentiel entre le lichen plan des muqueuses et la leucoplasie vraie n'est pas toujours facile à faire, d'autant

plus que le lichen plan buccal coexiste parfois avec la leucoplasie vraie : nous en avons vu d'incontestables exemples.

Aussi est-il nécessaire de bien étudier l'aspect objectif de ces deux affections dans les cas typiques pour pouvoir analyser avec sûreté les cas hybrides et les cas douteux.

Et nous en revenons à cette constante préoccupation : exiger de nos élèves une connaissance approfondie des lésions élémentaires, une contemplation prolongée de leur aspect, de leur forme, de leur degré d'infiltrat, de leur couleur, de leur configuration, etc..., pour pouvoir, lorsque c'est faisable, poser un diagnostic local, basé sur cette lésion élémentaire, et par suite d'une parfaite précision.

Voici maintenant quelques exemples des conséquences regrettables que peuvent avoir en pratique les théories officielles actuelles sur les leucoplasies.

Que de fois nous avons été consulté par des malades appartenant aux deux groupes suivants :

a) Par des sujets porteurs de plaques blanches linguales et surtout commissuraires qui n'avaient jamais eu la syphilis, qui n'avaient aucune hérédité syphilitique nette, qui avaient un Wassermann négatif, mais dont les muqueuses étaient soumises à des irritations incessantes — fumée de tabac, ou d'autres substances, dents cassées ou mal plantées, cannes des verriers, etc..., chez lesquels on avait porté quand même le diagnostic de syphilis, et qu'on avait traités sans succès par des médications antisiphilitiques<sup>1</sup> ;

b) Par des sujets, anciens syphilitiques avérés, grands fumeurs, chez lesquels des éléments de leucoplasie s'étaient peu à peu développés, chez lesquels on avait employé les traitements anti-syphilitiques les plus intensifs sans modification aucune des lésions buccales.

4° En 1901, nous fûmes consulté par un homme de 55 ans environ, grand fumeur, qui présentait sur la face dorsale et les parties latérales de la langue une énorme plaque blanche, épaisse, hérissée par places d'assez nombreuses saillies villeuses, constituées comme la plaque elle-même par une substance blanche, résistante, fort adhérente aux tissus sous-jacents. La langue semblait être recouverte sur toute sa partie antérieure d'une sorte de gant épais de substance blanche ; cependant, au toucher, on n'éprouvait aucune sensation de dureté ligneuse ou cartilagineuse, et la pression n'était nullement douloureuse pour le malade. La face interne des joues, vers les commissures des lèvres,

---

1. V. sur ce point le mémoire déjà cité de L. M. Bonnet.



était atteinte de la même affection, mais l'enduit y était beaucoup moins épais et moins étendu. Le début de ces plaques blanches remontait à plusieurs années : elles avaient grandi fort lentement, mais elles étaient arrivées depuis quelques mois à gêner le malade et c'était le motif pour lequel il s'était décidé à voir un médecin.

Interrogé au point de vue d'antécédents syphilitiques possibles, il nous affirma n'avoir jamais eu ni chancre ni accidents spécifiques appréciables. Il n'avait aucun stigmate d'hérédosyphilis. La langue ne présentait aucune cicatrice, aucune sclérose, aucune infiltration que l'on pût mettre sur le compte d'une syphilis méconnue. Il s'agissait bien dans l'espèce, au point de vue objectif, de la lésion que notre maître E. Vidal a décrite sous le nom de « leucoplasie tabagique pure ».

Un traitement antisyphilitique d'épreuve par les injections intra-musculaires de calomel resta complètement inefficace.

Nous nous contentâmes ensuite de prescrire au malade des soins rigoureux d'hygiène buccale ; nous ne pûmes obtenir de lui la suppression totale du tabac, mais il en diminua beaucoup l'usage. Enfin nous pratiquâmes de temps en temps des raclages de l'enduit blanchâtre, en ayant bien soin de ne jamais faire saigner, mais nous n'intervenions que lorsque cet extraordinaire durillon avait pris trop de développement et causait des sensations marquées de gêne.

Nous continuâmes à surveiller le malade et à lui donner nos soins pendant environ deux ans et demi sans observer chez lui le moindre changement dans la marche de cette affection, quand, un jour, il vint nous trouver porteur d'un chancre syphilitique des plus nets. La syphilis évolua chez lui avec une intensité toute particulière, probablement due à son âge, près de 58 ans, à l'impossibilité pour lui de cesser totalement de fumer, et aussi à sa négligence, car, dès qu'une série de piqûres de cacodylate iodo-hydrargyrique, ou de benzoate d'hydrargyrie, l'avait blanchi, il cessait tout traitement.

Il finit par succomber à une hémorragie cérébrale vers l'âge de 62 ans, 5 ans environ après le début de la syphilis. Pendant toute cette période, la leucoplasie ne s'était pas modifiée malgré la présence fréquente de syphilides érosives aux lèvres et à la gorge : elle n'avait d'ailleurs été nullement améliorée par les médications antisyphilitiques ;

5° En 1883, dès le début de notre pratique, nous reçûmes des mains de notre regretté et vénéré maître E. Vidal, pendant un de ses congés, un de ses plus anciens clients, qu'il soignait depuis de longues années pour une vaste plaque papillomateuse de leu-

coplasie engainant toute la face dorsale de la langue, extrêmement épaisse, et qui était tellement proliférante que l'on était obligé tous les dix ou quinze jours d'en pratiquer une abrasion soigneuse avec des scarificateurs de la conjonctive. Il s'agissait encore dans ce cas d'un fumeur impénitent, bon vivant, ancien syphilitique, qui présentait comme stigmate de cette syphilis de jeunesse du myosis et de l'abolition des réflexes patellaires.

La langue n'avait aucune autre lésion que cette leucoplasie géante : il n'y avait ni induration, ni sclérose, ni infiltration pouvant être rapportée à la syphilis. Le malade avait fait dans sa vie d'assez nombreux traitements mercuriels par pilules de protoiodure, liqueur de van Svieten, sirop de quinquina biioduré : au moment où nous commençâmes à le soigner, il avait 62 ans, et ne prenait plus qu'un peu d'iodure de potassium de temps en temps.

Nous le suivîmes pendant plus de 6 ans, lui grattant la langue tous les 10 ou 15 jours ; puis il fut emporté par une grippe infectieuse. Jamais nous ne constatâmes chez lui de modification des lésions pouvant faire soupçonner un début d'épithéliome.

\*  
\* \*

Ces quelques exemples nous permettront de mieux comprendre ce qui va suivre.

## II. — EXAMEN CRITIQUE DES PROPOSITIONS CI-DESSUS ÉNONCÉES.

I. *Toute tache blanche permanente des muqueuses est de la leucoplasie.*

II. *Toute leucoplasie se développe sur terrain syphilitique.*

Avant de discuter ces deux propositions il s'agit de s'entendre sur la valeur des termes employés.

Que signifie le mot *leucoplasie* ?

Si on lui donne un sens purement étymologique, si on l'applique à toute lésion des muqueuses caractérisée par un aspect blanchâtre, par une adhérence marquée aux tissus sous-jacents et une évolution relativement lente, on voit que ce terme est très compréhensif et qu'il est nécessaire d'établir des catégories.

C'est ainsi qu'avec la définition précédente le lichen plan des muqueuses est une leucoplasie, car cette affection est objectivement caractérisée par un aspect blanchâtre des lésions, et une évolution le plus souvent fort lente.

Mais, par une sorte de convention tacite qui s'est peu à peu imposée, les dermatologistes ont renoncé à considérer les lésions du lichen plan des muqueuses comme étant de la leucoplasie.



Ils distinguent nettement à l'heure actuelle : 1° le lichen plan des leucoplasies vraies ; — 2° la glossite exfoliative marginée ou desquamation aberrante en aires de la langue, affection dans laquelle les éléments blanchâtres caractéristiques évoluent avec une rapidité bien plus grande que dans les leucoplasies ; nous en avons en outre distingué<sup>1</sup> ; — 3° cette curieuse affection à laquelle nous avons donné le nom de *glosso-stomatite superficielle diffuse des auto-intoxiqués nerveux*, laquelle coexiste souvent avec la desquamation persistante des lèvres, et est objectivement caractérisée par un aspect opalin de la muqueuse qui est comme tuméfiée, état que nous avons appelé *préleucoplasique*, mais qui ne semble pas évoluer vers la leucoplasie vraie ; — 4° les états blanchâtres et desquamatifs qui peuvent se développer sur certaines muqueuses, à la vulve en particulier, à la suite de prurits rebelles et de grattages répétés, lésions qui doivent être considérées comme des *lichénifications des muqueuses*.

Toutes ces affections étant éliminées, nous nous trouvons en présence d'un SYNDROME OBJECTIF auquel on pourrait réserver le nom de *leucoplasies vraies*, et qui est caractérisé par des plaques plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses, adhérentes aux tissus sous-jacents, d'un blanc nacré, à évolution presque toujours fort lente.

Cet aspect objectif est-il réellement un syndrome, c'est-à-dire cet ensemble de symptômes peut-il être symptomatique de plusieurs entités morbides bien distinctes, ou bien doit-il être considéré comme constituant une entité morbide bien définie à étiologie univoque ? Telle est la question qui se pose.

Certains des créateurs de la leucoplasie croyaient qu'il y a plusieurs espèces de leucoplasie. Ils décrivaient :

1° Des leucoplasies traumatiques comprenant : a) une leucoplasie tabagique (plaques des fumeurs) ; b) une leucoplasie des verriers ; c) une leucoplasie dentaire, etc... ; — 2° une leucoplasie syphilitique ; — 3° enfin une leucoplasie dite essentielle, c'est-à-dire dans la genèse de laquelle on ne peut trouver ni syphilis antérieure, ni traumatisme d'aucune sorte ou, pour être plus exact, aucun traumatisme spécial comme le tabac, le tube des souffleurs de verre ou les chicots dentaires.

Si leur conception est exacte, il convient donc de regarder la leucoplasie comme un syndrome objectif pouvant reconnaître plusieurs origines chez un sujet prédisposé.

Mais cette opinion n'a pas été acceptée par tous ceux qui se sont occupés de cette question.

<sup>1</sup> *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, t. II, p. 309.

Il est une maladie dont le domaine s'est singulièrement agrandi depuis une quarantaine d'années. Sous l'influence du regretté professeur Fournier, de ses élèves et de ses successeurs, la syphilis a envahi toute la pathologie. Il n'est pour ainsi dire pas une seule affection chronique qui n'ait été considérée comme étant une de ses conséquences.

A. Fournier, avec son admirable bon sens, ne s'était aventuré qu'avec beaucoup de prudence sur ce terrain scabreux des généralisations. Comprenant quelles objections allaient soulever les annexions à la syphilis de certaines affections qui au premier abord ne présentent ni l'aspect clinique, ni l'évolution, ni les réactions thérapeutiques des lésions vraiment syphilitiques, il avait émis sa conception des affections parasyphilitiques.

Cette conception que, pour notre part, nous n'hésitons pas à admirer comme étant conforme à la clinique, n'a pas trouvé grâce auprès de ses successeurs. Pour eux, il n'y a pas d'affections parasyphilitiques ; il n'y a que des lésions nettement syphilitiques, directement causées par le tréponème pâle que l'on trouve à leur niveau. L'ataxie locomotrice, la paralysie générale ne sont plus que des accidents dépendant uniquement du tréponème. La leucoplasie, d'après eux, doit être également rangée dans ce groupe ; elle est toujours pour eux syphilitique de nature et d'origine. Quand on voit au niveau d'une muqueuse une plaque de leucoplasie, cette lésion signifie que celui qui la présente est en pleine évolution de syphilis, soit acquise, soit héréditaire, qu'il a besoin d'être soumis au traitement antisymphilitique, et qu'on doit poursuivre ce traitement jusqu'à disparition complète de la lésion.

Tel est le dogme.

Nous n'hésitons pas à déclarer que, formulé avec cette intranquillité, il est erroné.

Ce n'est pas que nous prétendions que la leucoplasie n'ait aucune relation avec la syphilis. Nous avons été, croyons-nous, parmi les premiers qui ont proclamé que, dans l'immense majorité des cas, un individu porteur d'une leucoplasie est atteint de syphilis soit acquise, soit héréditaire. Nous avons été le premier à émettre l'axiome suivant : « quand on est embarrassé pour savoir si une lésion quelconque est ou non de nature syphilitique, il faut examiner avec soin toute la muqueuse buccale et, si l'on y trouve une lésion chronique quelconque, leucoplasie, ou cicatrices, ou sclérose, ou infiltration des tissus, on doit conclure à la syphilis ».

Nous avons donc enseigné depuis bien longtemps que la leucoplasie se développe presque toujours sur terrain syphilitique : mais



de là à soutenir *qu'elle est toujours* la conséquence d'une syphilis antérieure, et surtout que c'est un accident purement syphilitique, curable par un traitement antisiphilitique, il y a un abîme.

Des faits incontestables<sup>1</sup>, et nous en avons relaté, prouvent que la leucoplasie peut exister chez un sujet qui n'a jamais eu la syphilis ; nous avons vu des malades porteurs de leucoplasies typiques prendre la syphilis, et cette syphilis évoluer chez eux en donnant naissance à des accidents contagieux et à des accidents graves.

Certes, on peut soutenir, ou bien que ces individus avaient eu dans leur jeunesse une première infection syphilitique qui avait passé inaperçue, ou bien qu'ils étaient des syphilitiques héréditaires de deuxième, de troisième ou de quatrième génération, quoiqu'il n'y eût chez eux aucun stigmate d'hérédo-syphilis ; mais raisonner de la sorte constitue la plus belle pétition de principe qu'il soit possible de rêver. Il s'agit de démontrer que la leucoplasie est toujours un accident syphilitique. Or, voici un malade atteint de leucoplasie qui n'a jamais eu la syphilis, qui ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, dont les ascendants et les frères et sœurs semblent être parfaitement indemnes de syphilis, dont le Wassermann est négatif, chez lequel le traitement antisiphilitique ne produit aucun effet curatif ; il semble donc que ce cas constitue un argument décisif pour que l'on soit en droit d'affirmer que la leucoplasie peut se développer sur un terrain non syphilitique. « Point du tout », s'écrie-t-on, « il est impossible de prouver que ce malade n'a pas eu une syphilis ignorée ; il est impossible de prouver qu'il n'est pas, à un degré quelconque, syphilitique héréditaire ; et puisqu'il a de la leucoplasie, il y a sûrement chez lui de la syphilis ! »

Raisonner ainsi, c'est résoudre d'emblée, de parti pris, la question à l'étude, sans tenir compte des pièces du procès ; c'est s'opposer à toute discussion, et déclarer d'avance que l'on est décidé à repousser sans examen les arguments qui battent en brèche des idées préconçues et des généralisations hâtives.

Cette méthode ne peut engendrer que l'erreur : on a trop de tendance, à l'heure actuelle, à s'empresse de publier des faits isolés et d'en tirer immédiatement des conséquences générales.

L'observation clinique nous semble avoir démontré la vérité de la conception de nos anciens maîtres, de ceux qui ont créé les leucoplasies :

1<sup>o</sup> Le traumatisme seul peut suffire à faire apparaître des plaques blanches, dites leucoplasies vraies, sur les muqueuses de sujets

---

1. Voir le mémoire précité de M. L.-M. Bonnet.

qui sont particulièrement prédisposés à cette lésion ; c'est ainsi qu'en dehors de toute syphilis elle peut se développer *chez ceux qui fument (plaques des fumeurs, dont les localisations habituelles sont la face interne des joues vers les commissures, et les régions de la langue et des lèvres qui sont en contact habituel avec le tuyau de la pipe, avec l'extrémité du cigare ou de la cigarette), chez les ouvriers verriers qui soufflent le verre (siège vers les commissures), chez ceux qui ont des dents cariées, des dentiers mal faits, etc...*

2<sup>o</sup> Mais la leucoplasie semble se développer avec beaucoup plus de facilité et d'intensité quand il existe une infection syphilitique antérieure chez les sujets précédents : et alors deux cas peuvent se présenter :

a) La syphilis sous-jacente n'a pas modifié l'aspect et les allures de la leucoplasie traumatique, et, dans ce cas, les médications antisyphilitiques les plus énergiques, celles qu'il faut employer pour guérir les scléroses syphilitiques linguales, c'est-à-dire les injections intrafessières de calomel, ou les injections intraveineuses d'arsénobenzol, n'ont que peu ou point d'action sur les plaques leucoplasiques ;

b) La syphilis est entrée directement en action et les éléments de leucoplasie vraie reposent sur des lésions plus ou moins nettement de nature syphilitique ; il semble que l'on ait affaire à des lésions mixtes, à des hybrides de leucoplasie dite traumatique ou essentielle, et de syphilis soit secondaire, soit surtout tertiaire : dans ces cas le traitement antisyphilitique intensif (voir plus haut) peut donner d'excellents résultats et parfois même faire disparaître l'hybride en totalité ; parfois il ne fait disparaître que l'élément syphilitique, tandis qu'il persiste des vestiges de l'élément leucoplasique ;

c) La syphilis joue le rôle capital, et c'est sur des lésions nettement spécifiques que se sont développées des plaques blanches opalines ne présentant qu'assez imparfaitement les apparences de la leucoplasie vraie : ici les effets du traitement antisyphilitique sont complets et relativement rapides : toutes les lésions disparaissent sous l'influence de la médication.

3<sup>o</sup> Nos maîtres distinguaient une troisième grande variété de leucoplasie à laquelle ils donnaient le nom de *leucoplasie essentielle* et qui, d'après eux, se développerait chez des sujets dits prédisposés en l'absence de tout traumatisme et de toute syphilis antérieure. Nous n'osons ni repousser entièrement ni admettre comme démontrée cette troisième variété. Il est possible qu'elle existe : nous croyons en avoir observé au début de notre carrière : mais, depuis de longues années, *depuis que nous connais-*



sons mieux le lichen plan des muqueuses, nous n'en avons pas rencontré. C'est une question à reprendre.

En résumé, nous croyons : a) que la proposition qui déclare que toute plaque blanche des muqueuses est une leucoplasie constitue une grave erreur dont les conséquences pratiques peuvent être déplorables ;

b) Que ceux qui considèrent que toute leucoplasie vraie est un accident purement syphilitique, nécessitant un traitement antisyphilitique rigoureux poursuivi jusqu'à la disparition du mal, sont beaucoup trop simplistes et qu'ils peuvent nuire gravement au malade, si, lorsqu'il n'y a pas de syphilis sous-jacente, ils s'obstinent à le soumettre à des traitements antisyphilitiques intensifs.

Ces jours derniers, nous avons voulu faire une nouvelle constatation.

A l'improviste, un matin, nous avons, avec notre excellent ancien élève et ami, M. le Dr Gendron, examiné 17 soldats hospitalisés dans une des salles de notre service. Sur ces 17 soldats pris absolument au hasard nous n'en avons trouvé que quatre qui eussent des lésions pouvant être dénommées leucoplasies : chez tous les quatre, elles consistaient en plaques commissuraires fort légères ; elles étaient nettement en relation avec l'abus du tabac, et, en outre, chez deux d'entre eux, avec des saillies dentaires qui traumatisaient l'endroit précis de la muqueuse de la joue avec lequel elles étaient en contact. L'un de ces quatre malades était porteur d'un chancre syphilitique et les accidents secondaires débutaient ; un deuxième était en pleine évolution d'accidents secondaires tout récents ; les deux autres n'avaient aucun vestige, aucun antécédent de syphilis.

Tels sont les faits dans toute leur brutalité.

Aussi ne saurions-nous trop féliciter M. Bonnet de son si lumineux article.

### III. — *Toute leucoplasie est un début d'épithéliome des muqueuses.*

Rappelons d'abord les opinions de nos anciens maîtres. Pour E. Vidal, la leucoplasie vraie peut présenter 3 degrés : 1<sup>o</sup> au début, la plaque est lisse, relativement souple, et cette période de leucoplasie pure et simple peut durer plus ou moins longtemps ; 2<sup>o</sup> puis les plaques se hérissent de saillies papillaires coniques et cornées : c'est le deuxième degré que l'on peut caractériser du nom d'« état papillomateux », c'est le commencement de l'évolution de la lésion vers l'épithéliome ; 3<sup>o</sup> enfin les tissus malades se fissurent, perdent leur souplesse, donnent au toucher une sensation d'induration, deviennent douloureux, et l'épithéliome se développe avec tous ses caractères distinctifs.

E. Vidal ne disait pas nettement que la leucoplasie est un état morbide précancéreux ; il ne la considérait pas d'une manière absolue comme étant la première phase de l'épithéliome des muqueuses buccale, vaginale, utérine, pelvienne ; mais il tendait à cette opinion.

Voici comment E. Besnier posait la question :

1<sup>o</sup> L'épithéliome lingual est-il une période avancée et la terminaison de la leucokératose buccale ? 2<sup>o</sup> N'est-il qu'une association, une complication, un accident de la leucokératose ? 3<sup>o</sup> Y a-t-il des leucokératoses, à la suite desquelles la période ou la complication épithéliomateuse apparaissent plus particulièrement ? E. Besnier a une tendance évidente à considérer l'épithéliomatose comme la deuxième phase de la leucokératose ou leucoplasie.

Cependant beaucoup de sujets porteurs de plaques leucoplasiques ne voient pas cette affection dégénérer en cancer ; cette dégénérescence est même relativement rare quand les malades, prévenus à temps, prennent et suivent avec persévérance tous les soins d'hygiène voulus, et les examens histologiques de la leucoplasie à sa première période ne décèlent pas de dégénérescence épithéliomateuse.

Il semble donc qu'il en soit de la leucoplasie comme de certaines autres affections, telles que le lupus vulgaire par exemple, ou les radiodermites tardives ; ces maladies n'ont par elles-mêmes rien à voir avec l'épithéliome, mais elles constituent des terrains de choix pour le développement ultérieur de l'épithéliome, surtout si les surfaces malades sont exposées à des traumatismes répétés.

D'assez nombreux faits d'observation nous ont démontré que, si un sujet porteur de plaques de leucoplasie vraie prend toutes les mesures d'hygiène locale convenables, s'il évite soigneusement tout traumatisme répété, s'il cesse complètement de fumer, s'il surveille son alimentation, tient sa bouche en parfait état de propreté en employant des dentifrices non irritants, etc., s'il persiste à suivre rigoureusement cette ligne de conduite, il a des chances de voir sa leucoplasie s'atténuer peu à peu, ou, tout au moins, de ne pas subir la transformation épithéliomateuse.

Il ne faut donc pas d'emblée, en présence de tout porteur de plaques leucoplasiques, porter un pronostic des plus graves et jeter le trouble dans son âme ou parmi ses proches. Il convient souvent de l'effrayer un peu, car, s'il est fumeur, il ne renoncera que fort difficilement au tabac ; mais il ne faut pas le plonger dans le désespoir en laissant entrevoir qu'il ne peut échapper à une terminaison fatale par le cancer.



E. Besnier s'est demandé « s'il y a des formes de leucokératose à la suite desquelles la période ou la complication épithéliomateuse apparaissent plus particulièrement ». Voici ce que nous croyons pouvoir dire à ce sujet. Il y a des formes frustes, à peine marquées, de leucoplasie qui semblent être de nature bénigne. A mesure qu'on se rapproche du type classique caractérisé par une épaisse couche blanchâtre, par des exfoliations, des hypertrophies papillaires, et surtout par des fissures et des ulcérations, la transformation épithéliomateuse devient de plus en plus fréquente. Cependant il est le plus souvent impossible, en présence d'un cas, de baser d'emblée un pronostic sur des données certaines : parfois les plaques en apparence les plus bénignes évoluent vers le cancer ; parfois, de vastes plaques papillomateuses siégeant aux lèvres et surtout à la langue persistent de longues années et même toute la vie sans subir la moindre modification.

Nous ne saurions trop insister sur ce dernier point. Il ne faut pas se hâter de conclure à une évolution certaine vers l'épithéliome si l'on est consulté par un malade atteint d'une leucoplasie hérissée de petites saillies quasi papillomateuses. On n'a qu'à se reporter à nos deux dernières observations pour voir que nous avons pu soigner des leucoplasies papillomateuses géantes pendant des années sans observer le moindre indice de transformation épithéliomateuse.

Par contre, dès que la muqueuse s'indure au niveau de la leucoplasie, dès qu'il se produit des fissures ou des rhagades douloureuses, il faut songer à l'épithéliome.

Il nous semble que l'existence d'une syphilis antérieure aggrave le pronostic, à moins qu'un traitement approprié ne fasse disparaître rapidement toutes les lésions. Mais le métissage traumatisme et syphilis nous paraît être tout particulièrement pathogène de la transformation épithéliomateuse.

Voici donc, d'après nous, quel doit être le rôle du médecin qui est consulté pour des plaques leucoplasiques.

Il doit rechercher soigneusement quel est l'état local, si la leucoplasie est simple, si elle repose sur des lésions spécifiques, si elle se complique de papillomateuse, d'induration des tissus, de fissures, de crevasses, si elle est ou non douloureuse, s'il existe des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux.

Si l'exploration minutieuse des lésions locales fait craindre qu'il y ait un début de transformation épithéliomateuse, on doit pratiquer immédiatement une biopsie aussi large et aussi profonde que possible pour liquider complètement cette question.

a) Si le résultat de l'examen pathologique montre que la transformation épithéliomateuse est en voie de se faire, il faut con-

seiller au malade de consulter un chirurgien, mais sans prononcer devant lui le mot de cancer.

Nous disons que l'on doit dans ce cas inviter le malade à consulter un chirurgien ; c'est la ligne de conduite universellement adoptée ; c'est celle que nous avons suivie jusqu'ici, sauf lorsque nous nous trouvons en présence de lésions très avancées avec envahissement des ganglions, car dans ce cas nous estimons qu'il vaut mieux ne pas intervenir chirurgicalement : mais nous ne savons si c'est bien celle que l'on doit suivre dans le véritable intérêt du malade, et voici pourquoi.

Nous avons vu dans quelques cas fort rares de véritables épithéliomes de la langue, et surtout de la face interne des joues, ou des lèvres, ne pas récidiver après avoir été admirablement bien opérés par des chirurgiens de grande envergure, avec ablation extrêmement large des tissus périphériques en apparence sains, dissection et ablation minutieuse de tous les ganglions de la région, etc... Nous ne pouvons dès lors condamner d'une manière absolue l'intervention chirurgicale dans les cancers de la bouche, pourvu que cette intervention soit aussi précoce et aussi étendue que possible.

Mais, par contre, nous devons dire que dans l'immense majorité des cas nous n'avons constaté que des insuccès à la suite de l'intervention chirurgicale, et il est indéniable que lorsque l'épithéliome n'est pas totalement maîtrisé après une première intervention, il repullule ensuite avec une rapidité et une malignité bien plus grandes que si l'on n'y avait pas touché. Une opération manquée abrège pour ainsi dire toujours la vie du malade.

Nous nous sommes vu parfois en présence de sujets sur lesquels reposaient les intérêts les plus considérables, qui, très au courant de leur état, nous ont dit : « Il me faut tant de mois de survie pour mettre ordre à mes affaires, pour que ma famille soit à l'abri du besoin après ma mort. Dois-je ou non me faire opérer ? » *Et nous n'avons pas osé les faire opérer* : nous nous sommes contenté de leur prescrire des soins d'hygiène minutieux, des injections alternatives de quinine et d'arsenic, etc., et, nous avons la conviction d'avoir prolongé leur existence de plusieurs mois.

Il est évident que cette question est éminemment complexe, que l'état des lésions, la localisation du mal, l'intégrité apparente des ganglions ou leur envahissement, etc..., sont des éléments de premier ordre qui peuvent faire varier la décision que l'on doit prendre : nous ajouterons à ces éléments du problème, *la qualité du chirurgien qui doit intervenir*. Il est donc, au premier abord, peu médical de poser des règles fixes au sujet de l'intervention chirurgicale ou de la non-intervention dans les épithé-



liomes des muqueuses. Il n'en est pas moins vrai que cette question nous paraît réclamer de nouvelles études et de nouvelles discussions pour que nos maîtres en chirurgie et en dermatosyphiligraphie donnent aux praticiens des règles de conduite aussi précises que possible.

b) Si l'examen histologique ne décèle aucune lésion grave, il faut rassurer le malade au point de vue de la nature actuelle du mal, mais lui signifier qu'il doit se traiter et surtout suivre avec la dernière rigueur les soins minutieux d'hygiène locale que tous les médecins connaissent et qui peuvent se résumer en une phrase : supprimer totalement toutes les causes d'irritation locale. Il ne faut pas surtout, comme nous en avons vu de regrettables exemples, que le médecin, grand fumeur lui-même, use d'une coupable indulgence envers un malade plus ou moins ami qui le supplie de lui accorder la cigarette ou la demi-cigarette après chaque repas.

Certes, on ne doit pas effrayer le leucoplasique dès le premier contact qu'on a avec lui. On lui fait des recommandations sérieuses, et voilà tout. Mais si, lors d'une prochaine visite, on s'aperçoit qu'il a continué à fumer, il faut laisser de côté tout ménagement ; il faut lui parler avec la dernière sévérité, car, si on ne le fait pas, quand la transformation épithéliomateuse se sera produite, le malheureux condamné à mort aura le droit de dire à son médecin cette phrase que nous avons entendue quelquefois au début de notre carrière : « Mais, docteur, si vous m'aviez dit carrément ce qui en était, à quoi je m'exposais, j'aurais certainement cessé de fumer ! » Nous avons maintenant l'habitude de dire à ceux qui ne veulent pas comprendre l'importance de nos recommandations : « Monsieur, vous avez à choisir entre la cessation totale et immédiate du tabac, et une des morts les plus affreuses qu'il soit possible de concevoir ; sachez qu'il vaut mieux, pour vous, vous loger une balle dans la tête que de continuer à fumer. »

Donc, si l'on est en présence d'une leucoplasie simple, on doit déclarer au malade qu'il ne court pour le moment aucun danger, et, s'il insiste en parlant de cancer, il faut lui expliquer qu'à l'heure actuelle il ne s'agit que de leucoplasie et nullement de cancer, que, s'il est raisonnable, s'il suit toutes les prescriptions voulues d'hygiène, s'il supprime tout contact irritant, s'il se soigne bien, il ne se développera pas de cancer chez lui ; qu'il n'est même pas sûr qu'il s'en développe s'il ne vous écoute pas, mais qu'il n'est pas sûr non plus dans ce cas que les lésions ne prennent pas un haut caractère de gravité.

Cela posé, il faut en outre étudier les conditions pathogéniques

de la lésion, et surtout rechercher les antécédents de syphilis chez le malade. Si l'on n'en trouve pas, si la leucoplasie ne s'accompagne d'aucune manifestation spécifique, si le Wassermann est négatif, nous déclarons qu'il nous paraît inutile et *inopportun* d'instituer un traitement antisyphilitique.

Si la syphilis existe chez le malade, nous sommes, au contraire, partisan d'instituer le traitement chez lui, même si la leucoplasie a tous les caractères d'une leucoplasie simple, même si elle ne s'accompagne d'aucun accident spécifique, même si le Wassermann est négatif. Mais dans ce cas nous ne poursuivons pas la médication antisyphilitique chez lui d'une manière aveugle jusqu'à disparition totale des lésions leucoplasiques, car nous les avons vues persister malgré des séries répétées d'injections intrafessières de calomel, ou d'injections intraveineuses d'arsénobenzol. Dès qu'il est bien prouvé que ces médications n'exercent pour ainsi dire aucune action sur les plaques, nous les supprimons pour ne continuer que le traitement hygiénique de la leucoplasie simple.

Inutile d'ajouter que si les plaques blanches s'accompagnent de sclérose syphilitique sous-jacente, ou de toute autre manifestation spécifique, si le Wassermann est positif, nous insistons sur le traitement antisyphilitique.

Dans ce cas, quelle est la méthode de choix ? Si les lésions présentent des allures le moins suspectes au point de vue de la transformation épithéliomateuse, nous recommandons expressément d'employer les injections intraveineuses d'arsénobenzol ou de novarsénobenzol.

Dans le cas contraire nous avons vu parfois les injections intrafessières de calomel agir avec une incomparable efficacité. Il est d'ailleurs assez souvent utile de combiner ces deux agents, ou, pour mieux dire, d'en faire des séries alternantes, sauf à donner la préférence dans la suite à celui dont l'action aura été la plus puissante.

Mais il ne faut pas, nous ne saurions trop le répéter, même dans le cas où le malade est syphilitique, le gorger sans discernement de mercure ou d'arsenic tant qu'il persiste des éléments de leucoplasie. Quand tout élément nettement syphilitique aura disparu, quand le Wassermann se sera maintenu négatif depuis un certain laps de temps, on ne devra pas s'hypnotiser sur des plaques blanches persistantes ; on devra ne faire que les médications compatibles avec une parfaite résistance de l'organisme.

(*La Presse médicale*, 22 mai 1919.)

---



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 13 mai 1919.*

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN, VICE-PRÉSIDENT, PUIS DE  
M. GODON, PRÉSIDENT D'HONNEUR.

La séance est ouverte à 9 heures du soir. 62 membres sont présents.

#### I. — CORRESPONDANCE.

M. G. Villain, vice-président, donne lecture d'une lettre de M. Frey, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance en raison de la mort de son père.

Il ajoute qu'il est sûr d'être l'interprète de la Société en adressant à M. Frey ses sincères condoléances et l'assurance de sa vive sympathie à l'occasion de ce nouveau deuil, suivant de quelques jours celui qui l'a déjà frappé, la mort de sa mère. (*Assentiment.*)

Il fait part également des excuses de MM. J.-B. Davenport, Jeay et Réal et invite, au nom du bureau, M. Godon, président d'honneur, à accepter la présidence en l'absence de M. Jeay, empêché d'assister à la séance.

M. Godon. — Avant de donner la parole à M. Sauvez pour sa communication qui nous fera connaître la situation de l'art dentaire en Alsace, après le voyage qu'il vient de faire dans cette province, enfin rendue à la France, je veux saluer d'abord M. G. Villain, revenant pour la deuxième fois d'Amérique. Vous savez combien le récit de sa première mission a été intéressant ; aussi lui demanderons-nous de nous raconter dans une prochaine séance ce nouveau voyage qui a été couronné d'un grand succès pour lui, pour l'Ecole dentaire de Paris et la science dentaire française.

Je tiens à saluer également M. le Prof. Retterer, de la Faculté de médecine de Paris, qui s'est intéressé tout spécialement à notre œuvre. Nous sommes très honorés de sa présence à cette séance au titre de professeur, d'ami de notre enseignement et d'Alsacien.

Je viens, à ce propos, de recevoir une lettre de M. le Prof. Lickteig, de l'Université de Strasbourg, venu ici récemment avec son frère, bactériologiste distingué, pour étudier sur place notre enseignement et le fonctionnement de notre école, lettre nous remerciant de l'accueil qui leur a été fait.

II. — LA SITUATION DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE,  
PAR LE D<sup>r</sup> E. SAUVEZ.

M. Sauvez donne lecture de sa communication (qui sera publiée).

DISCUSSION.

M. Godon. — Nous avons vu au Congrès de Berlin en 1909 combien ces cliniques dentaires sont remarquablement installées.

La communication de M. Sauvez se termine par des conclusions que nous aurons à examiner. La Fédération dentaire nationale a déjà fait connaître ses idées sur le *modus vivendi* applicable à l'Alsace-Lorraine au point de vue de l'enseignement et de l'exercice de l'art dentaire. Peut-être, dans une séance ultérieure, la Société d'odontologie voudra-t-elle faire connaître les siennes à ce sujet en discutant ces conclusions.

Au nom de la Société d'odontologie je remercie M. Sauvez de sa communication fort intéressante.

Vous avez lu dans le journal *L'Odontologie* (n° de mars dernier) un petit exposé de la question. Notre confrère M. Guebel a bien voulu aller en Alsace servir de lien entre nos confrères de là-bas et nous. Quand la communication de M. Sauvez aura été publiée dans *L'Odontologie* nous pourrions émettre un vœu que nous enverrions aux pouvoirs publics.

M. Sauvez. — Je vous annonce la nomination de 50 officiers dentistes, dont la liste est actuellement au *Journal officiel*.

Je vous annonce également que l'autorité militaire va demander aux dentistes civils de donner dans les régiments et les garnisons des soins dentaires à la troupe moyennant une rétribution de 100 à 300 francs par mois, suivant le nombre de matinées employées. Ceci ne s'applique qu'à la province, pour le moment du moins.

M. G. Villain. — La prochaine séance sera consacrée à la discussion des communications de MM. Mendel Joseph et Roy ; peut-être pourrait-on aussi y échanger des vues sur la communication de M. Sauvez.

M. Godon. — On pourrait mettre à l'ordre du jour de cette séance : vœu à émettre sur la situation professionnelle en Alsace-Lorraine.

M. Sauvez. — Mais vous avez déjà fait connaître vos idées à cet égard !

M. Godon. — C'est vrai, mais votre communication a apporté des éléments nouveaux.

Je propose donc que le Bureau présente à la prochaine séance un vœu sur lequel on discutera.

La proposition est mise aux voix et adoptée.



III. — LA PATHOGÉNIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE D'APRÈS LES DONNÉES CLINIQUES, PAR LE D<sup>r</sup> M. ROY.

*M. Roy.* — Vous savez qu'au Congrès dentaire international de Londres en août 1914 il devait y avoir quatre conférences et que j'avais été chargé d'en faire une. Or, c'était précisément le 4 août, jour de la déclaration de guerre et naturellement elle n'a pu être faite. Je vais vous la communiquer.

(Il donne lecture de son travail, qui est accompagné de projections, sur lesquelles il fournit les explications nécessaires.)

La communication est accueillie par de vifs applaudissements.

*M. Godon.* — Je remercie M. Roy de sa très remarquable conférence sur la question si obscure de la pyorrhée alvéolaire. Nous y avons déjà consacré une séance, dans laquelle nous avons entendu un travail des plus intéressants de M. Mendel Joseph. Nous avons dû en remettre la discussion ; nous sommes encore obligés de le faire aujourd'hui, mais celle-ci n'en sera que plus fructueuse.

IV. — QUESTIONS DIVERSES.

*M. Godon.* — Je viens d'être saisi d'un vœu formulé antérieurement par M. Charlet, qui s'est fait le champion de l'idée d'union professionnelle, ce dont on ne saurait trop le féliciter. Ce vœu offre un terrain d'entente, qui sera encore plus facile puisqu'il s'agit de l'Alsace-Lorraine. Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France émet des vœux à ce sujet, comme l'a fait la Fédération dentaire nationale, et la communication de M. Sauvez doit donner lieu à un vœu que le bureau nous présentera. Celui de M. Charlet est ainsi conçu :

« Considérant les inconvénients soulignés par M. le D<sup>r</sup> Sauvez, dans sa très intéressante communication, du désaccord existant entre les différents groupements professionnels sur la question du statut de la profession en Alsace-Lorraine,

» La proposition faite par le président de présenter à la prochaine séance des conclusions préparées par le bureau et à soumettre aux pouvoirs publics après adoption par la Société d'odontologie,

» Le soussigné émet le vœu que les différents groupements professionnels, mettant en pratique leur désir de réaliser une union d'autant plus nécessaire que nos frères d'Alsace-Lorraine désirent se mettre entièrement d'accord avec nous, se concertent très prochainement pour établir un texte unique de conclusions, émanant de l'unanimité professionnelle. »

*Signé : CHARLET.*

*M. Godon.* — Je vous propose de renvoyer ce vœu au bureau avec avis favorable pour exécution.

La proposition, mise aux voix, est adoptée.

La séance est levée à 11 heures.

*Le secrétaire général, R. LEMIERE.*

---

*Séance du 3 juin 1919.*

PRÉSIDENTE DE M. G. VILLAIN, VICE-PRÉSIDENT, PUIS DE  
M. GODON, PRÉSIDENT D'HONNEUR.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

*M. G. Villain*, vice-président, souhaite la bienvenue à MM. Quintin et Pitot, de Bruxelles, et en l'absence du président M. Jeay, empêché d'assister à la séance, demande au nom du bureau, à M. Godon, président honoraire, de vouloir bien prendre la présidence.

*M. Godon* accepte la présidence et parle des diverses manifestations de l'activité professionnelle pendant la guerre, en France, et dans les différents pays d'Europe, notamment en Angleterre et en Belgique, tant au point de vue des services dentaires de l'armée et de la marine qu'à celui de l'enseignement et de l'hygiène dentaire. Il signale au passage le manque de chirurgiens-dentistes qui se fait sentir actuellement en Alsace-Lorraine; la ville de Strasbourg, en particulier, réclame pour ses cliniques dentaires scolaires, organisées par la Municipalité, des chirurgiens-dentistes, dont les honoraires pourraient s'élever à 7.000 et 8.000 fr. par an; elle en demande aussi pour la Caisse d'assurance locale contre la maladie.

I. — LA VIE PROFESSIONNELLE EN BELGIQUE PENDANT  
L'OCCUPATION ALLEMANDE, PAR MM. QUINTIN ET PITOT.

*M. Quintin* remercie de l'aimable accueil qui lui est fait, et expose la vie professionnelle en Belgique pendant la guerre:

Dès l'arrivée des ennemis, ce fut l'arrêt complet, l'École dentaire belge fut fermée; seul, son dispensaire fonctionna grâce aux chirurgiens-dentistes belges qui y prodiguèrent leur dévouement. Les nécessiteux, les familles des militaires y furent soignés, ainsi que les évacués belges et français, ceux-ci avaient même droit aux appareils de prothèse à condition toutefois d'avoir moins d'un tiers de surface masticatrice.

Les chirurgiens-dentistes belges organisèrent une ambulance, qui n'eut pas à fonctionner.



Le travail professionnel fut complètement nul au début, en 1915 et 1916 il reprit, mais sans aucun rendement, aucun praticien n'ayant voulu tirer un profit des événements.

A partir de 1918, l'activité redevint normale, on constata alors de nombreux cas de décalcification et de fréquentes adénites dus à l'absence de matières grasses dans l'alimentation.

Les chirurgiens-dentistes souffrirent beaucoup de l'état de guerre ; nombreux furent ceux qui virent leur installation pillée, leur matériel emporté par les Allemands ; l'un d'eux, M. Hesse, de Verviers, fut fusillé.

Depuis l'armistice, les stomatologistes et les odontologistes se sont réunis. Ils ont créé divers organes de défense professionnelle dont l'un fut provoqué notamment par l'action d'un syndicat de mécaniciens-dentistes.

Au point de vue militaire, les chirurgiens-dentistes virent leurs soins refusés au début de la guerre ; en 1916, seulement, on accepta leurs services dans l'armée où ils furent nommés sous-lieutenants. Plusieurs d'entre eux, particulièrement MM. Viaene et Poutrain, se firent remarquer par leur dévouement.

A l'ambulance de l'Océan, à La Panne, M. Depage eut l'idée de spécialiser les chirurgiens-dentistes et apprécia beaucoup la collaboration des dentistes ; il en fit un grand éloge, ce qui eut un retentissement favorable auprès du Gouvernement.

Au point de vue de l'enseignement et de la pratique de l'art dentaire, les dentistes furent régis par la loi de 1818 jusqu'en 1918, époque à laquelle un arrêté-loi fut promulgué. Modifié en mai 1919, ce programme, qui porte surtout sur la pratique de l'art dentaire, est très insuffisant : il n'exige qu'un enseignement préparatoire très sommaire. Actuellement, les dispositions adoptées sont encore en voie de remaniement, et, pour octobre prochain, on croit que les humanités seront exigées pour commencer les études dentaires.

M. Godon remercie M. Quintin des renseignements très intéressants qu'il vient de donner sur le mouvement dentaire de son pays. Il exprime l'émotion qu'il ressent à revoir pour la première fois dans cette réunion, après la terrible tourmente de ces cinq dernières années, en MM. Quintin et Pitot, deux représentants de la profession dentaire belge. Il rappelle en termes émus et aux applaudissements unanimes de la Société, les souffrances de la Belgique, qui s'est sacrifiée pour le salut de la France et de la civilisation.

M. Pitot, auquel la parole est donnée, s'est occupé plus spécialement des questions d'enseignement et déclare qu'à cet égard, la Belgique n'en est qu'à ses débuts, en comparaison de ce qui a déjà été fait en France.

La loi de 1884 exigeait pour les candidats en chirurgie dentaire un minimum d'âge de 18 ans, la production d'un certificat de bonne conduite, la justification de deux années de stage; ils passaient un examen devant une commission médicale tout à fait incompétente au point de vue de l'art dentaire.

Les résultats ayant été fort imparfaits dans la pratique, on eut recours à la conception stomatologique et l'on exigea 8 à 12 inscriptions en médecine tout en reprenant le système défectueux des examens passés devant les commissions médicales.

Au moment de l'armistice, on prit de nouvelles dispositions et on revint au programme de 1884. Ce fut un retour en arrière, qui provoqua un tolle général de la part des dentistes et des médecins; quelques-uns de ceux-ci se mirent d'accord pour élaborer un nouveau projet.

Celui-ci n'est pas encore admis, et il n'existe donc au point de vue de l'enseignement qu'une situation provisoire; mais du fait de ce projet il est résulté une véritable union stomato-odontologique.

Le Dr Watry, qui s'occupe de la question, préconise la réduction de l'enseignement général, un début unique, avec un aiguillage précoce vers la spécialité.

Il est probable que la conception odontologique ainsi comprise sera admise en Belgique.

#### DISCUSSION.

*M. le Président* remercie M. Pitot de sa très intéressante communication et fait remarquer qu'elle révèle actuellement en Belgique la même évolution lente qui s'est produite en France; il est persuadé que, grâce à leur ténacité, les dentistes belges aboutiront à de bons résultats, comme ceux qui ont été enfin obtenus en France.

*M. G. Villain* remercie également MM. Quintin et Pitot des éclaircissements qu'ils ont donnés sur la pratique de l'art dentaire en Belgique et il émet le vœu qu'un souvenir ému soit adressé à la mémoire de M. Hesse, fusillé par l'ennemi.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

#### II. — AJOURNEMENT DE LA DISCUSSION SUR LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

*Le Président* propose d'ouvrir la discussion sur les communications précédentes de MM. Roy et Mendel Joseph, mais leurs auteurs font remarquer qu'il est préférable d'attendre la publication de ces communications qui doit être faite en juillet dans *L'Odontologie*. Cette discussion n'aura donc lieu qu'en octobre.



## III. — LES ARTICULATEURS ANATOMIQUES.

M. Godon propose que la question des articulateurs anatomiques soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance avec les élections du Bureau. — Adopté.

## IV. — VŒU SUR L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE.

Le Président rappelle qu'à la séance de mai, à la suite de la communication de M. Sauvez sur l'art dentaire en Alsace-Lorraine, il a été décidé qu'un vœu serait proposé à la Société d'Odontologie.

Il rappelle en conséquence le vœu déjà émis à ce sujet par le bureau de la Fédération dentaire nationale concernant l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine et transmis aux Pouvoirs publics.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Sauvez, Roy, G. Villain, H. Villain, Charlet, etc., le vœu suivant est adopté :

« La Société d'Odontologie de Paris, laissant aux Pouvoirs publics le soin de trancher les questions de nationalité et de loyalisme des personnes exerçant l'art dentaire en Alsace-Lorraine, et ne s'occupant que des questions professionnelles et des questions d'équivalence d'études, émet le vœu :

» 1<sup>o</sup> Que toute personne exerçant la profession dentaire en Alsace-Lorraine et possédant le titre de *zahnarzt* jouisse des mêmes droits que les praticiens munis du diplôme français de chirurgien-dentiste ; que, par réciprocité, les personnes munies du diplôme français de chirurgien-dentiste aient le droit d'exercice légal en Alsace-Lorraine.

» 2<sup>o</sup> Que toutes les personnes non pourvues du diplôme de *zahnarzt*, mais pouvant justifier qu'elles exerçaient l'art dentaire en Alsace-Lorraine avant le 2 août 1914, puissent continuer à exercer leur profession en Alsace-Lorraine, leur vie durant, par analogie et en accord avec les dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de l'art dentaire en France.

» 3<sup>o</sup> Que des mesures transitoires soient prises en faveur des étudiants en chirurgie dentaire alsaciens-lorrains régulièrement inscrits, de façon à reconnaître l'équivalence de leurs études dentaires faites en vue de l'obtention du titre de *zahnarzt*, en tenant compte des conditions actuelles et notamment de la durée des études exigée, d'une part, pour le diplôme français de chirurgien-dentiste, de l'autre pour le titre de *zahnarzt*. »

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général, R. LEMIERE.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juin 1919

## Du cortex de la racine des dents.

Par le prof. ÉD. RETTERER.

Les notions que nous possédons sur les couches corticales de la racine des dents se réduisent aux suivantes : la racine est recouverte par le ciment comme la couronne l'est par l'émail, et, dans l'une et dans l'autre, les canalicules dentaires se terminent dans des vacuoles (*granular layer* de Tomes).

Voici les faits que j'ai observés dans les racines des dents de chiens jeunes.

A. — *Ivoire et émail*. La papille et les zones successives de dentine présentent, au niveau de la racine, la même structure que celle décrite antérieurement dans la couronne, avec cette particularité que les cordonnets d'ivoire et les espaces intercordonnaires y affectent une direction horizontale. Comme dans la couronne, les espaces intercordonnaires se rétrécissent à mesure qu'ils s'éloignent de la papille, tandis que les cordonnets s'épaississent, grâce à la transformation du tissu réticulé des premiers en ivoire. A une distance de 30 à 40  $\mu$  du cortical osseux ou ciment, les espaces intercordonnaires ne contiennent plus qu'un filament hématoxylinophile épais de 2 à 3  $\mu$ ; celui-ci ne tarde pas à se diviser en plusieurs branches d'où partent de fins rameaux, également hématoxylinophiles, qui se dirigent tout droit vers le cortical osseux<sup>1</sup>. Les intervalles de ces rameaux sont occupés par des prismes qui ont la forme et la structure des prismes adamantins de la couronne; ils sont larges de 5 à 6  $\mu$  et longs de 25 à 30  $\mu$ . Leurs stries transversales se colorent au bleu de toluidine, ainsi qu'à l'hématoxyline à l'eau. Les filaments radiés qui réunissent et séparent les prismes se terminent en s'anastomosant entre eux, pour former, à la surface externe de l'émail, un plexus, une sorte de cuticule hématoxylinophile, épaisse de 3 à 4  $\mu$ .

B. — *Tissu inter-dento-maxillaire et cortical osseux*. Sur les embryons, la racine de la dent est reliée à l'os des maxillaires

---

1. Sur les dents macérées et desséchées, on voit à la place des filaments hématoxylinophiles et de leurs branches de bifurcation les espaces irréguliers, limités par des globules calcifiés. Ce sont des *espaces interglobulaires* constituant la *couche granuleuse* de J. Tomes. C'est à tort qu'on prend, à l'exemple de Walkhoff, les filaments hématoxylinophiles des espaces interglobulaires pour de la dentine non calcifiée; c'est une partie de la trame et non point de la substance fondamentale.



par un tissu conjonctif riche en cellules, en faisceaux conjonctifs, ainsi qu'en vaisseaux. Les faisceaux conjonctifs, la plupart à direction horizontale, vont de l'os maxillaire à la cuticule qui limite l'émail. Sur des chiens un peu plus âgés, la face interne de la lame conjonctive montre, vers le sommet de la racine, tout contre la cuticule de l'émail, une, puis plusieurs assises de cellules vésiculeuses. Après s'être entourées d'une capsule, ces cellules se munissent de prolongements ramifiés partant de la capsule et entre lesquels apparaît la substance osseuse: c'est de cette façon que se développe la première lamelle osseuse autour de la racine de la dent (*cortical osseux*). Pendant quelque temps, on continue à apercevoir entre les territoires osseux des tractus conjonctifs primitifs (fibres de Sharpey). A mesure que de nouvelles lamelles osseuses se forment en dehors de la première lamelle, celle-ci prend les caractères de l'os définitif, c'est-à-dire que les fibres de Sharpey disparaissent. Cette transformation du tissu inter-dento-maxillaire et son épaissement qui avaient débuté du côté de la racine, s'étendent peu à peu vers le collet de la dent. C'est ainsi que la racine se munit d'une couche osseuse (*cortical osseux* ou *cément* des classiques). Mais ce ciment inter-dento-maxillaire, qui forme une membrane simple et unique, élabore également du tissu osseux le long du maxillaire où il joue le rôle de périoste. Autrement dit, cette membrane se transforme en os sur ses deux faces, interne et externe.

En un mot, la dentine se développe et évolue dans la racine comme dans la couronne; les extrémités externes ou périphériques des cordonnets de dentine s'épaississent et prennent la forme et les caractères microchimiques de prismes adamantins. Dans leurs intervalles, les espaces intercordonnaires se rétrécissent grâce à la transformation du tissu réticulé en dentine et à l'accroissement des filaments hématoxylinophiles qui persistent entre les cordonnets et les prismes de l'émail. Quant au *tissu conjonctif inter-dento-maxillaire*, il édifie sur ses deux faces des lamelles osseuses pour produire, d'une part, le *cortical osseux* de la racine, et, de l'autre, les couches osseuses superficielles des maxillaires.

*Résultats et critique.* — La marche qu'a suivie l'odontologie est parallèle et semblable à celle des sciences biologiques en général; il a fallu découvrir des faits nouveaux, séparer ce qui est vrai de ce qui est faux et détruire les erreurs.

Bertin<sup>1</sup> observa « une croûte ou une couche qui revêt la dent tout entière, depuis la racine jusqu'à la couronne inclusivement. Cette croûte est appelée l'émail de la dent ». Bertin vit manifes-

---

1. *Traité d'ostéologie*, t. II, p. 201, 1783.

tement le cortical osseux. John Tomes découvrit au XIX<sup>e</sup> siècle une couche spéciale, d'apparence granuleuse (*granular layer*), située entre la dentine de la racine et la zone la plus externe qui confine au ciment.

Cette dernière zone n'a guère fixé l'attention. B. Noyes<sup>1</sup> est l'un des rares auteurs qui en parle : entre la couche granuleuse et le cortical osseux, dit-il, se trouve une zone de dentine claire et sans structure ; c'est ainsi qu'il décrit ce qui, pour moi, représente l'*émail radiculaire*. Quant à la couche granuleuse, Noyes remarque avec raison que ses espaces interglobulaires ne se voient point sur la dent décalcifiée ; il pense que les fibres de Tomes viennent s'y terminer, ce qui est inexact, car les filaments hématoxylinophiles qui les remplissent se prolongent entre les prismes adamantins.

Pour ce qui est du cortex osseux de la racine, Tenon le découvrit et le décrit en 1767 sur les dents du cheval et l'appela *cortical osseux*. Ce terme qui définit sa structure et sa nature ne plut pas à Cuvier qui constata sa présence sur les racines des dents composées des mammifères. Il préféra le mot vague « ciment ». « Dans la plupart des espèces, dit Cuvier<sup>2</sup>, le ciment n'a point d'organisation apparente et ressemble à une sorte de tartre qui se serait cristallisé sur la dent. » Hâtons nous de dire que, jusque vers 1840, les anthropotomistes ignorèrent l'existence du cortical osseux ; mais, dès qu'ils le connurent, ils s'empressèrent d'adopter le mot vide de sens « ciment » pour le désigner<sup>3</sup>.

Connu sous la dénomination de *périoste alvéolo-dentaire*, le tissu conjonctif inter-dento-maxillaire a reçu, dans ces derniers temps, le nom de *ligament*. En effet, pour certains anatomistes à courte vue, ce tissu n'aurait qu'un rôle mécanique, consistant à rattacher le cortical osseux au maxillaire. Or le tissu conjonctif inter-dento-maxillaire préexiste au cortical osseux qu'il produit ; de plus il recouvre le maxillaire d'un véritable périoste. Ce tissu inter-dento-maxillaire est un autre exemple de l'action exercée par les excitations mécaniques sur le développement du tissu osseux : sous l'influence des pressions répétées que supporte la jeune dent, les cellules conjonctives de ce tissu se modifient et se transforment aussi bien au contact de la racine que sur le maxillaire. J'ai ob-

1. *A text book of dental Histology*, 1912, p. 178.

2. *Anatomie comparée*, t. III, an XIV (1805), p. 104.

3. Les auteurs anglais et américains appliquent le mot *ciment* (*cement, cementing substance*) aussi bien au cortical osseux qu'au prétendu *ciment* qui reliait et souderait les prismes de l'émail. En Allemagne on se complait à propager les idées fausses, car au XX<sup>e</sup> siècle, encore, on y désigne le cortical osseux sous le nom de *Zahnkitt*, de *substantia osteoidea*.



servé et décrit ce même processus sur d'autres organes fibreux ou tendineux. Les cellules conjonctives se multiplient et s'accroissent, puis deviennent vésiculeuses, et enfin osseuses; c'est ainsi que se développent le cortical osseux, d'une part, les nouvelles lamelles osseuses des maxillaires, de l'autre. Les fonctions primordiales et constantes du tissu inter-dento-maxillaire consistent donc à faire de l'os sur ses deux faces; le reste de cette membrane qui ne se transforme pas en os évolue en faisceaux fibreux qui rattachent le cortical osseux de la dent définitive au maxillaire correspondant.

*En résumé*, la racine possède des couches d'ivoire ou dentine de structure et d'évolution identiques à celles de la couronne; les dernières zones se transforment en un émail semblable à celui de la couronne. La racine s'entoure, de plus, d'une couche de tissu osseux, qui se développe comme celui des maxillaires aux dépens du tissu conjonctif inter-dento-maxillaire. C'est là l'origine du cortical osseux (*cément*, des auteurs), tandis que le reste du tissu inter-dento-maxillaire reliant le ciment au maxillaire persiste à l'état fibreux ou ligamenteux.

(Comptes rendus des séances de la Société de biologie, nos 16 et 17, 1919.)

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

#### *Réserve.*

Par décret en date du 28 août 1919, rendu par le Président de la République, sur le rapport du Président du Conseil, ministre de la guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve et, par décision du même jour, ont été maintenus à la disposition du maréchal commandant en chef les armées françaises de l'Est, du général gouverneur militaire de Paris et des généraux commandant les régions, suivant leur situation actuelle :

#### *Au grade de dentiste de 2<sup>e</sup> classe.*

##### Les dentistes auxiliaires :

- MM. Brille (Marcel-Jacob), G. M. P.  
Sapet (Maurice-Jean), 106<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
Vialat (Jacques-Constant), hôpital N° 32, à Dunkerque.  
de Libouton (Georges-Ernest), G. B. D. 7.  
Gallois (Maurice-Eugène-Henri), centre dentaire de l'A. O.  
Mascarène de Rayssac (Frédéric), G. B. D. 45.  
Raviart (Marcel-André-Charles), 1<sup>re</sup> région.  
Benezra (Vital-Marcel), 1<sup>re</sup> région.  
Demoulin (Maurice-Albert-Gabriel), 1<sup>re</sup> région.  
Bury (Maurice-Marcel-Jean), hôpital militaire de Mulhouse.  
Playe (Maurice-Alfred-Pierre), 94<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
Maronneaud (Pierre-Louis), 59<sup>e</sup> régiment d'infanterie.  
Mazabraud (Jean-Marie-Louis-Gustave), ambulance 5/12.  
Godde (Edouard), centre d'édentés à Clermont-Ferrand.  
Pascarel (Pierre-Robert), 1<sup>re</sup> région.  
Foch (Eugène-Emile), G. B. D. 35.  
Henry (Pierre-Edmond-Alfred-Joseph), G. M. P.  
Rabusseau (Marcel-Jules-Marie), hôpital temporaire N° 4 (A. O).  
Cresson (Paul-Alphonse), hôpital militaire de Saint-Avold.  
Lugagne (Marius-Eugène), G. B. D. 17.  
Martinier (Georges), G. M. P.  
Détry (Charles-Claudius), G. B. D. 26.  
Schwitzguebel (Joseph Bernard Charles), G. M. P.  
Pirou (Albert-Louis-Baptiste), G. B. D. 17.  
Dupont (Emile), voiture de stomatologie N° 17.



MM. Arnaud (Gabriel-Emile-Léon), hôpital militaire de Mayence.  
Hestaux (Adolphe-Lucien), hôpital militaire de Mayence.

(*Journal officiel* du 4 septembre 1919.)

Nous adressons à tous ces confrères nos félicitations.

## L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE AU MAROC

*Nous avons publié dans notre numéro d'août un décret du sultan du Maroc réglementant l'exercice de l'art dentaire dans ce pays, ainsi que la réclamation adressée à ce sujet par la F. D. N. au résident général et au ministre des Affaires étrangères.*

*Nous reproduisons ci-dessous les réponses reçues de ces deux hautes autorités par la Fédération.*

### RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Paris, le 28 juillet 1919.

Monsieur,

Par votre lettre du 12 de ce mois, vous m'avez signalé que certaines dispositions du dahir du 12 avril 1916 sur l'exercice de l'art dentaire au Maroc étaient en contradiction avec l'article 32 de la loi métropolitaine de 1892 qui donne à un chirurgien-dentiste le droit de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un médecin.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que j'attire sur cette contradiction l'attention du résident général de France au Maroc ; je lui demande de me faire part de son sentiment au sujet de votre réclamation.

Je dois, toutefois, vous faire observer que le dahir visé n'est point, comme vous le pensez, un règlement d'administration publique, pris en vertu de l'article 8 de la loi française de 1892.

Les dahirs marocains, c'est-à-dire les décrets du sultan, constituent la seule loi applicable au Maroc ; et ces dahirs, pour des raisons spéciales, dont mon département est juge, peuvent fort bien différer de la loi française.

Agréez, etc.

*Le ministre des Affaires étrangères : S. PICHON.*

A M. le président de la Fédération dentaire nationale.

\*  
\* \*

RÉSIDENCE GÉNÉRALE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE AU MAROC.  
*Secrétariat général du Protectorat.*

Rabat, le 23 juillet 1919.

Le délégué à la résidence, secrétaire général du Protectorat de la France au Maroc, à M. le président de la Fédération dentaire nationale, 88, avenue Niel, Paris.

Monsieur,

J'ai l'honneur d'accuser réception de votre lettre du 12 juillet, concernant la réglementation de l'exercice de l'art dentaire au Maroc. Je n'ai pas manqué de communiquer vos observations à la direction générale des services de santé au Maroc, et je vous tiendrai au courant de la suite qui pourra être donnée à la demande de la Fédération dentaire nationale.

Recevez, etc.

*Pour le délégué à la résidence générale :* Signature illisible.

---

### PROTESTATION ET RECTIFICATION

Le numéro du 17 avril 1919 de la *Stomatologia* de Milan a publié un compte rendu de l'Assemblée générale du 2 février 1919 de la corporation des médecins de la province de Porto Maurizio, contenant l'affirmation qu'une maison de Turin promet à tous les mécaniciens-dentistes *désireux* d'exercer illégalement le *diplôme de l'Ecole dentaire de Paris, contre versement de 1.600 francs*.

Cette allégation inexacte, étant de nature à jeter le discrédit sur l'institution à laquelle elle s'adresse, ainsi que sur le diplôme qu'elle délivre, par suite à lui causer un préjudice matériel et moral, l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique reconnues d'utilité publique, ont protesté auprès de la direction de la *Stomatologia* contre cette imputation calomnieuse le 5 mai suivant.

Elles ont rappelé que leur diplôme ne peut être conféré qu'après une scolarité effective variant de 1 à 5 ans, suivant les études antérieures des candidats, les diplômes dont ils sont pourvus et la durée de leur pratique, et cela à la suite d'examens probatoires éliminatoires. Elles ont ajouté que cette scolarité comprend des cours théoriques et pratiques, ainsi que des travaux pratiques, et que le montant des droits scolaires annuels est de 886 francs.

Elles l'ont priée, en conséquence : 1° de leur faire connaître le nom et l'adresse de l'Ecole dentaire incriminée ; 2° de publier dans la *Stomatologia* leur protestation ; 3° de leur indiquer le nom et l'adresse de la maison de Turin précitée et de leur envoyer la circulaire en question.



Le 13 mai le directeur de notre confrère italien répondait dans les termes suivants :

« Je reçois votre lettre du 5 mai et je ne manquerai pas de publier dans la *Stomatologia*, que vos écoles n'ont rien de commun avec la circulaire envoyée l'hiver passé par une maison de Turin et qu'elles ne délivrent de diplômes qu'à ceux qui ont régulièrement suivi les cours, conformément aux programmes de vos Ecoles.

» Mais quant à ce qui est affirmé par la *Stomatologia*, ce n'est ni inexact ni mensonger, puisque la circulaire existe et que je vous en adresse copie.

» Ayant toute raison de croire exactes et véridiques vos affirmations, il faut admettre qu'à Paris il existe quelqu'un qui, au nom de quelque Ecole dentaire ignorée et moyennant une somme d'argent, délivre les diplômes dont il est question dans la dite circulaire. »

A cette lettre était jointe, en effet, la circulaire en question, qui contient neuf paragraphes, mais dont la première ligne précise clairement qu'il ne s'agit ni de l'Ecole dentaire de Paris ni de l'Ecole odontotechnique.

Il a paru de plus dans la *Stomatologia* du 31 mai 1919 une rectification ainsi conçue :

« Dans le fascicule de mars, n° 129, nous avons parlé d'une circulaire envoyée aux mécaniciens désireux de légaliser d'une manière quelconque leur propre exercice illégal, circulaire dans laquelle, contre versement de 1.600 fr. et la production de certificats d'exercice... abusif d'au moins trois mois, on leur promettait le diplôme de chirurgien-dentiste délivré par l'Ecole dentaire de Paris.

» A la suite de cela l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole odontotechnique nous ont écrit pour protester contre cette affirmation parce que leur diplôme ne peut être conféré qu'après une fréquentation scolaire effective variant de 1 an à 5 ans, suivant les études faites préalablement par le candidat, les diplômes dont il est pourvu et la durée de sa pratique, et cela après un examen probatoire éliminatoire. Les cours à suivre sont théoriques et pratiques avec travaux pratiques et le montant annuel des droits scolaires est de 886 francs.

» Nous sommes heureux de publier la protestation des susdites écoles et de constater qu'elles n'ont rien de commun avec la prétendue école dont il est question dans la circulaire, en souhaitant que leurs dirigeants puissent découvrir l'Ecole dentaire ignorée qui se permet de délivrer des diplômes à distance à ceux qui désirent exercer illégalement l'odontologie. »

Cette rectification nous a naturellement donné satisfaction.

## VARIA

### EN CAMPAGNE

#### Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN

Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Poussé par la curiosité, je descends dans la rue et j'arrive juste au moment où les habitants, heureux d'être délivrés de l'occupation ennemie, réclament la *Marseillaise* ; les enfants de l'école assistent à cette manifestation aussi simple qu'émouvante.

Pendant que j'écoute la musique, un capitaine, qui a probablement reconnu ma qualité de dentiste, grâce à la majuscule D qui orne le caducée de mon col, m'aborde et me demande si j'ai ce qu'il faut pour lui faire une obturation. La réponse est affirmative, quoique je n'aie pas encore pu me procurer un siège. D'ailleurs j'en improvise un... avec une tuile ronde de cheminée trouvée dans la cour. Cela n'est guère confortable, pas plus pour l'opéré que pour l'opérateur, mais on est bien obligé de s'en contenter, ce qui ne m'empêche pas, du reste, de faire une reconstitution de canine.

Le lendemain, un malade, envoyé à l'infirmerie régimentaire par l'un des bataillons, attire mon attention avant même que le médecin-chef l'ait vu, car il présente une fluxion au niveau du maxillaire inférieur. Sa fiche porte comme diagnostic : oreillons. Intrigué, je l'examine et je constate simplement un accident de la dent de sagesse inférieure. J'en avise le médecin-chef, qui m'autorise à faire le nécessaire. La dent est extraite et, trois jours après, le malade est guéri.

Mais le bruit se répand que nous allons partir au grand repos. En effet le 30 juin nous faisons mouvement pour *Nesle* où nous devons embarquer en chemin de fer.

Un embarquement ! Que d'ennuis cela représente, tant par la station interminable sur les quais que par le voyage lui-même.

Nous montons dans des wagons à bestiaux qui sont mal nettoyés et nous sommes obligés de nous installer littéralement sur du fumier. On part. Nous sommes entassés comme des sardines et nous ne pouvons même pas étendre les jambes. Pour passer le temps, on bavarde, on raconte des histoires. Les uns mangent



d'autres chantent, tandis que quelques-uns cherchent à dormir. Mais c'est peine perdue, car les cahots du wagon mal suspendu et les coups qu'on reçoit à chaque trépidation empêchent de fermer l'œil. Cependant, malgré l'obscurité, la bonne humeur ne cesse pas de régner, et chacun prend les choses du bon côté. Vers le matin nous arrivons à destination, exténués de fatigue, au point que la douzaine de kilomètres que nous avons à faire à pied pour atteindre le cantonnement nous est des plus pénibles. Les côtes se suivent l'une après l'autre et il n'y a rien de plus fatigant. Chaque fois qu'on atteint une crête, on croit que c'est la dernière, mais on ne tarde pas à être déçu.

Nous arrivons enfin à *Louppy-le-Petit* (Meuse). C'est le grand repos, puisque nous y resterons trois semaines. Le village est loin du front et la population semble agréable.

L'infirmerie est installée dans une baraque Adrian en dehors du village. C'est là qu'on réserve une place pour le cabinet dentaire.

Le tour est monté, la bande de mitrailleuse contenant les instruments est déroulée; la boîte de stomatologie est sortie de son étui et les médicaments sont mis en place. Un petit banc de bois remplace le fauteuil dentaire.

Le travail commence et se poursuit tous les jours du matin au soir avec une courte interruption pour la soupe. Je fais de tout : des ciments, des amalgames, des pulpectomies et j'entreprends même le traitement des caries pénétrantes infectées. Les extractions sont faites sans anesthésie ou au chlorure d'éthyle. Les injections sont rarement pratiquées, car les ampoules qu'on me fournit ne m'inspirent qu'une confiance relative, tant au point de vue toxique qu'en raison de leur faible efficacité.

Les jours suivants, le travail n'arrête pas et les malades arrivent de plus en plus nombreux. De temps en temps des civils viennent se faire arracher une dent, mais ne reçoivent pas d'autres soins.

Pour ne pas être obligé de démonter entièrement le tour à chaque déplacement, je fais construire par les pionniers du régiment une caisse pouvant contenir tout le matériel dentaire. Cette caisse est longue d'environ 0.65 centimètres, large de 0.35 centimètres et haute de 0.50 centimètres.

La base du tour, supportant le volant, y est placée horizontalement. Les deux pieds les plus courts, ainsi que l'extrémité supérieure de la base, sont immobilisés dans des entailles aménagées dans les parois de la caisse, tandis que le pied long repose sur le fond même de la caisse. L'espace vide qui reste, suffit pour recevoir la boîte de stomatologie et le restant du matériel. La caisse se ferme par un couvercle immobilisé avec un crochet.

Le 14 juillet 1917 nous sommes au repos. On en profite pour le fêter dignement.

Le matin nous sommes surpris par la sonnerie du réveil en campagne exécutée par les clairons et tambours et par la musique du régiment. Dans la journée on organise des danses sur la place du village. Quelques poilus se déguisent en femmes et l'on s'amuse comme des enfants. Le soir retraite aux flambeaux. Tout le monde semble joyeux. N'est-ce pas un bonheur, en effet, de penser qu'après avoir traversé les dangers de trois années de guerre on reste encore vivant ! Mais que nous réserve l'avenir ? Déjà le bruit se répand que nous allons monter à Verdun pour un coup dur ! Et puis peut-on se sentir joyeux, quand on songe aux camarades qui gisent là-bas sur le champ de bataille et qui ne seront plus jamais des nôtres ?

Quelques jours après, je pars en permission, non sans avoir terminé tous les travaux en cours.

\*  
\* \*

Sept jours sont vite passés et me voici de retour.

Le régiment n'est plus à Louppy-le-Petit. Il est en ligne dans le secteur de Verdun, me dit-on, à la gare régulatrice, mais je ne sais pas où exactement. Me voici donc à sa recherche. Je marche par une chaleur torride, embarrassé des paquets que je rapporte de permission. J'interroge chaque poilu que je rencontre, mais personne ne peut me renseigner. Cependant je me rapproche des lignes, puisque je suis sur une route camouflée et que j'ai dépassé la Division qui est en avant de *Dombasle-en-Argonne*. Enfin me voici à la brigade, où l'on m'indique le *boyau de la Cannebière*, qui mène à la fameuse *côte 304* où se trouve mon régiment.

Le boyau, étroit, rempli de boue et d'une longueur interminable, est bouleversé par les bombardements des jours précédents.

Tout à coup, j'entends un sifflement caractéristique suivi du bruit d'un éclatement. Les Allemands tirent sur le boyau. Ce premier obus est suivi de plusieurs autres qui arrivent dans ma direction et je me mets à courir dans la boue pour sortir de la zone du tir et songeant non sans mélancolie que, la veille encore, je me trouvais dans Paris si plein de vie.

Mon bel uniforme de fantaisie, mes brodequins de luxe et mes jambières jaunes sont... bien mal à l'aise dans ce boyau où la boue monte quelquefois jusqu'aux genoux.

Enfin, au loin, sur la route d'*Esnes*, j'aperçois un fanion de la Croix-Rouge : c'est le poste de secours.

Il est situé dans un abri taillé à flanc de coteau au bord même de la route. Il semble assez solide, mais il est très petit et



on peut à peine s'y retourner. Quant à y coucher, il y a à peine de la place pour trois, et nous sommes huit, sans compter les brancardiers divisionnaires qui se sont entassés dans l'escalier.

Pour le moment, le secteur n'est pas trop agité, mais une forte pluie commence à tomber.

Le tir ennemi augmente d'intensité. La nuit vient. Deux d'entre nous se couchent, les autres veillent. Le bombardement devient violent; les nôtres répondent. Le bruit est infernal et on ne s'entend plus parler; on n'arrive même plus, à certains moments, à distinguer les départs des arrivées. Le sol tremble sous la canonnade et les tôles ondulées vibrent à chaque explosion, en faisant un bruit analogue à celui des fenêtres parisiennes... lorsqu'il passe un autobus. Il pleut toujours.

Vers le matin du 1<sup>er</sup> août 1917, un petit blessé arrive tout essoufflé et dans un langage confus raconte que les Boches ont attaqué, qu'ils ont enlevé la première ligne de tranchées, qu'ils continuent leur avance et que nous n'avons que le temps de nous sauver pour ne pas être faits prisonniers. Mais personne ne s'émeut, car nous savons tous que, par suite de l'émotion ressentie au moment où ils sont touchés, les blessés ont une tendance à exagérer la gravité des événements. Cependant un autre blessé qui arrive confirme les dires du premier. Bientôt vient un troisième blessé, puis un quatrième, etc., et le poste devient trop petit pour les contenir tous. Dehors, les obus et la pluie continuent à tomber.

Les Allemands ont, en effet, attaqué.

Sachant que les nôtres préparaient une attaque pour dégager complètement Verdun, l'ennemi a pris les devants afin de contre-carrer les plans de notre commandement. Mais, il n'a réussi qu'à enlever la première ligne. D'ailleurs, déjà on prépare la contre-attaque.

Toute la journée, les blessés affluent. Les petits blessés partent à pied vers l'arrière. On se préoccupe surtout des hommes couchés. Ils sont très nombreux et les musiciens-brancardiers, ainsi que les brancardiers divisionnaires, ne suffisent plus pour faire face à la besogne. On demande du renfort, ce qui porte le nombre des brancardiers à près de deux cents.

Ce n'est plus le moment de songer à soigner les dents.

(A suivre.)

---

## NÉCROLOGIE

M. Georges André, conservateur du Musée de l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa mère, le 17 août dernier, après une longue et douloureuse maladie.

Nous adressons à notre confrère nos sincères condoléances et l'assurance de toute notre sympathie.

\* \*

Le 3 septembre, vers 8 heures du soir, M. G. Villerval, *dentiste*, cherchait vainement à vider un obus de 105 déjà dévissé. Expert en la matière, il n'avait jamais eu d'accident; il commit toutefois l'incroyable imprudence de le frapper à coups de marteau. Une explosion se produisit; blessé au visage et sur tout le corps, il expira dans la nuit. Il était âgé de 35 ans.

(*Le Lion d'Arras*, 4 septembre 1919.)

---

## NOUVELLES

### Nomination.

Nous avons la satisfaction d'apprendre que M. le professeur Sebileau a été nommé professeur titulaire de la chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie créée par décret du 7 septembre 1919 à dater du 1<sup>er</sup> novembre.

Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

### A. F. A. S

Le prochain congrès de l'A. F. A. S. se tiendra à Strasbourg à la fin de juillet 1920.

Il comprendra, comme ceux d'avant-guerre, une section d'odontologie, dont l'organisation est confiée au professeur Lickteig conjointement avec le président nommé au Havre en 1914, M. Vichot.

### Académie de Médecine.

Nous apprenons avec plaisir que M. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine et à l'Ecole dentaire de Paris, a été élu membre de l'Académie de médecine.

Nous adressons à M. Desgrez nos vives félicitations.

### Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Nous enregistrons avec satisfaction la nomination de M. le Dr Maréchal, maire du 8<sup>e</sup> arrondissement, comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Nous adressons à M. Maréchal nos vives félicitations.



### Association des Dentistes d'Alsace et de Lorraine.

L'Association a tenu le 20 juillet son assemblée constituante à Strasbourg. Environ 140 dentistes y assistaient. Ce syndicat, formé en vue de grouper les dentistes non sédentaires, se compose des trois groupes de la Haute-Alsace, de la Basse-Alsace et de la Lorraine. Le comité central est composé comme suit : Président, M. Victor Fischer, Strasbourg ; vice-présidents, MM. Frerenbold, Mulhouse ; Levy, Lorraine.

Un office de placement est adjoint au syndicat.

### Examens de chirurgien-dentiste.

#### I. NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES.

##### *Stage.*

Une session d'examens de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 20 octobre 1919.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les 3, 4, 6 et 7 octobre, de midi à 3 heures.

##### *1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> examens de fin d'année.*

Une session pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> (1<sup>re</sup> partie) examens de fin d'année s'ouvrira également à la Faculté le 20 octobre.

Les consignations seront reçues les 3, 4, 6 et 7 octobre, pour les titulaires de 4, 8 et 12 inscriptions.

Les consignations pour la 2<sup>e</sup> partie du 3<sup>e</sup> examen seront reçues les 27 et 28 octobre et les examens auront lieu à partir du 10 novembre.

#### II. ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES.

Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira de même le 20 octobre.

Les consignations seront reçues les 3 et 4 octobre.

### Mariages.

Le mariage de notre confrère, M. Georges Coblentz, décoré de la croix de guerre, avec M<sup>lle</sup> Mathilde Picard, a été célébré dans l'intimité, le 4 septembre 1919, à Paris.

Le mariage de notre confrère, M. Fernand Souveine, médecin de marine, avec M<sup>lle</sup> Paula Trouin, a eu lieu le 27 août, à Paris.

Le mariage de M. Bacri, ex-démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M<sup>lle</sup> Madeleine Kahn, a eu lieu le 2 juillet 1919.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### SUR L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE

Par E. SAUVEZ.

*(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du  
13 mai 1919.)*

Les conditions d'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine avant la guerre étaient les mêmes que dans l'empire allemand tout entier.

L'exercice était absolument libre ; l'anesthésie locale et même l'anesthésie générale étaient permises à tous.

Avant la guerre, il y avait dans tout l'empire : 3.575 approbierten Zahnärzte, correspondant aux chirurgiens-dentistes diplômés de France, 25 à 30 docteurs en médecine n'ayant pas passé le diplôme de Zahnarzt, 5.000 dentistes libres appelés le plus communément Zahntechniker, 2.000 personnes environ, coiffeurs, bijoutiers, aides-vétérinaires, charlatans, etc., qui pratiquaient plus ou moins l'art dentaire.

Il y avait donc en Allemagne un total de 10.600 personnes pratiquant l'art dentaire, pour une population de 65 millions d'habitants environ, soit 163 dentistes pour un million d'habitants, et, dans beaucoup de localités, il n'y avait pas assez de dentistes, comme on le verra plus loin.

Sur ces 10.600 dentistes, 8.600 étaient bien des praticiens diplômés ou non. A Strasbourg seulement, pour une population de 180.000 habitants, il y avait en 1914 50 Zahnärzte et 70 dentistes libres, soit un dentiste pour 1.500 habitants ; la ville de Strasbourg, qui comptait 60.000 habitants environ en 1870, a triplé de population depuis cette époque.



Il existait en France à la même époque environ 4.250 dentistes, dont 3.750 chirurgiens-dentistes et environ 500 docteurs en médecine pour une population de 39 millions d'habitants environ.

Si l'on compare le nombre de dentistes existant dans les deux pays, on constate qu'il existe 163 dentistes en Allemagne et 92 environ en France pour un million d'habitants ; si le nombre des dentistes en France était aussi grand qu'en Allemagne, il y aurait dans notre pays 6.357 dentistes, au lieu de 4.250. Donc, non seulement le nombre total des dentistes est beaucoup moins élevé en France qu'en Allemagne, moins de la moitié, mais il est aussi moins élevé proportionnellement à la densité de la population.

Si, maintenant, on compare le nombre des dentistes d'une grande ville comme Strasbourg (180.000 habitants et 120 dentistes) avec le nombre des dentistes de Paris, par exemple, qui possède environ trois millions d'habitants, on voit qu'il y aurait à Paris deux mille dentistes si leur nombre était dans la même proportion qu'à Strasbourg.

On peut donc tirer comme conclusion de ces constatations que le nombre des dentistes est, d'une façon générale, beaucoup plus élevé en Allemagne qu'en France, environ dans la proportion de deux en France pour plus de trois en Allemagne par rapport au même nombre d'habitants. Dans les villes, cette augmentation est encore plus marquée puisqu'elle est de 3 dentistes en France pour 5 en Allemagne.

\*  
\*  
\*

Ces indications générales étant exposées, il est intéressant de voir comment étaient formés les dentistes allemands et par conséquent aussi les dentistes alsaciens-lorrains. Comme nous l'avons vu, la profession était exercée par : 1° les Zahnärzte ; 2° les dentistes non diplômés qui se font appeler Zahntechniker, Zahnkünstler, Zahnartist, Zahnspecialist ou Dentist.

La formation des Zahnärzte présente, surtout dans les

dernières années, des données parallèles à la formation des chirurgiens-dentistes.

Le diplôme de *zahnarzt* a été créé en 1869 ; mais, comme l'exercice était libre, il y a eu peu de dentistes dans les débuts qui ont pris le diplôme.

Jusqu'à la loi du 15 mars 1909, les étudiants en chirurgie dentaire devaient suivre les cours des lycées jusqu'à la fin de la 4<sup>e</sup>, c'est-à-dire trois ans avant le baccalauréat, puis 6 semestres d'études techniques spéciales d'une polyclinique dentaire adjointe à une faculté ; après ces études, les candidats subissaient un *seul* examen pour obtenir le titre de *Zahnarzt*.

Cet examen comprenait une épreuve sur les éléments de pathologie chirurgicale générale, une épreuve sur les éléments d'anatomie et de pathologie générale, un examen pratique comportant 1 ou 2 obturations, 2 ou 3 extractions avec anesthésie locale et un appareil prothétique au choix de l'examineur.

La loi du 15 mars 1909 relative à l'examen des *Zahnärzte*, loi appliquée en 1912 puisque, jusqu'à cette époque, il y a eu des mesures transitoires comme il en a existé en France entre les deux réglementations, a fixé les conditions dans lesquelles le diplôme de *Zahnarzt* était conféré pour tout l'empire allemand. Les principales dispositions de cette loi étaient :

- 1<sup>o</sup> Abitur., avant les études spéciales, c'est-à-dire examen analogue au baccalauréat ;
- 2<sup>o</sup> trois semestres d'études spéciales ;
- 3<sup>o</sup> examen préliminaire ;
- 4<sup>o</sup> quatre semestres d'études techniques ;
- 5<sup>o</sup> examen dentaire proprement dit.

Nous donnons ci-après un résumé de cette loi, comprenant les principaux articles.

#### **Loi du 15 mars 1909 relative à l'examen des chirurgiens-dentistes.**

(Résumé.)

Article premier. — L'approbation de chirurgien-dentiste est conférée pour l'Empire allemand : 1<sup>o</sup> par les autorités centrales des Etats con-



fédérés comptant une ou plusieurs universités nationales, par conséquent les ministres compétents de Prusse, Bavière, Saxe, Wurtemberg, Bade, Hesse, Mecklembourg-Schwerin, etc. ; 2° par le ministre d'Alsace-Lorraine.

Art. 2. — L'approbation est conférée à celui qui a subi avec succès l'examen dentaire, lequel est précédé d'un examen préliminaire.

L'approbation est refusée, ainsi que l'accès aux examens, aux candidats qui ont encouru des condamnations pour fautes graves.

#### I. *Examen préliminaire.*

Art. 3. — L'examen préliminaire se subit devant la Commission d'examen de l'Université où l'étudiant a fait ses études dentaires.

Cette Commission comprend un président et un suppléant, professeurs titulaires de la Faculté de médecine, et pour membres les professeurs des matières sur lesquelles porte l'examen. Elle est composée pour chaque année d'examen (1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre) et nommée par l'autorité centrale.

Art. 4. — Il y a, chaque semestre, autant d'examens qu'il est nécessaire pour faire droit à toutes les demandes parvenues.

Un examen ne peut comprendre plus de quatre candidats, sauf l'épreuve pratique de prothèse, qui peut en compter huit.

Art. 6. — La demande est accompagnée du certificat de maturité délivré par un lycée allemand d'enseignement classique ou d'enseignement moderne ou un collège professionnel supérieur allemand.

Les certificats de maturité délivrés à l'étranger ne peuvent être admis qu'exceptionnellement.

Les candidats pourvus du certificat de maturité d'un collège professionnel supérieur allemand doivent prouver qu'ils possèdent une connaissance suffisante du latin.

Art. 7. — La demande est également accompagnée d'un certificat constatant qu'après obtention du certificat de maturité le candidat a étudié l'odontologie au moins trois semestres dans une Université allemande.

Art. 8. — Elle est également accompagnée d'un certificat établissant que le candidat a pris part pendant six mois au moins aux travaux de dissection, et a étudié au moins trois mois dans une école pratique d'anatomie microscopique et trois mois aussi dans une école pratique de chimie, ainsi que deux semestres au moins la prothèse dentaire.

Art. 11. — L'examen porte sur l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la prothèse dentaire.

Art. 12. — L'examen, *étant principalement oral*, est public, il se subit en neuf jours de semaine consécutifs, savoir : *un jour* pour l'anatomie, *un jour* pour l'ensemble des autres sujets théoriques, *sept jours* pour la prothèse.

1° Anatomie. — Explication des organes situés dans une des cavités principales du corps (forme, position, rapports).

Description des nerfs de la tête et du cou dans une préparation anatomique. Montrer dans une épreuve orale qu'on possède les con-

naissances d'anatomie descriptives nécessaires au chirurgien-dentiste.

Explications à fournir sur une préparation anatomo-microscopique de la région de la cavité buccale et des dents. Montrer dans une épreuve orale qu'on possède la connaissance des tissus et l'histoire du processus de développement des dents et de la cavité buccale comme un chirurgien-dentiste doit la connaître.

2° Physiologie. — Montrer qu'on possède les connaissances nécessaires à un chirurgien-dentiste.

3° et 4° Physique et chimie. — L'épreuve se réfère aux besoins du chirurgien-dentiste.

5° Prothèse : trois travaux sur fantôme, dont un au moins en caoutchouc et un en métal. (Le candidat fournit les matériaux nécessaires).

Epreuve orale portant sur la connaissance approfondie des matières et des procédés de confection des pièces de prothèse.

Art. 13. — Les docteurs ès sciences physiques et naturelles des Universités allemandes ne subissent l'épreuve de physique et de chimie que si leur examen de doctorat n'a pas porté sur ces matières.

Les candidats ayant subi avec succès l'examen médical préparatoire ne sont examinés qu'en prothèse.

Art. 15. — Chaque épreuve est cotée de un (très bien) à cinq (mal). Si la note quatre ou cinq est attribuée à une épreuve, celle-ci doit être recommencée dans un délai de deux à six mois, fixé par le président du jury, d'accord avec ses assesseurs, suivant les notes obtenues pour les autres épreuves.

Si l'examen préliminaire n'est pas complètement subi avec succès en un an et demi à partir du commencement, le candidat est considéré comme ayant échoué.

Art. 16. — Si l'étudiant continue ses études dans une autre Université, c'est devant le jury de celle-ci qu'il recommence son examen.

Art. 17. — Le candidat qui a échoué deux fois à son examen n'est pas admis à le subir une troisième.

Art. 18. — Il est délivré au candidat un certificat donnant le résultat de son examen.

## II. Examen dentaire.

Art. 21. — L'examen dentaire peut être subi devant tout jury d'examen dentaire d'une Université allemande.

Ce jury, y compris le président et son suppléant, est nommé par l'autorité centrale pour chaque année d'examen (1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre) et se compose des spécialistes compétents.

Art. 22. — Les examens ont lieu deux fois par an (semestre d'été et semestre d'hiver). Ils commencent à la mi-octobre et à la mi-mars et ne doivent pas dépasser la mi-août. La demande d'admission est adressée à l'autorité centrale.

Art. 23. — A la demande sont joints les certificats indiqués par les art. 6 à 8 pour l'admission à l'examen préliminaire et le certificat constatant que ce dernier a été subi avec succès.

Un examen subi hors d'Allemagne n'est accepté qu'exceptionnellement à la place de l'examen préliminaire.



Art. 24. — A la demande est jointe également la preuve, fournie par des certificats de sortie d'Université, que le candidat, après obtention du certificat de maturité, a fait au moins sept semestres d'études dentaires dans une Université allemande, y compris le temps passé à préparer l'examen préliminaire.

Art. 25. — Sur les sept semestres, trois au moins doivent être postérieurs à l'examen préliminaire subi avec succès.

Le semestre pendant lequel cet examen a été subi n'est compté que si le dit examen a eu lieu pendant les trois premières semaines suivant le commencement du semestre.

Art. 26. — A la demande est joint un certificat établissant que le candidat, après l'examen préliminaire, a suivi au moins :

1° Pendant deux semestres un cours de traitement conservateur des dents sur le malade, un cours de prothèse et une clinique des maladies de la bouche et des dents;

2° *Pendant trois mois la clinique des maladies cutanées et syphilitiques et pendant trois mois un cours de méthodes de recherches cliniques.*

Art. 27. — A la demande est également joint *un curriculum vitæ.*

Art. 29. — L'examen porte sur les matières suivantes :

1° Pathologie générale et *anatomie pathologique*;

2° Maladies des dents et de la bouche;

3° Traitement conservateur des dents;

4° Chirurgie des maladies des dents et de la bouche;

5° Prothèse;

6° Hygiène.

Les examinateurs dans les diverses épreuves doivent, si le sujet le permet, s'assurer que le candidat a gardé les connaissances anatomiques et physiologiques dont il a fait preuve dans l'examen préliminaire et a su les développer pendant qu'il a suivi la clinique.

Art. 30. — Dans aucune épreuve ne peuvent passer plus de 4 candidats à la fois, sauf dans l'épreuve pratique du traitement conservateur des dents et en prothèse, où ce nombre peut être doublé.

Art. 31. — L'épreuve de pathologie générale et d'anatomie pathologique est subie en 1 jour devant un examinateur. *Le candidat fournit des explications sur 2 préparations anatomo-pathologiques de maladies des dents et de la bouche, dont une microscopique*, et doit montrer dans une épreuve orale approfondie qu'il possède les connaissances de pathologie générale et d'anatomie pathologique nécessaires au chirurgien-dentiste.

Art. 32. — L'épreuve des maladies de la bouche et des dents comprend 2 parties et se subit d'ordinaire en 3 jours de semaine consécutifs.

Art. 33. — Dans la première partie, subie d'ordinaire devant 2 examinateurs dans un Institut d'Université, *le candidat examine pendant 2 jours consécutifs un nouveau malade*, indique les commémoratifs, le diagnostic et le pronostic, ainsi que le traitement, *consigne le résultat dans un procès-verbal contresigné* par l'examineur (1 par jour), *rédige chez lui le même jour un rapport écrit* sur le cas et le présente le lendemain à l'examineur.

Le candidat examine également d'autres malades, porte le diagnostic et le pronostic en matière de maladies de la bouche et des dents et doit faire preuve des connaissances nécessaires en reconnaissant les maladies cutanées et syphilitiques.

L'épreuve porte aussi sur les méthodes cliniques d'examen que le candidat doit posséder.

Art. 34. — Dans la 2<sup>e</sup> partie le candidat doit, à une date déterminée, en présence de l'examineur, répondre *par écrit* à des questions sur les prescriptions pharmaceutiques et montrer oralement qu'il possède en thérapeutique générale, en pharmacopée et en toxicologie les connaissances nécessaires au chirurgien-dentiste.

Art. 35. — L'épreuve de traitement conservateur des dents se subit dans un Institut d'Université devant un examinateur en 5 jours consécutifs. Le candidat doit montrer qu'il connaît les divers procédés de la dentisterie opératoire et pratiquer au moins 3 obturations différentes, un traitement radiculaire et un nettoyage.

Art. 36. — L'épreuve de chirurgie des maladies dentaires et buccales comprend 2 parties se subissant en 4 jours consécutifs.

Art. 37. — Première partie subie devant deux examinateurs dans un Institut d'Université : a) le candidat examine 2 jours de suite devant un examinateur un nouveau malade, indique l'anamnèse, le diagnostic, le pronostic, le traitement, consigne le résultat, etc. (comme dans l'art. 33) ;

b) Le lendemain le candidat examine les deux malades à nouveau et, en recevant son rapport des mains de l'examineur, décrit le processus de la maladie et le traitement.

Le candidat examine également d'autres malades, porte le diagnostic et le pronostic des maladies importantes pour le chirurgien dentiste, montre qu'il est familiarisé avec leurs diverses méthodes de traitement, notamment avec l'asepsie et l'antisepsie, et exécute plusieurs petites opérations chirurgicales.

Art. 38. — Deuxième partie, subie devant un examinateur : *examen oral* portant sur la doctrine des opérations dentaires, l'appréciation des procédés opératoires et l'instrumentation.

Art. 39. — Epreuve de prothèse, devant un examinateur, en 8 jours consécutifs : exécution de pièces de prothèse ou d'appareils de redressement, confection de plaques-bases, couronnes, bridges, prothèse chirurgicale ou orthodontie sur le vivant.

Art. 40. — Epreuve orale d'hygiène devant un examinateur, en un jour. Le candidat doit témoigner qu'il possède les connaissances d'hygiène nécessaires au chirurgien-dentiste, y compris la bactériologie.

Art. 41. — Les diverses épreuves comportent l'histoire des différentes branches et leurs rapports avec la médecine légale. Le candidat doit connaître les termes dentaires techniques.

Art. 42. — La première et la sixième épreuve sont ouvertes aux étudiants en dentisterie qui ont suivi les cours correspondants à l'Institut dentaire d'une Université ; les autres épreuves, sauf les épreuves pratiques (art. 35 et 39), seulement aux étudiants qui ont suivi les cours correspondants.



Art. 45. — Après chaque épreuve les examinateurs envoient immédiatement le procès-verbal au président. Le candidat se présente à celui-ci pour connaître le résultat.

Art. 46. — Les première, troisième, cinquième et sixième épreuves, ainsi que chaque partie des autres, sont cotées de un (très bien) à 5 (mal).

Art. 48. — Si la note 4 ou 5 est attribuée à une épreuve, celle-ci doit être recommencée dans un délai de 2 à 6 mois, fixé par le président du jury, d'accord avec ses assesseurs, suivant les notes obtenues pour les autres épreuves.

Le candidat qui a échoué 2 fois à son examen n'est pas admis à le subir une troisième.

Art. 50. — Si l'examen n'est pas complètement terminé en 2 ans, il est considéré comme n'ayant pas été subi avec succès.

Art. 52. — Le montant total des droits d'examen est de 155 marks.

Art. 53. — Quiconque a subi complètement avec succès l'examen de médecine en Allemagne ou possède l'approbation comme médecin pour ce pays joint à sa demande d'admission à l'examen dentaire le certificat correspondant, ainsi qu'un certificat établissant qu'il a suivi pendant 2 semestres au moins un cours de prothèse et un cours de traitement dentaire conservateur sur le malade et fréquenté une clinique des maladies de la bouche et des dents.

Il subit l'épreuve dentaire seulement dans la deuxième section, première partie, à l'exclusion de l'épreuve de reconnaissance des maladies cutanées et syphilitiques et des méthodes d'examen clinique, ainsi que dans les sections trois à cinq, comme l'épreuve de prothèse prescrite pour l'examen préliminaire.

Art. 54. — L'approbation est conférée d'après une formule déterminée.

Art. 55. — L'autorité centrale adresse au chancelier de l'Empire la liste des candidats approuvés pendant l'année d'examen écoulée.

Art. 57. — Le temps passé sous les drapeaux ne compte pas dans la durée des études.

Art. 58. — Les dispositions qui précèdent entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1909.

Art. 59. — Dispositions transitoires. — Les étudiants ayant commencé leurs études dentaires avant le 1<sup>er</sup> décembre 1909 peuvent, s'ils se présentent à l'examen dentaire avant le 1<sup>er</sup> octobre 1913, subir cet examen, sur leur demande, conformément aux prescriptions en vigueur jusqu'ici (y compris la répétition éventuelle des épreuves), abstraction faite des dispositions de l'art. 60.

Autrement ils sont dispensés de produire le certificat d'examen préliminaire de l'art. 6, mais ils doivent subir l'examen dentaire préliminaire et l'examen dentaire lui-même d'après les dispositions qui précèdent. Des exceptions peuvent être permises jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 1914.

Art. 60. — Les dispositions des art. 2, paragraphe 3, 22, 48, paragraphe 4, 50, paragraphe 6, s'appliquent aux examens commencés depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1909.

On vient de voir comment sont formés les zahnärzte, correspondant aux chirurgiens-dentistes français. Il est intéressant d'examiner comment étaient formés les zahntechniker, afin de redresser l'opinion de certains qui, plus ou moins mal renseignés, pensent que tous les dentistes libres exerçant en Allemagne sont des praticiens sans valeur, et, dans ce but, il est utile de pénétrer un peu dans les discussions qui divisent les deux camps des zahnärzte et des zahntechniker, lesquels se jaloussent tous deux et s'entendent assez mal ensemble, comme il arrive parfois dans notre profession pour certains pays. Les zahntechniker ont commencé par se former par apprentissage et stage plus ou moins prolongé chez les dentistes, comme se sont formés les dentistes français avant la loi du 30 novembre 1892. Mais, depuis longtemps, les dentistes libres, parmi lesquels il y a d'excellents praticiens, ont adressé au Conseil fédéral et au Parlement des pétitions pour la réglementation de leur profession, pétitions qui sont demeurées sans résultat ; ce que voyant, ils ont organisé eux-mêmes leur profession, il y a 35 ans environ, pour assurer au public la garantie qu'il demandait et pour éveiller en ceux qui faisaient partie de cette organisation le sentiment du devoir professionnel.

Pour joindre leurs efforts, ils ont tout d'abord créé la Fédération des dentistes libres de l'Empire allemand, qui aujourd'hui compte environ 3.000 membres, répartis en 37 sociétés nationales, provinciales ou locales.

Ils ont fondé des écoles professionnelles et, sur leur initiative, certaines villes ont également créé, parfois avec subventions, des cours de perfectionnement et des cours pratiques (Berlin, Munich, Dresde, Breslau).

La Fédération a surtout fondé à Berlin, à grands frais, un Institut dentaire d'enseignement et de perfectionnement qui peut servir de modèle et où l'enseignement est donné, par des médecins, des chimistes, des praticiens réputés, etc.

La Fédération publie une revue hebdomadaire de mécanique dentaire (Zahntechnische Wochenschrift), ainsi que de la littérature professionnelle.



Elle a fondé une caisse de secours en cas de décès, une caisse de secours, une caisse de prêts et une caisse d'assurances viagères.

Elle organise de plus, pour l'instruction de ses membres, des cours de perfectionnement, des réunions nomades avec conférences dans toutes les villes, des expositions professionnelles, etc.

Pour être admis dans la Société, il faut prendre l'engagement d'appeler un médecin pour chaque anesthésie, de ne pas former d'apprentis en moins de 3 ans et de ne pas exercer d'autre profession que celle de dentiste. L'exercice de la médecine générale est considéré comme une profession accessoire et empêche l'admission.

*Les contrevenants à cet engagement sont exclus de la Société.*

Ne sont admis dans celle-ci que les dentistes comptant 3 ans d'apprentissage et une instruction professionnelle complète ; exceptionnellement ceux qui subissent un examen d'entrée.

Les dentistes libres possèdent donc la confiance du public qui souffre. Ce qui le prouve, c'est que l'inspection et le traitement dentaire des enfants des écoles leur ont été confiés par les communes, et que 1.146 caisses d'assurance en cas de maladies ont confié les soins dentaires à 1.825 dentistes contre 805 chirurgiens-dentistes.

A l'exposition d'hygiène de Berlin de 1883 la Fédération a obtenu la médaille d'or pour son exposition collective.

Il a été rendu justice et hommage aux efforts des dentistes pour élever leur profession, lors de la discussion au Parlement de la loi sur les assurances d'Empire en 1910 et 1911, ce qui a provoqué, de la part de ce Parlement, une résolution invitant les gouvernements confédérés à amender la loi sur l'exercice des professions en rangeant les dentistes libres (zahntechniker) parmi ceux qui exercent une profession nécessitant une approbation.

Les chirurgiens-dentistes (zahnärzte) prétendent que les zahntechniker sont inutiles pour l'Allemagne et que le

nombre des diplômés suffit aux besoins de la population.

Or, la statistique prouve que le nombre des chirurgiens-dentistes diplômés ne suffit pas aux besoins de la population et que, par suite, les dentistes libres sont absolument nécessaires.

On compte en effet (statistique de 1912) :

Nombre d'habitants dans toute l'Allemagne...	64.941.201
— de médecins.....	32.825
— de chirurgiens-dentistes diplômés...	3.290
— de dentistes et de personnes traitant les dents.....	7.302
— de chirurgiens-dentistes dans les villes de plus de 5.000 habitants..	3.206
— de dentistes dans ces villes.....	5.629
— de chirurgiens-dentistes dans les villes de moins de 5.000 habitants et les campagnes.....	77
— de dentistes dans les villes de moins de 5.000 habitants et les campagnes.....	1.640

La province de Silésie compte un grand nombre de centres industriels importants ayant de 5.000 à 17.000 habitants sans un seul chirurgien-dentiste et cependant à plusieurs heures de chemin de fer des grandes villes où sont établis des chirurgiens-dentistes diplômés.

Dans le Hanovre, pour 2.942.436 habitants on ne compte que 118 chirurgiens-dentistes, soit 1 pour 24.935 habitants, et 410 dentistes. Là aussi, plusieurs villes de plus de 5.000 habitants et plusieurs régions sont dépourvues de chirurgiens-dentistes.

La Poméranie, pour 1.716.921 habitants, n'a que 73 chirurgiens-dentistes avec 184 dentistes. Là encore, plusieurs villes de plus de 5.000 habitants et plusieurs régions manquent de chirurgiens-dentistes. Sur ces 73 chirurgiens-dentistes, 46 sont dans 5 grandes villes, 27 dans 19 villes ; les 98 autres villes et gros bourgs n'en possèdent point.

En Prusse orientale, 56 chirurgiens-dentistes pour



2.064.175 habitants, soit 1 pour 47.170 personnes ; 168 dentistes. Sur les 56, il y en a 30 à Königsberg, chef-lieu de la province.

En Prusse occidentale, 48 chirurgiens-dentistes, soit 1 pour 40.000 habitants ; 150 dentistes.

En Bavière, 262 chirurgiens-dentistes, dont 175 dans les 5 grandes villes ; il n'en reste donc que 87 pour tout le royaume.

Ces quelques exemples, dont il serait facile d'augmenter le nombre, prouvent que le nombre des chirurgiens-dentistes approuvés est insuffisant sans l'aide des dentistes, pour les besoins des 47 plus grandes villes d'Allemagne, sans parler des autres villes importantes. Si l'on compte 1 chirurgien-dentiste par 5.000 citadins des grandes villes, il en faut 2.762, de sorte que pour les 51.000.000 d'habitants restants, il n'y en a plus que 528, le nombre total étant de 3.290.

Le nombre des chirurgiens-dentistes diplômés ne permet donc pas de donner à la population les soins dont elle a besoin ; l'augmentation du nombre des étudiants, qui avait été annoncée, ne s'est pas produite ; les dentistes libres sont donc absolument nécessaires.

Les Caisses d'assurances ont admis de laisser soigner leurs assurés par des zahntechniker ayant une pratique assez ancienne ou subi des examens spéciaux sur lesquels nous reviendrons. Les zahntechniker font valoir que, d'après une statistique publiée en 1908 par la *Revue populaire de l'assurance ouvrière*, sur 1.146 Caisses d'assurances contre la maladie, dans 31 cas des chirurgiens-dentistes ont été remerciés pour fautes professionnelles et seulement 11 dentistes.

Ils font valoir également que les journaux médicaux et les journaux quotidiens rapportent presque chaque jour des procès intentés à des individus non diplômés qui ont, par un traitement médical, compromis la santé de gens qui se sont fiés à eux. Les procès de ce genre à des dentistes libres sont extrêmement rares.

De plus, un grand nombre de chirurgiens-dentistes approuvés ont pour assistants des dentistes opérant sur le malade. Sur 67 dentistes composant l'*Association libre des dentistes de Berlin*, 37 sont assistants de chirurgiens-dentistes.

A la 15<sup>e</sup> assemblée générale de la Fédération des sociétés de chirurgiens-dentistes, une proposition tendant à ce que les chirurgiens-dentistes n'emploient plus de dentistes non diplômés comme assistants pour opérer sur le patient fut repoussée.

Dans les grandes villes, beaucoup de dentistes emploient deux ou trois assistants et font un chiffre d'affaires bien plus élevé que beaucoup de chirurgiens-dentistes, d'après les rôles des impôts. Cela ne serait pas possible s'ils ne satisfaisaient pas les besoins de la population.

De nombreuses nominations de dentistes aux postes de dentistes de la Cour et deux aux fonctions de conseillers auliques prouvent que les dentistes libres jouissent d'une grande confiance.

Les dentistes libres espèrent qu'une réglementation de leur profession par l'Etat leur fournira l'occasion de montrer leurs capacités et permettra à leur nombre de s'accroître, avec la certitude, pour la population, qu'ils possèdent une instruction professionnelle suffisante pour la traiter avec compétence et répondre à tous ses besoins.

\*  
\* \*

#### INSTITUT DE PERFECTIONNEMENT DE BERLIN ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT ET DE PERFECTION- NEMENT DE LA FÉDÉRATION DES DENTISTES D'AL- LEMAGNE.

L'Institut a été fondé par la Fédération en 1900 à Berlin, 171 Brunnenstrasse (depuis avril 1910).

L'administration et l'enseignement sont assurés par onze dentistes et trois docteurs en médecine, sous la surveillance d'un Professeur de la Faculté de médecine.



Tous les postes administratifs sont gratuits, les autres sont rétribués.

Les cours professés sont les suivants: anatomie, chimie, métallurgie, bactériologie, thérapeutique, dentisterie opératoire, technique, prothèse.

L'Institut comprend une salle d'obturations (18 fauteuils), 1 laboratoire, 1 salle d'extractions (1 fauteuil), 1 amphithéâtre de cours, 1 vestiaire pour les praticiens, 1 salle d'attente pour les malades et plusieurs autres locaux.

Bien que pour être admis à l'Institut les élèves doivent avoir fait au moins 3 ans d'apprentissage de technique dentaire, ils sont astreints, avant d'opérer sur le malade, à exécuter d'abord un certain nombre de travaux sur modèle et sur fantôme. Ils doivent confectionner eux-mêmes en partie ces modèles et ces fantômes avec du plâtre.

Deux praticiens sont en même temps au fauteuil d'opération: l'un travaille sur le patient, l'autre l'assiste.

Les praticiens sont tenus d'être présents à l'Institut régulièrement et ponctuellement. 3 bulletins semestriels de présences et de notes sont adressés aux familles pour les renseigner à cet égard.

Le cours de perfectionnement terminé, le praticien reçoit un certificat de sortie.

Les patients sont adressés à l'Institut par des dentistes de Berlin, les médecins des pauvres, des écoles, les administrateurs des bureaux de bienfaisance, les chirurgiens et spécialistes divers.

En 1907 la Fédération a fondé une bourse qui est attribuée, chaque semestre d'été, à un étudiant.

L'âge des étudiants varie de 20 à 35 ans. Les uns suivent les cours une année entière (les plus jeunes), d'autres 6 mois, d'autres 3, d'autres enfin seulement les cours de vacances (les plus âgés).

Pendant les 10 premières années la Fédération a dépensé 18.000 marks pour la création et l'entretien de l'Institut, dépense relativement faible pour les résultats obtenus.

L'Etat dépense, au contraire, des centaines de mille marks pour les Instituts dentaires d'Université.

La Fédération a créé également à Berlin, Munich, Breslau, Cologne, Magdebourg, Leipzig et autres villes des écoles d'apprentissage à ses propres frais ou bien elle subventionne celles que les villes ont créées.

L'enseignement y est donné par des dentistes.

Presque tous les ans ces écoles exposent les travaux de leurs élèves.

La Fédération, les 37 sociétés nationales, provinciales ou locales ont également organisé et subventionné des séances de perfectionnement ou séances de démonstrations. C'est ainsi que les Sociétés de dentistes de Bavière, de Wurtemberg, de Hesse, de Hesse-Nassau ont fondé une fédération de démonstrations de l'Allemagne du Sud qui tient chaque année pendant 2 jours une séance nomade dans laquelle des praticiens marquants, des médecins, des chimistes, etc., font des communications et des démonstrations, auxquelles peuvent assister les dentistes même des petites localités.

Il existe une fédération de démonstrations également dans l'Allemagne du Nord, tandis que les sociétés de dentistes des grandes villes et des provinces tiennent, de leur côté, des séances régulières de communications et de démonstrations.

Ainsi les dentistes libres s'efforcent, avec leurs propres ressources, d'étendre leurs connaissances professionnelles afin de justifier la confiance dont les honore la population et de mériter l'aide que l'Etat leur a refusée jusqu'à présent.

Ci-après, on peut voir la copie du certificat qui était remis à chaque Zahntechniker (dentiste libre) qui remplissait les conditions requises pour soigner les assurés de la caisse d'assurance créée dans tout l'empire par la loi spéciale du 1<sup>er</sup> mai 1913.

#### CERTIFICAT

Aux termes de l'article 123 de la loi d'Empire sur les assurances, le Ministre doit désigner les personnes qu'il y a lieu de considérer comme dentistes au sens de cette loi.



D'après l'article 20, parag. 3, de l'Instruction pour l'exécution de la dite loi en date du 1<sup>er</sup> mai 1913, doit être considéré comme mécanicien-dentiste au sens de la loi, celui qui :

- 1<sup>o</sup> jouit de ses droits civils,
- 2<sup>o</sup> est âgé de 25 ans au moins,
- 3<sup>o</sup> prouve qu'il a fait pendant 3 ans son apprentissage chez un patron connaissant bien la prothèse et la dentisterie opératoire,
- 4<sup>o</sup> ou bien a été pendant 3 ans au moins aide d'un chirurgien-dentiste ou d'un mécanicien-dentiste. Le temps passé éventuellement dans une école d'apprentissage de l'Etat ou dans une école du même genre fondée par la Fédération des *dentistes* de l'Empire allemand compte d'une façon équivalente pour ce stage de 3 années,
- 5<sup>o</sup> a subi avec succès un examen dans les conditions fixées par le Ministre.

Il est certifié par le présent que M ..... de..... a rempli la condition stipulée au parag. 5 ci-dessus.

*Le Président de la Commission d'examen.*

Strasbourg, le.... 19...

..

On vient de voir quelle est la situation de la profession dentaire en Alsace-Lorraine, qui était jusqu'à ces derniers temps sous l'autorité allemande.

Il était nécessaire d'exposer cette situation pour en déduire les mesures qu'il est indiqué de proposer aux pouvoirs publics, au nom des sociétés professionnelles, comme régime transitoire et comme régime futur pour les dentistes d'Alsace-Lorraine.

Il semble qu'il est juste, logique, équitable, que les Zahnärzte considérés comme loyaux sujets français par leur ascendance ou les sentiments francophiles qu'ils ont montrés (questions qui regardent les pouvoirs publics et non les sociétés professionnelles qui ne doivent s'occuper que de la valeur technique) soient admis aux mêmes droits que les chirurgiens-dentistes français sur tout le territoire de la République.

Que pourraient penser de leurs confrères français les Zahnärzte, les dentistes diplômés d'Alsace-Lorraine dont les familles étaient françaises avant 70, qui ont souffert pendant 50 ans de leur annexion, qui ont passé des examens aussi sérieux que les chirurgiens-dentistes français, si

les sociétés professionnelles françaises s'opposaient à leur réintégration dans le sein de la mère-patrie ?

Il est donc logique d'accepter l'équivalence absolue entre les deux titres et de demander que les chirurgiens-dentistes français et les Zahnärzte d'Alsace-Lorraine, loyaux sujets, puissent tous deux exercer sur la totalité du territoire.

Au point de vue de l'enseignement, il va de soi que l'Alsace-Lorraine devenant terre française, c'est la loi française qui doit régir l'enseignement de l'art dentaire, avec des dispositions transitoires en faveur des étudiants en cours d'études.

Quant aux Zahntechniker, aux dentistes libres, qui sont souvent d'excellents praticiens, comme l'a montré cette étude, et non des ignorants sans valeur, il semble logique qu'ils soient autorisés à continuer à exercer leur profession, leur vie durant, en Alsace-Lorraine, s'ils exerçaient avant le 2 août 1914, ainsi qu'on l'a fait en 1892 en France pour les dentistes patentés ; dans le même ordre d'idées, des dispositions spéciales pourraient être prises à leur sujet pour leur permettre d'obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Une liste de ces praticiens pourrait être établie par les Zahntechniker d'Alsace-Lorraine, et, s'il y avait des protestations ou un doute sur la valeur de l'un d'eux, un examen technique pourrait être demandé pour juger de la valeur du candidat.

Il ne saurait être question d'autoriser les Zahntechniker à exercer sur tout le territoire de la République. La loi du 30 novembre 1892 ne permettant pas d'exercer à des étudiants français en chirurgie dentaire qui ont fait 4 ans d'études et ont subi plusieurs examens, il ne saurait être accordé de licence d'exercice à des praticiens qui ne peuvent justifier d'études régulières et même parfois d'aucune étude.

---



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

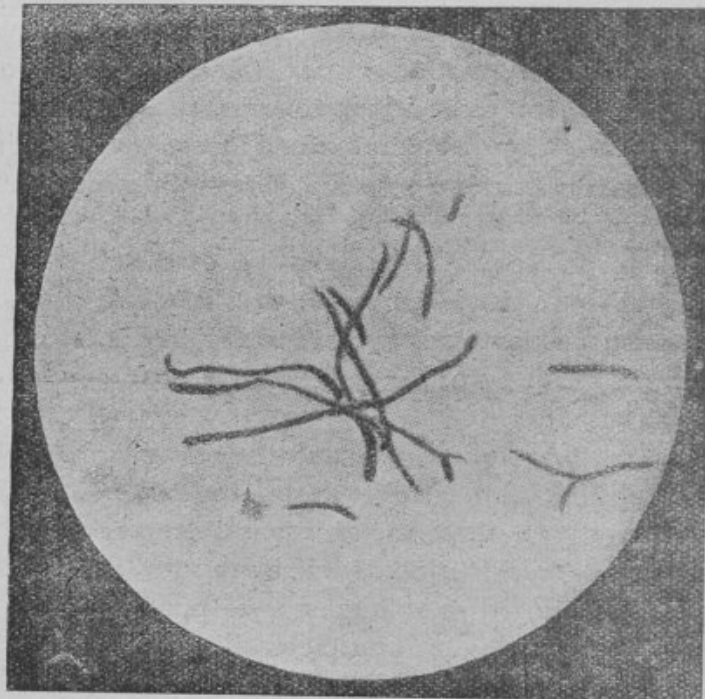
*Séance du 31 mai 1919.*

**Cladothrix et infection d'origine dentaire.**

*(Cladothrix matrucheti)*

Par JOSEPH MENDEL.

La lésion débute silencieusement, à l'insu même du patient, sous forme d'une tuméfaction à peine marquée siégeant au voisinage de l'extrémité radiculaire d'une dent cariée ouverte ou



obturée. Lentement, progressivement, la tuméfaction grossit, soulève et tend la fibro-muqueuse sous-jacente. Dure au début, elle devient rénitente et dénote l'existence d'une collection liquide pouvant atteindre le volume d'une noix, d'un petit œuf. L'attention du patient est attirée surtout par la gêne mécanique

ou fonctionnelle qu'elle engendre, la pression étant complètement indolore. Point de réaction appréciable du groupe ganglionnaire correspondant.

L'ouverture de la poche de plus en plus tendue fait jaillir un liquide séreux, presque transparent, de teinte foncée, exempt d'odeur. L'examen des frottis révèle la présence de rares leucocytes, surtout polynucléaires, fort bien conservés. Très peu de microbes : on croirait, au premier abord, qu'il s'agit d'un liquide aseptique. En cherchant avec soin on peut y discerner de rares éléments bacillaires, prenant le Gram, de dimensions variables, atteignant rarement 5  $\mu$  de long.

L'ensemencement de ce liquide en bouillon et sur gélose ascite nous a permis d'isoler dans trois de ces cas, une fois associé à un diplocoque et deux fois en culture pure, un organisme dont nous donnons plus loin les caractères morphologiques et biologiques. M. le professeur Matruchot, qui a bien voulu nous accorder l'appui de son autorité pour la détermination de cet organisme, le classe dans le groupe des *Cladothrix*. Nous l'appellerons *Cladothrix Matruchoti* en reconnaissance du concours sympathique que ce savant mycologue a bien voulu nous prêter.

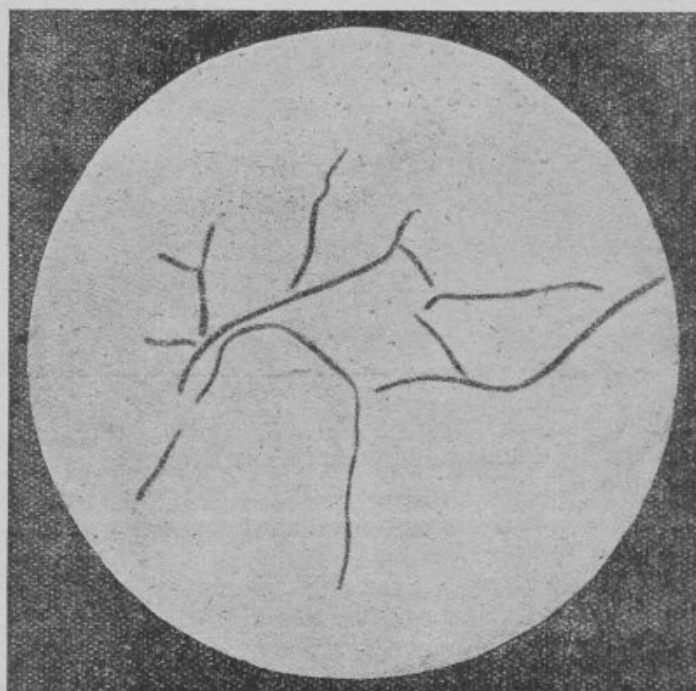
**MORPHOLOGIE.** — Ce sont des filaments droits ou sinueux, de longueur variable, pouvant atteindre 100  $\mu$ , larges de 0,3 à 0,5  $\mu$ , enchevêtrés, immobiles. Protoplasma hyalin homogène, non cloisonné. Ils sont généralement simples, non ramifiés ; cependant on observe des filaments d'où partent des branches latérales ; à l'union de celles-ci avec le filament central on discerne une zone étroite différenciée prenant faiblement la matière colorante. Selon M. Matruchot il s'agirait d'une fausse ramification. Souvent, une des extrémités du filament, exceptionnellement les deux, présente un épaississement conique, sphérique ou cylindrique ; celui-ci est particulièrement typique et s'observe même dans les cultures très jeunes. Dans les cultures un peu âgées on voit des filaments se fragmenter en nombreux segments de 4 à 5  $\mu$  de long, à extrémités carrées ou arrondies, figurant de longues chaînes strepto-bacillaires.

**COLORATION.** — L'organisme se colore bien par les couleurs d'aniline. Il prend le Gram ; l'iode se colore légèrement en jaune ; il n'est pas acido-résistant, ne donne pas de réaction de la granulose.

**CULTURES.** *Bouillon* : Pousse agglutiné ; en 24 heures, forme de petits grains jaunes, fins, d'abord suspendus dans le liquide, puis tombant au fond du tube laissant le milieu parfaitement limpide. — *Eau peptonée sucrée* : Même développement, même aspect. — *Gélose inclinée ascite* : Colonies grises, opaques, irrégulières.



ment circulaires, très adhérentes au milieu, dimension ne dépassant pas un millimètre de diamètre, formées de deux zones : une zone centrale surélevée, jaunâtre, légèrement ombiliquée au centre, une zone périphérique mince, presque diaphane avec quelques striations radiées. — *Gélose profonde de Veillon* : ne pousse que dans la zone d'aérobiose. — *Lait tournesolé* : vire au rose ; les couches profondes se décolorent ; ne coagulent pas. — *Gélatine* : ne pousse pas à 22° ; ne liquéfie pas. — *Pomme de terre* : pousse très mal, à peine visible au jour frisant ; pousse bien dans le liquide de condensation sous forme de grains fins, jaunâtres, comme en bouillon. — *Carotte* : se comporte comme sur la pomme



de terre. — *Gélose acide (Milieu de Mazé)* : pousse mal ; apparition de très petites colonies qui meurent très vite. — *Action sur les sucres* : attaque la glucose, la lactose, la levulose, la saccharose, sans production de gaz. Les cultures ne donnent pas l'odeur de moisi.

L'organisme résiste à la température de 70° pendant 20 minutes ; sa vitalité est assez grande ; une culture de 5 semaines sur gélose a donné un repiquage positif.

PATHOGÉNIE EXPÉRIMENTALE. — L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin de 1 c. c. d'une émulsion d'une culture sur gélose n'a provoqué qu'un gonflement passager. Une tuméfaction plus marquée persistant une dizaine de jours a été produite par l'injection de la même émulsion à la même dose dans les muscles de la cuisse. On constatait une légère réaction ganglionnaire du côté correspondant. L'inoculation de la même dose dans la gencive au niveau du sillon vestibulaire du cobaye n'a donné que des lésions locales peu marquées.

Le *Cladothrix matruchoti* se distingue du *Cladothrix forsteri* en ce qu'il ne se développe pas à 22°, ne pousse pas sur gélatine solidifiée, pousse à peine sur pomme de terre, donne dans les milieux liquides des grains fins, jaunes, ne produit pas d'odeur de moisi. Il se distingue du *Streptothrix buccalis* de Goadby en ce qu'il ne liquéfie pas la gélatine, ne coagule pas le lait, ne donne pas de cultures orange-foncé sur pomme de terre et les cultures ne sentent pas le moisi.

En résumé, il s'agit d'une lésion osseuse du maxillaire due à la pénétration, à la faveur d'une carie dentaire, d'un germe dont les caractères biologiques et la faible virulence auraient conditionné l'allure bénigne du processus.

(Laboratoire du Dr Salimbeni, Institut Pasteur.)

(Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, n° 16, 1919.)



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### EN ALSACE-LORRAINE

Exposition de Strasbourg. — Exercice de l'art dentaire. —  
Réglementation provisoire. — Congrès de l'A. F. A. S. en 1920.

Le groupement de l'Ecole dentaire de Paris a, comme ce journal l'a annoncé, pris part à l'Exposition nationale organisée à Strasbourg en 1919.

Il nous a chargés d'assister au passage du Jury dans la section pour lui fournir toutes les explications nécessaires sur les tableaux, brochures, graphiques et photographies exposés. Il nous a chargés également de reprendre contact avec les confrères alsaciens-lorrains, avec les associations professionnelles existantes et de visiter les services dentaires organisés à Strasbourg.

Rappelons que le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, la F. D. N. et l'Association générale syndicale des dentistes de France étaient déjà depuis novembre 1918 en rapports avec les chirurgiens-dentistes d'Alsace-Lorraine et notamment avec le professeur Lickteig, avec lequel une entrevue avait eu lieu à Paris le 28 mars dernier<sup>1</sup> à l'Ecole dentaire de Paris. Dès janvier 1919 la F. D. N. avait saisi les Pouvoirs publics de divers vœux relatifs à l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine.

Nous dirons tout de suite que notre mission a été rendue singulièrement facile et agréable par l'accueil empressé, aimable, cordial et dévoué que nous avons rencontré auprès de tous les confrères que nous avons vus. Nous avons trouvé chez tous plus que des sentiments français ardents, un véritable enthousiasme pour la France, son génie et ses œuvres, enthousiasme qui va droit au cœur.

L'Exposition est merveilleusement installée dans quatre emplacements principaux : l'ancien palais impérial, le palais du parlement local (Landtag), l'ancienne gare, l'orangerie.

Elle comprend 12 groupements subdivisés en 128 classes.

L'exposition de l'Ecole dentaire de Paris figure dans la classe 16 : médecine, chirurgie et hygiène.

Les opérations du Jury ont eu lieu du 2 au 4 octobre ; le soir du premier jour un banquet du Jury réunissait dans la salle des Fêtes près de 600 convives, sous la présidence de M. G. Dupont,

---

1. V. *Odontologie* du 30 mars, p. 119.

sénateur et président de l'Exposition. Cette réunion fut très brillante ; après les discours de circonstance, l'exécution de la *Marseillaise* par la musique municipale provoqua un débordement d'enthousiasme.

\*  
\* \*

Après l'exposition notre première visite a été pour le professeur Lickteig de l'Université de Strasbourg, auquel nous avons communiqué les vœux émis par la Société d'Odontologie de Paris dans sa séance du 3 juin<sup>1</sup> touchant l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine. Il nous a fait connaître que le Commissariat général de la République française avait préparé une réglementation provisoire de l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine qui devait paraître prochainement sous forme d'arrêté.

Aux termes de cette réglementation, seuls les docteurs en médecine, les médecins pourvus du diplôme d'approbation, les praticiens possédant le diplôme de chirurgien-dentiste français et les *zahnärzte* (médecins-dentistes assimilés aux chirurgiens-dentistes) ont le droit d'exercice en Alsace-Lorraine. Quant aux *Zahntechniker* (mécaniciens-dentistes) y exerçant à la date du 11 novembre 1918, ils pourront continuer à y exercer. Tous sont tenus de se faire inscrire au Commissariat général avant le 1<sup>er</sup> janvier 1920. Par mesure transitoire peuvent obtenir l'autorisation d'exercer les dentistes non diplômés d'origine alsacienne ou lorraine ou ayant acquis la qualité de Français en exécution du traité de paix, qui auront commencé leur apprentissage avant le 11 novembre 1918 et justifiant d'un apprentissage suffisant.

Quand ce régime transitoire aura pris fin, interviendra une réglementation définitive.

Nous nous sommes rendus ensuite auprès du directeur du Cabinet du Commissaire général, M. Petit, pour le prier de vouloir bien hâter la promulgation de cet arrêté (Le Commissaire général se trouvait à Paris, à ce moment, pour le vote par le Parlement français du régime transitoire de l'Alsace-Lorraine). Nous avons reçu de lui le meilleur accueil et l'assurance que nous aurions prochainement satisfaction.

Nous avons fait une démarche analogue auprès du Dr Hotzmann, directeur du service de santé d'Alsace-Lorraine, qui nous a également fort bien reçus et promis que l'arrêté serait inséré dans le prochain numéro du *Journal Officiel d'Alsace-Lorraine*.

\*  
\* \*

Grâce à l'obligeance du professeur Lickteig, une réunion avait été

---

1. V. *Odontologie* du 30 septembre 1919.



organisée avec les confrères qui sont à la tête d'une Société dentaire en formation : MM. Lévy, Wisner, Wagner et Wendel. Nous les avons entretenus du prochain Congrès de l'A. F. A. S. Ceux-ci étaient déjà en rapports avec M. le prof. Dèsgrez, secrétaire général de l'A. F. A. S. et avec le Dr Vichot, président de la Section d'Odontologie, élu en 1914 au Havre, pour la préparation du prochain Congrès annuel de cette Association, qui, comme *l'Odontologie* l'a annoncé, doit se tenir en juillet 1920 à Strasbourg.

Un Comité local a été formé et une circulaire invitant tous les praticiens alsaciens et lorrains à prendre part à ce Congrès a été lancée dès septembre dernier<sup>1</sup>. L'activité déployée permet de présager un grand succès pour cette réunion scientifique.

\*  
\* \*

Nous ne pouvions négliger de visiter la clinique dentaire scolaire de la ville de Strasbourg, qui est remarquablement aménagée, est pourvue des installations des plus modernes et les mieux perfectionnées. Le service y est parfaitement installé et provoque l'étonnement et l'admiration par le soin extraordinaire avec lequel il a été établi.

Cette clinique est dirigée par le Dr Hamman, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, assisté de MM. Marx et Demarquette, également anciens élèves de cette Ecole. Installée provisoirement dans un immeuble, elle sera transférée sous peu dans son ancien local, dont on termine les agrandissements en ce moment.

Des tableaux et graphiques de ce dispensaire, exposés dans la Section d'économie sociale de l'exposition, démontrent d'une manière tangible la nécessité de cette institution et les services qu'elle rend.

Nous engageons tous nos confrères qui se rendront à Strasbourg en 1920 à ne pas manquer d'aller voir cette clinique, qui est un modèle du genre et qui fait le plus grand honneur tant à ceux qui l'ont créée qu'à ceux qui en assurent le fonctionnement.

Enfin nous avons parcouru avec le plus grand intérêt les cliniques de chirurgie dentaire et de prothèse de la Faculté de médecine installées à l'hôpital de Strasbourg et dirigées par le professeur Lickteig, assisté de M. Lévy qui s'occupe spécialement de la prothèse.

Les travaux scientifiques qui y sont exécutés, notamment les greffes autoplastiques et hétéroplastiques, méritent une étude approfondie. Ces cliniques sont complétées par une école de rééducation des mutilés.

---

1. Cette circulaire est reproduite plus loin.

\*  
\* \*

En résumé nous rapportons de notre voyage à Strasbourg, avec les agréables souvenirs qui s'attachent à une réception cordiale et chaleureuse, l'impression que l'art dentaire a réalisé en Alsace des progrès dont l'odontologie peut être fière, que nous avons là-bas des confrères animés d'un esprit large, libéral et éminemment confraternel, avec lesquels l'entente sera facile. Comme nous l'avons dit, une réglementation interviendra prochainement, elle fera disparaître les quelques irrégularités légères constatées dans l'exercice de la profession et la composition du corps professionnel, au grand profit de la science dentaire française.

Nous ne saurions exprimer trop de remerciements et de sentiments de sympathie aux empressés et distingués confrères avec lesquels nous avons eu commerce, que nous reverrons avec le plus vif plaisir au mois de juillet, en compagnie — nous l'espérons — de très nombreux compatriotes désireux d'aller fouler le sol des terres d'Alsace et de Lorraine, enfin redevenues françaises.

A. BLATTER.

V. E. MIÉGEVILLE.

### QUESTIONS MILITAIRES

#### Nomination de dentistes militaires.

Par décret en date du 2 octobre 1919, rendu par le président de la République, sur le rapport du président du Conseil, ministre de la Guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers du Corps de santé de réserve :

Au grade de dentiste de deuxième classe.

Les dentistes auxiliaires :

- MM. Filderman Jacques, 6<sup>e</sup> région.  
Payan Roger-Gustave, G. M. P.  
David Marcel-Alphonse, 47<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins.  
Bertrand Elisée-Henri-Cristophe, G. B. D., 132.  
de la Tour Edmond-Louis-Humbert, 5<sup>e</sup> région.  
Rouille Jean-Robert, hôpital n° 3 A. O.  
Martin Robert-Victor-Eugène, hôpital n° 2 A. O.  
Battanchon Edmond-Félix-Joseph, 175<sup>e</sup> Rég. d'infanterie.  
Lefebvre Emile-Jean-Eugène, hôpital militaire de Borre  
(territoire d'Alsace).  
Pinoche André-Marie-Joseph, 20<sup>e</sup> région.  
Capuron Marcel-Lucien, armée d'Orient.



NOTA. — Les directeurs du service de santé et les commandants de dépôt porteront à la connaissance des officiers intéressés la nomination dont ils sont l'objet et se feront délivrer un récépissé de cet avis.

Ils enverront au plus tôt sous le timbre du sous-secrétariat d'Etat du service de santé (1<sup>er</sup> Bureau) pour chacun de ces officiers les pièces réglementaires. (*Journal officiel* du 10 octobre 1919.)

\*  
\* \*

Avec les 2 listes de nominations antérieures, le total des dentistes militaires est maintenant de 88.

Nous adressons nos félicitations à tous ces confrères.

### Les Services dentaires militaires pendant la guerre.

*Le Journal Officiel du 22 août 1919 contient dans les Annexes (Annexe, n° 6319) de la Chambre des députés un rapport du Service de santé militaire sur le fonctionnement de ses diverses branches pendant la guerre. Nous extrayons de la 3<sup>e</sup> partie de ce rapport (Etude générale des blessures de guerre, p. 353) les renseignements suivants qui offrent de l'intérêt.*

.....  
4° Les services de stomatologie au cours de la guerre aux armées et à l'intérieur, résultats obtenus.

Cette question est d'ordre très pratique ; nous fournissons un résumé de l'organisation et de l'action de ces services, qui font totalement défaut dans nos campagnes et qu'il faut instituer sans retard.

Avant la guerre, les services de stomatologie dans l'armée étaient absolument insuffisants.

Ils ont été créés par suite des nécessités et comprennent, tant aux armées qu'à l'intérieur, trois organismes :

a) Centres maxillo-faciaux ; b) Centre d'édentés ; c) Consultations dentaires.

#### I. — Organisation des services de stomatologie aux armées.

Les services de stomatologie pour chaque armée étaient constitués de la façon suivante :

1<sup>o</sup> Equipe de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale. — Une équipe de prothèse et de chirurgie maxillo-faciale était rattachée à une formation sanitaire de l'armée et comprenait : un chirurgien spécialisé en chirurgie maxillo-faciale, un médecin stomatologiste et un certain nombre de dentistes auxiliaires et de mécaniciens-dentistes également spécialisés. Cette équipe, pourvue du matériel

nécessaire, exécutait les soins spéciaux d'urgence, pour les blessés maxillo-faciaux de chaque armée, en vue d'assurer leur évacuation sur un centre de l'intérieur, dans les meilleures conditions.

2° Centres d'édentés. — Un ou plusieurs centres d'édentés étaient destinés à assurer l'appareillage des militaires édentés, au point de vue de la prothèse élémentaire.

3° Consultations dentaires. — Un certain nombre de consultations dentaires étaient rattachées à diverses formations sanitaires : groupe de brancardiers, ambulances, centres d'évacuation.

4° Voitures de stomatologie. — Des voitures de stomatologie étaient destinées, grâce à leur mobilité, à assurer les soins dentaires des troupes en cantonnement.

5° Dentistes régimentaires. — Aussitôt que leur nombre l'a permis, un dentiste auxiliaire a été attaché à chaque régiment afin d'assurer les soins dentaires d'urgence, sous le contrôle du médecin chef de service de chacune de ces unités.

6° Stomatologiste principal d'armée. — Un médecin-major spécialisé, portant le titre de « stomatologiste principal », était chargé, dans chaque armée, de surveiller le fonctionnement de ces divers organismes et de coordonner leurs efforts.

## II. — Organisation des services de stomatologie à l'intérieur.

1° Centres maxillo-faciaux. — Il existait quatorze centres, répartis dans les villes suivantes au moment de l'armistice : Paris, Rouen, Châlons, Rennes, le Mans, Tours, Limoges, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Marseille, Vichy, Lyon, Alger. Ces centres comportaient un total de 5.313 lits.

2° Centres d'édentés. — Ces centres s'occupent de la prothèse dentaire élémentaire. Il y a un centre par région, et généralement placé au chef-lieu de région.

3° Consultations dentaires de garnison. — Elles étaient au nombre de 400 environ et fonctionnaient comme consultations externes dans la plupart des garnisons.

4° Adjoint techniques de stomatologie. — Dans chaque région existait un médecin stomatologiste, adjoint technique à la direction du service de santé, qui avait pour mission de diriger et d'inspecter tous les organismes de la région ayant trait à sa spécialité.

## III. — Résultats constatés.

1° Chirurgie et prothèse maxillo-faciales. — Les mutilés de la face et des mâchoires constituent une catégorie spéciale de blessés, réclamant des méthodes thérapeutiques particulières ; la création par le service de santé des équipes et des centres maxillo-



faciaux a permis de soigner ces blessés dans de bonnes conditions que seule la spécialisation permettait d'obtenir.

2<sup>o</sup> Prothèse dentaire élémentaire. — L'introduction dans l'armée de la prothèse dentaire élémentaire a permis de récupérer pour le service armé des milliers d'hommes qui avaient été classés dans le service auxiliaire pour insuffisance dentaire. Les centres d'édentés, au moment de l'armistice, avaient produit, pour 225.000 hommes, 375.000 appareils.

3<sup>o</sup> Consultations dentaires. — Elles ont permis de mettre en état la bouche de milliers d'édentés et de rendre possible leur appareillage.

Il paraît superflu d'insister sur les services rendus aux soldats par les soins dentaires complets qui ont pu leur être offerts.

Il convient de signaler l'intérêt de ces consultations, au point de vue de l'hygiène générale. En effet, les soldats ont appris qu'il fallait faire soigner leurs dents pour en assurer la conservation, et que l'extraction était un pis aller qu'on pouvait éviter.

Enfin, les consultations dentaires annexées aux centres de vénéréologie ont permis de traiter des milliers de syphilitiques sans complications stomatologistes.

#### IV. — *Mesures envisagées au point de vue de « l'après-guerre » en ce qui concerne les stomatologistes dans l'armée.*

En raison des résultats obtenus par l'introduction de la stomatologie dans le service de santé militaire pendant la guerre, les mesures suivantes ont été envisagées en vue de son organisation en temps de paix.

1<sup>o</sup> Centres maxillo-faciaux. — Ces centres ont été réduits à 6, et placés dans les villes suivantes : Lille, Lyon, Marseille, Alger, Bordeaux et Paris.

2<sup>o</sup> Centres d'édentés. — Ces centres ont été maintenus dans chaque région.

3<sup>o</sup> Consultations dentaires de garnison. — Leur nombre a été réduit en raison de la diminution des effectifs, et surtout à cause de la diminution du nombre des dentistes mobilisés.

L'utilisation des dentistes civils pour assurer ces consultations est en voie d'organisation. Cette collaboration civile pourrait permettre d'assurer des soins dentaires dans les infirmeries des principales villes de garnison.

#### V. — *Titres et grades créés pendant la guerre en ce qui concerne la stomatologie.*

Le décret du 26 février 1916 a créé, pour les militaires de la réserve possédant le diplôme de chirurgien-dentiste d'une faculté

de médecine française, le grade de dentiste auxiliaire, correspondant à celui d'adjudant.

La loi du 18 octobre 1918 et le décret du 11 janvier 1919 ont créé des grades de dentiste militaire de 2<sup>e</sup> classe et de dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe correspondant à ceux de sous-lieutenant et de lieutenant. Peuvent être nommés à ce grade dans le cadre de complément les dentistes auxiliaires ayant un an de grade en temps de guerre ou quatre ans de grade en temps de paix.

Ces dernières nominations, qui sont en cours, sont limitées au nombre de 100.

### **Décret modifiant le règlement sur le Service de santé à l'intérieur.**

*Rapport au Président de la République française.*

Paris, le 23 septembre 1919.

M. le Président,

L'application, dès la ratification du traité de paix, des mesures concernant la démobilisation des officiers de complément et la mise en sursis des étudiants, aura pour résultat de réduire le personnel médical de l'armée aux seuls médecins de l'armée active, dont le nombre se trouve actuellement de plus d'un quart inférieur à l'actif légal, et qui n'auront plus pour les seconder, comme en temps de paix, de médecins et pharmaciens auxiliaires accomplissant leur service militaire obligatoire.

Le décret du 20 avril 1919, modifiant le décret du 23 novembre 1889 sur le service de santé de l'armée à l'intérieur, a bien permis, en cas d'insuffisance du personnel médical, l'utilisation de médecins, pharmaciens et dentistes civils, et il a été fait appel à ce concours dans une très large mesure, au fur et à mesure de la démobilisation des officiers de complément : mais la démobilisation des étudiants en médecine va entraîner la disparition de tout le service de garde dans les hôpitaux militaires.

Etant donné le nombre de malades et blessés encore en traitement dans ces établissements, il a paru nécessaire d'envisager des mesures spéciales pour seconder les médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux militaires, en faisant appel au concours des étudiants en médecine et en pharmacie ayant au moins douze inscriptions, et aux étudiants en chirurgie dentaire pourvus de quatre inscriptions.

Tel est le but du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Je vous prie, etc.

*Le président du conseil, ministre de la guerre.*  
Georges CLEMENCEAU.



\* \* \*

*Décret.*

Le président de la République française,  
Sur le rapport du président du conseil, ministre de la guerre,  
Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée,  
modifiée le 1<sup>er</sup> juillet 1889;  
Vu le décret du 23 novembre 1889, portant règlement sur le  
service de santé à l'intérieur.

Décète :

Art. 1<sup>er</sup>. — L'article 17 du décret du 23 novembre 1889 portant règlement sur le service de santé à l'intérieur est complété ainsi qu'il suit :

Après le paragraphe 3 ajouter : « Il peut être fait également appel, dans les mêmes conditions, aux étudiants en médecine et en pharmacie, pourvus d'au moins douze inscriptions (ancien ou nouveau régime) et aux étudiants en chirurgie dentaire pourvus d'au moins quatre inscriptions pour servir d'assistants de médecine, de chirurgie ou de spécialités et pour assurer le service de garde dans les grands hôpitaux militaires, tout en laissant à ces jeunes gens la possibilité de continuer leurs études. »

Art. 2. — Le dernier alinéa de l'article 466 du décret du 23 novembre 1889 est complété ainsi qu'il suit :

Après « pharmaciens » ajouter : « étudiants en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire. »

Art. 3. — Le président du conseil, ministre de la guerre, est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 septembre 1919,

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

*Le président du conseil, ministre de la guerre,*  
Georges CLEMENCEAU.

(*Journal officiel* du 2 octobre 1919, p. 10.796.)

## IMPOTS ET LOYERS

### Bénéfices industriels et commerciaux.

M. Neyret, député, demande à M. le Ministre des Finances si les artisans et artisans façonniers non assujettis à la contribution des patentes ne peuvent être assimilés aux salariés pour l'ap-

plication de l'impôt sur le revenu, ajoutant que la loi du 31 juillet 1917 a classé les artisans et artisans façonniers dans la catégorie des contribuables imposables aux bénéfices industriels et commerciaux, que l'article 13 n'établit aucune différence entre l'artisan patenté et le non patenté, que la loi qui régissait les patentes exonérait complètement les travailleurs visés à l'article 13, qu'elle étendait cette mesure à des façonniers tels que les tisseurs, armuriers, etc., occupant des ouvriers et apprentis sous réserve de certaines conditions, qu'il serait injuste que la transformation du régime fiscal prive la classe des ouvriers travaillant chez eux d'avantages que nul n'a voulu leur enlever, que le maintien des ateliers de familles mérite tous les encouragements, que ces travailleurs ne peuvent être assimilés ni à des industriels, ni à des commerçants, mais plutôt à des salariés.

*Réponse.* — La situation, au regard de l'impôt sur le revenu, des artisans qui sont exonérés de la contribution des patentes, en vertu de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, est réglée par l'article 13 de la loi du 31 juillet 1917. Cet article, qui range ces contribuables parmi ceux qui sont passibles de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, prévoit par contre qu'ils ne doivent être assujettis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux que sur la fraction de leurs bénéfices qui excède 1.500 francs, alors que les autres redevables sont taxés sur la totalité de leurs bénéfices.

(Réponse à une question écrite, J. O., 18 mai 1919.)

#### Prorogation des baux.

M. Jean Ossola, député, expose à M. le Ministre de la Justice : 1° que l'article 56 de la loi sur les baux à loyer donne droit, pour une certaine catégorie de preneurs, à une prorogation de leurs baux ; 2° que l'article 57 spécifie que « ne sont pas admis à se prévaloir de cette prorogation les locataires qui ont réalisé des bénéfices de guerre dans les conditions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916 » et demande si un docteur en médecine qui, pendant la guerre, a triplé ou quadruplé les bénéfices résultant de sa profession, tombe dans les exceptions prévues ci-dessus et s'il est forcé à se prévaloir des prorogations édictées par l'article 56, en d'autres termes, si la loi s'applique aux professions libérales, dans le cas où l'exercice de ces professions a amené un bénéfice pendant la guerre.

*Réponse.* — L'article 57 de la loi du 9 mars 1918 excepte des dispositions de l'article 56 relatives à la prorogation des baux



les locataires à l'égard desquels le bailleur aura prouvé, devant la commission arbitrale, qu'ils ont réalisé des bénéfices exceptionnels de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, et décide qu'en ce cas, la commission arbitrale statuera sur la demande de prorogation. L'article 14 de la loi du 31 décembre 1918 offre un moyen de preuve péremptoire au bailleur si le locataire a été inscrit au rôle de la contribution extraordinaire de guerre, à raison de ses bénéfices exceptionnels ou supplémentaires de guerre dans les conditions prévues par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, en lui permettant de retirer, moyennant rétribution de 25 centimes, un certificat du percepteur, constatant cette inscription. Mais il paraît conforme à la loi qu'en cas de non-inscription du locataire au rôle de la contribution spéciale, le bailleur puisse être néanmoins admis à prouver que son locataire a réalisé des bénéfices exceptionnels ou supplémentaires dans les termes de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916, la commission arbitrale ayant reçu compétence pour en tirer la conséquence au point de vue de la prorogation.

*(Réponse à une question écrite, J. O., 11 mai 1919.)*

\* \* \*

#### **Baux à loyer. — Prorogation des baux.**

Certaines commissions arbitrales avaient voulu restreindre l'application des articles 56 et 58 de la loi aux seuls baux venant à expiration pendant la durée de la guerre et avaient jugé que les baux qui viendraient à expirer après la guerre ne pourraient profiter de la prolongation de deux ans s'il s'agit d'habitation, ou de la durée de la guerre s'il s'agit de locaux commerciaux ou industriels.

La Cour de Cassation vient de rendre plusieurs jugements intéressants ces questions. Il résulte que, quelle que soit la durée à courir du bail, celui-ci, sous réserve de bénéfices de guerre réalisés par le titulaire, est prorogé de la durée des hostilités ou de deux ans, s'il a été contracté avant les hostilités.

Pour les baux échus au cours de la guerre, la prolongation compte à partir du jour de la cessation des hostilités.

Une seule exception peut être envisagée : lorsque le titulaire d'un bail venu à expiration pendant les hostilités a accepté un nouveau bail. Dans ce cas, la Cour de Cassation vient de décider que ce bail est assimilable à un bail conclu postérieurement à la déclaration de guerre et en conséquence ne bénéficie pas de la loi du 9 mars 1918 sur les baux à loyer.

\* \* \*

**Bail à loyer. — Militaires bénéficiant de la loi du 9 mars 1918.**

Cour de Cass., 26 février 1919. — Les hommes admis en vertu du décret du 27 juillet 1915 à contracter un engagement spécial pour la durée de la guerre, dans les formes prescrites pour les engagements ordinaires, font, aux termes de la loi du 17 août 1915, partie des services de l'armée et, d'après la circulaire ministérielle du 1<sup>er</sup> janvier 1916, jouissent des avantages des militaires.

Ces engagés spéciaux doivent, en tant que mobilisés, bénéficier des dispositions de la loi du 9 mars 1918, en faveur des locataires auxquels appartient cette qualité.

(*Le Conseil Commercial*, mai, juin et juillet 1919.)

---

**ADRESSE DE CONFRÈRES ESPAGNOLS  
A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE**

*La Société d'odontologie de Paris a reçu l'adresse suivante, signée de 69 confrères espagnols et due à l'initiative de M. Subirana, de Madrid ; nous la publions avec le plus grand plaisir.*

Chers et honorés confrères,

Les soussignés exerçant à Madrid, qui ont les mêmes sentiments que les peuples de l'Entente ont défendus, fêtent, dans une réunion cordiale, la *Victoire* et la *Paix*, si longtemps désirées, et vous envoient un cordial hommage de confraternelle admiration.

Quoique loin des peuples combattants, notre pensée vous a continuellement accompagnés, dans les différentes fluctuations de la lutte passée, mais toujours convaincus du victorieux résultat que sauraient conquérir les vertus des peuples qui défendaient, les armes à la main, les principes sacrés de la Liberté.

Notre admiration n'a pas été moins grande envers vous pour l'altruiste et constante activité que vous avez mise au service des héroïques combattants, aide d'une grande valeur, qui a placé le pavillon professionnel si haut aux yeux de ceux qui ont pu le voir.

Dans ces jours mémorables de la Paix nous nous associons comme hommes à la réjouissance universelle qui salue en votre



drapeau le symbole de l'héroïsme de votre nation, et comme confrères nous vous répétons le plus sincère témoignage de notre estime.

Luis Subirana,	Ovidio Sagua,
Bernardo Martinez-Gil,	Antonio Ceruera,
Ramon J. Portuondo (D. D. S.)	J. Bayen,
Jaime Losada (D. D. S.)	J. Bonin,
Daniel Martinez,	Enrique Jorda,
José Marinelli,	M. Allende,
José Lo Cascio Leotta,	Manuel Palacios,
Delfin de Brito,	Adolfo Damians,
Leonard Necolund,	Damians Colomer,
Emilio Rojas,	Ramon Pons,
Bernardo Sanchez,	Julian de Arino,
Cipriano Pizarro,	Emilio Cortiguera,
H. Anivalo,	Rafael Venas,
Josefina Landete,	José Font,
Alfiedo Cobs,	Blas Martinez,
Frank Younger (D. D. S.)	Licinio Avila,
Lucio Larruga,	Rodriguez Bustos,
German Martinez,	Jaime B. Villerid,
Blas Monsalve,	Ignacio Giraud,
S. Kuper,	A. Cherignian,
E. Brotons Bonet,	Manuel Bau,
José Valderrama,	Vicente Mollar,
R. H. Portuondo (D. D. S.)	Juan Alcina,
Luis G. Otaola,	Luis Anpé,
B. Landete,	Rafael Partor,
H. E. Highlands,	Remigio Guemon,
Estéban Fenate,	Ricardo Ramiro,
L. Avellaneda,	J. Clavero,
Luis Civil,	Ignacio Mendizabal,
Emilio Frey (D. D. S.)	Abilio Saenz,
G. Fucha Taylor.	Andrés Vizcaino,
E. Armando Renard,	E. Mitchell,
Goodwin Edwards,	Fernando Carreiod,
Federico Semeno,	Suarez Jarza,
Felix Olarte,	C. Sevilla.

## ÉLECTIONS LÉGISLATIVES, DÉPARTEMENTALES ET COMMUNALES

Nous allons entrer dans une période d'élections successives destinées à renouveler le mandat électif de tous nos représentants dans les Conseils municipaux, généraux, à la Chambre des députés et au Sénat.

A cette occasion, la Fédération dentaire nationale et le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, conformément au vœu émis par le *Groupe des amis des écoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'Association générale syndicale des dentistes de France* lors de sa réunion du 22 octobre 1919, recommandent à chaque dentiste de demander aux candidats de son choix aux élections législatives, départementales et communales.

Qu'ils s'engagent à appuyer les revendications relatives à l'organisation de l'*hygiène dentaire publique* et tout particulièrement de l'*hygiène dentaire dans les écoles primaires* du pays.

---



## RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES CONGRÈS DE STRASBOURG DE JUILLET 1920

Circulaire du Comité provisoire de propagande  
aux dentistes alsaciens-lorrains.

Strasbourg, septembre 1919.

Mon cher confrère,

L'Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.) tiendra son congrès à Strasbourg, au mois d'août 1920. La Section d'Odontologie forme une partie de cette Association. Il est nécessaire, pour fournir à cette section un cadre digne d'elle, que tous les confrères établis en Alsace-Lorraine soient membres de l'A. F. A. S. Il s'est formé un comité provisoire de propagande; aussitôt que le nombre des membres adhérents le permettra, on élira, en une assemblée réunie à cet effet, le comité définitif qui sera chargé de l'organisation du Congrès.

Nous vous prions donc, dans l'intérêt de la cause, de remplir le bulletin ci-joint et de le renvoyer, muni de votre signature, à M. le Dr Lévy, 23, rue de la Nuée Bleue.

---

### RECTIFICATION

L'information que nous avons publiée dans notre numéro de septembre, touchant le prochain Congrès de l'A. F. A. S. à Strasbourg, doit être interprétée ainsi :

L'organisation de la Section d'odontologie de ce Congrès sera assurée par M. Vichot, président, nommé au Havre en 1914, qui s'est rendu à Strasbourg, où il a réuni quelques confrères en vue de la constitution d'un comité local.

---

### CONGRÈS NATIONAL DES ÉTUDIANTS

Le prochain congrès national des étudiants aura lieu à Strasbourg du 20 au 25 novembre et coïncidera ainsi, avec la

date commémorative de l'entrée des troupes françaises en Alsace.

Plusieurs séances solennelles seront présidées par M. Raymond Poincaré, président de la République; M. Lafferre, ministre de l'Instruction publique; M. Millerand, haut-commissaire général de la République en Alsace-Lorraine et le maréchal Foch.

Un congrès interallié d'étudiants se tiendra en même temps sous la présidence de M. Jean Gérard, président de l'Union nationale des associations d'étudiants de France.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

### L'importance sociale de la carie dentaire.

Notre confrère, M. Joseph Kieffer, directeur de la clinique dentaire de la Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville, vient de publier une brochure sur la question de la carie au point de vue social. L'auteur examine les conséquences de l'état de la denture sur la santé générale de l'individu et par suite sur son rendement, c'est-à-dire son travail, sa productivité.

Bien placé par le poste qu'il occupe pour traiter cette question, M. Kieffer conclut que « la carie entrave fréquemment la possibilité de travailler, détruit finalement le système dentaire, compromet l'alimentation normale, occasionne non seulement des maladies des organes digestifs, mais prédispose à d'autres maladies générales, engendre des maladies chroniques des tissus muqueux et osseux des régions paradentaires et des organes maxillo-faciaux et souvent compromet l'harmonie de la face exigée pour un grand nombre d'emplois ».

Il ajoute que « les heures et les journées de travail perdus uniquement par suite de la carie dentaire sont innombrables, les santés ébranlées par ces suites sont très nombreuses et d'autant plus nombreuses que nous nous rapprochons des milieux que les soucis dentaires empêchent de songer à leur personne ».

La brochure se termine par une description de la clinique dentaire dirigée par l'auteur.

Dix-neuf figures illustrent ce petit ouvrage qui offre beaucoup d'intérêt.

---

### Les tribulations d'un dentiste militaire.

Notre confrère M. Robert Morche, vient de publier chez Maloine une petite brochure de 30 pages sous le titre *Les tribulations d'un dentiste militaire*. C'est un récit humoristique dans la forme, sérieux dans le fond, de la vie militaire de l'auteur pendant la guerre. Les titres des chapitres, très courts, sont suggestifs: « Mes débuts dans l'armée, chauffeur, dentiste, réformé. Engagé spécial. Le service de stomatologie de la place de C. Les confrères et la situation des dentistes militaires. Les inspecteurs. Ma nomination. Gardes de nuit. L'armistice, libération. »

La lecture de cet opuscule, qui contient de sages réflexions et d'utiles critiques, offre à la fois de l'intérêt et de l'agrément.

---

### Dialogues sur la guerre.

En 1915, notre confrère M. L. Subirana, de Madrid, a publié des *Dialogues sur la guerre* qui, dans le même volume, sont écrits en deux langues: celle de l'auteur, l'espagnol, et le français, ce qui en permet la lecture à ceux qui ignorent la langue de Cervantès.

M. Subirana expose ses idées personnelles sur le cataclysme qui a été déchaîné sur le monde en 1914 en imaginant un colloque entre Quasimodo et Jean Frolo, les deux personnages bien connus du roman de Victor Hugo, *Notre-Dame de Paris*. Il flétrit hardiment les auteurs responsables en donnant libre cours à sa sympathie pour les nations assaillies, surtout la France.

Il y a lieu de féliciter et de remercier particulièrement notre confrère de cette sympathie agissante, trop rare dans un pays où nous pouvions nous attendre à bon droit à rencontrer moins de tendances germanophiles.

---

### Livres reçus.

Nous avons reçu *La Profession dentaire française pendant la guerre de 1914-1918*, brochure de 40 pages, éditée par la maison Ash comme supplément à la *Semaine dentaire*. Cette brochure contient les noms des morts pour la France, au nombre de 88, et les citations, au nombre de 156, mais les auteurs avertissent que cette statistique est forcément incomplète.

\* \*

Nous avons reçu également l'*Hygiène pratique et préventive de la bouche et des dents*, volume de 140 pages, édité par notre confrère M. Ch. Quincerot, chez Vigot frères.

\* \*

Nous avons reçu aussi *Identité par les os et les dents*, du Dr Foveau de Courmelles, extrait de la *Presse dentaire*, 1919.

---

### Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro du *Norte odontologico*, revue trimestrielle publiée par la Société dentaire du Para, à Belem (Brésil).

---



## VARIA

### EN CAMPAGNE

#### Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN

Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Nous couchons à trois sur un châlit recouvert d'une paille douteuse. Bien entendu, on ne se déshabille pas ; mais cela ne nous empêche pas de dormir d'un sommeil profond au cours de cette première nuit passée assez loin de la canonnade.

Dès le lendemain je m'installe dans un petit coin, afin de pouvoir travailler. Le fauteuil dentaire est remplacé, cette fois, par une chaise ordinaire.

Le travail commence : amalgames, ciments, pulpectomies, extractions, soins de stomatites, etc. J'ai des malades de toutes les armes : des artilleurs, des cavaliers, des fantassins, venant des régiments dépourvus de dentiste. Les candidats aux appareils sont assez nombreux. Le travail se fait normalement, mais les mouches, très nombreuses, sont insupportables.

La nuit on est agacé par les rats. Le pays en est infesté. A peine a-t-on soufflé la bougie, qu'ils arrivent par légions, faisant un vacarme épouvantable avec leurs cris perçants et désagréables. Celui qui ne prend pas la précaution de mettre ses chaussures et ses chaussettes en lieu sûr, court le risque de ne pas les retrouver le lendemain ou de les trouver entamées. Les rats mangent de tout : les musettes avec ce qu'il y a dedans, du pain, du chocolat, du fromage et des savonnettes, pour lesquelles ils ont une prédilection spéciale.

Mes instruments les attirent particulièrement et lorsque, la nuit, réveillé par leur bruit, j'allume une bougie, je les aperçois sur ma caisse en train de tout bouleverser. Mes flacons sont renversés, les bouchons sont rongés et arrachés. Le flacon d'éther en souffre particulièrement, malgré les précautions que je prends tous les soirs de le boucher soigneusement.

Tous les matins, sur ma plaque de marbre qui remplace la tablette, je trouve des traces... de leur passage en abondance. Essayez ensuite d'opérer aseptiquement !

Heureusement, l'alcool ne manque pas encore et je peux faire bouillir tous mes instruments.

Afin d'éviter les contaminations, je conseille à mes malades d'apporter leur quart à chacune de leurs visites. Mais je rencontre une force d'inertie décourageante. Il suffit qu'un homme porte l'uniforme militaire, pour ne plus être dégoûté de boire dans le quart de son voisin.

Cet ustensile, qui n'est jamais lavé, sert pour tout et pour tous. Les distributions du « pinard », du « jus » et même de la soupe se font toujours avec le quart du premier poilu venu. D'ailleurs, si un poilu s'avisait de refuser de boire dans le quart d'un autre, il serait mal vu.

Aussi la pancarte que j'ai affichée dans mes divers cabinets dentaires : *Ne buvez jamais dans le quart de votre camarade, pour ne pas attraper la vérole*, est-elle accueillie avec indifférence, sinon avec ironie.

Elle n'a d'ailleurs pas plus de succès que cette autre affiche : *Pour conserver vos dents, nettoyez-les tous les jours avec une brosse dure, imprégnée de savon de Marseille*.

Mais les gens ne veulent pas et ne savent pas se brosser les dents, même lorsque l'eau ne leur manque pas. Il faut que je menace de refuser les soins à tous ceux qui se présenteront avec une bouche malpropre, pour obtenir de quelques-uns l'entretien quotidien de leurs dents.

L'état-major reçoit l'ordre de remonter en réserve et part pour *Béthelainville*. Le médecin-chef me laisse à *Jubécourt* pour continuer les soins commencés avec une cinquantaine d'hommes fatigués qui logent dans une grange et à la nourriture desquels je dois veiller.

De *Jubécourt*, on voit les saucisses françaises et allemandes de presque tout le front de Verdun. Tous les jours, il en est qui sont brûlées. Les combats d'avions sont fréquents et un jour qu'un avion ennemi vient d'être abattu au-dessus du village, les Allemands s'avisent de tirer sur nous, mais sans faire de victimes.

Le régiment tient le secteur jusqu'au 26 août, date à laquelle nous sommes transportés de nuit en auto-camion à *Salmagne* (Meuse).

Le village est très agréable et les poilus exténués et malades des privations endurées à la côte 304 en tirent un bon profit.

Pour ma part, je suis privilégié, puisque je couche dans un vrai lit, avec des draps. Pouvoir s'étendre à son aise dans un bon lit, c'est le rêve de tous ceux qui participent aux combats !

Le beau temps est revenu et je travaille avec plaisir. Entre



autres choses j'ai à soigner une ulcération de la langue déterminée par une dent cariée. La dent est meulée, obturée et la guérison s'ensuit.

Notre agréable séjour à Salmagne ne dure que quelques jours et nous repartons en auto-camion pour *Thillombois*. Le déplacement se fait pendant le jour, et nous pouvons admirer toute la beauté des paysages de la Meuse.

A *Thillombois* le lit est remplacé... par une botte de foin dans une grange. Mais nous n'y passons qu'une nuit et dans la soirée du 3 septembre nous montons en ligne du côté de *Saint-Mihiel*.

La relève, faite par un splendide clair de lune, n'a rien de déplaisant.

La Meuse, où viennent se refléter de nombreuses fusées éclatantes, présente un aspect des plus pittoresques.

A un moment donné, avant que nous arrivions à *Lacroix-sur-Meuse*, un avion ennemi, qui nous a probablement aperçus, descend à une altitude très basse et rôde au-dessus de la route où nous passons. Mais un bref sifflement du commandant de la compagnie arrête la colonne et nous nous embusquons par petits groupes sous les arbres qui bordent la route. Au bout de quelques moments, l'avion disparaît et nous continuons notre marche.

L'état-major et la Compagnie hors rang s'installent à *Rouvrais-sur-Meuse*.

Le village est en ruines, mais comme le secteur est longtemps resté calme, il est très bien organisé et nous avons tous des caves aménagées avec des lits, des poêles et d'autres meubles sauvés de la destruction.

Pour loger, j'ai une cave solide, où les rats sont assez supportables.

Pour travailler, je m'installe sous une espèce de véranda, improvisée avec de la toile huilée. La lumière y est excellente.

Le secteur est calme.

Les consultations dentaires sont nombreuses. Un officier vient me voir pour une pyorrhée intense des incisives inférieures; j'en profite pour utiliser le fil de platine contenu dans la boîte de stomatologie, et je lui fais une ligature pour immobiliser ses dents.

C'est ici aussi que j'inaugure mon nouveau traitement de la pulpite, à l'aide de la solution Mencièrè<sup>1</sup>.

Nous sommes tout près de *St-Mihiel*. Des premières lignes, on peut voir à l'aide d'une jumelle les civils se promenant dans la ville occupée par l'ennemi. Tenté par la curiosité, je suis monté

---

1. Filderman. Pulpectomie coronaire des molaires, par embaumement des filets radiculaires avec la solution Mencièrè. *Presse Dentaire*, novembre 1917.

un jour au *petit poste des Etats-Unis* pour jouir de ce spectacle.

Je n'ai pas aperçu de civils, mais j'ai pu voir l'heure à l'horloge du clocher et la fumée sortant des cheminées de la plupart des maisons, ce qui prouvait qu'elles étaient habitées. Il paraît même que tous les matins nos sentinelles apercevaient du bétail que les habitants de St-Mihiel conduisaient devant les lignes pour les faire paître.

Malgré ce calme apparent, un beau jour, au moment où nous y attendions le moins, l'ennemi nous a envoyé une rafale d'obus dirigée visiblement sur le poste de secours, dont il a dû apercevoir le va et vient. Depuis, ces bombardements ont recommencé quotidiennement, jusqu'au moment de notre relève.

Un jour, pendant que j'étais en train de mettre un ciment à un officier, le bombardement a recommencé avec précision. Je ne voulais pas interrompre mon travail et je me rendais compte qu'il était imprudent de rester. J'attendais que l'officier donnât l'exemple d'aller se mettre à l'abri. Mais, et cela se comprend, il avait autant d'amour-propre que moi. Nous sommes donc restés et j'ai terminé mon obturation.

Il est vrai que si le lendemain j'avais été aussi peu prudent, aujourd'hui je ne serais probablement pas en état d'écrire ces lignes.

Nous mangions la soupe, lorsque les Allemands commencèrent à tirer autour et tout près des ruines que nous habitions. Comme le tir se rapprochait de plus en plus, l'un de nous quitta précipitamment la table en disant : « Restez si vous voulez, moi je descends dans la sape ». Instinctivement nous le suivîmes et bien nous en prit, puisque, aussitôt après, un obus arriva en plein au-dessus de la table que nous venions de quitter, l'entaillant de tous côtés, brisant les marmites et répandant sur le sol la soupe et le café.

Pendant quelques instants, nous eûmes l'impression que la maison croulait sur nous et nous fûmes enveloppés dans un nuage de fumée et de poussière ; mais nous en fûmes quittes pour la peur.

Deux jours après nous sommes relevés et nous revenons à Thilombois, où nous sommes mal couchés dans une écurie, sur du fumier... avec les chevaux. Nous repartons le lendemain par Pierrefitte et Lignièrès, jusqu'à *Lérouville*, décrivant ainsi à pied, en quatre étapes, un arc de cercle d'environ soixante-dix kilomètres.

De *Lérouville*, nous repassons sur la rive droite de la Meuse, fortement grossie par les pluies, et nous arrivons le 1<sup>er</sup> octobre 1917 à *Pont-sur-Meuse*.

C'est là qu'on installe l'infirmerie régimentaire.

Quoique tout près des lignes, le village est habité par des civils.



Le secteur est, d'ailleurs, absolument calme et l'activité de l'ennemi se borne à des incursions d'avions au-dessus de notre village et au-dessus de Lérrouville, qui reçoit à plusieurs reprises des torpilles aériennes.

Nous sommes logés dans une baraque Adrian.

Le travail recommence. Un bataillon vient en réserve à Pont-sur-Meuse et de nombreux hommes en profitent pour se faire soigner. Sachant que le dentiste ne se borne pas à arracher les dents, ils veulent tous des soins. Quelques-uns même exagèrent. Ainsi, il n'est pas rare de voir arriver un poilu, avec son index fourré dans la bouche et qui, de l'autre côté de la porte, vous crie : « Je viens me faire plomber cette dent ». Je regarde la dent à *plomber* et je constate qu'il s'agit des vestiges d'une grosse molaire dont les racines... sont séparées par la carie. J'ai beau expliquer à mon patient que sa dent n'est pas soignable, il reste persuadé du contraire et s'en va mécontent.

Une autre fois, un consultant m'arrive avec une bouche dans un état déplorable, remplie de racines infectées, de caries pénétrantes, les dents noyées dans du tartre, et m'indique une petite tâche d'émail qu'il veut faire *plomber*. Je lui dis qu'avant de faire cette obturation, il y aurait des travaux plus urgents à exécuter dans sa bouche, qu'il faudrait commencer par nettoyer. Mais, il ne veut rien entendre et me quitte furieux, persuadé que je ne veux pas le soigner.

Cependant, les cas sérieux ne manquent pas. Un jour j'ai à soigner une adénite génienne suppurée<sup>1</sup>.

Un autre jour un malade arrive avec un adéno-phlegmon, déterminé par une dent de sagesse inférieure. J'arrache la dent, mais comme le malade a 40° de fièvre, j'estime qu'il est imprudent de le laisser dans cette baraque Adrian, ouverte à tous les vents et où les hommes se gèlent, surtout pendant la nuit. Il est évacué.

Commercy n'étant qu'à 5 kilomètres de Pont-sur-Meuse, un dimanche, muni d'une autorisation, je me décide à y faire une promenade à pied. Je n'en reviens qu'à la nuit, pour apprendre qu'il faut emballer d'urgence, car nous sommes relevés dans la nuit même. En une heure, le tour et tout le matériel dentaire sont réunis dans la caisse qui leur est destinée, et sont chargés sur la voiture pour brouettes porte-brancards.

Au lever du jour, nous sommes transportés par auto-camions à Tronville-en-Barrois.

Le régiment prend quelques jours de repos et moi je repars en permission.

---

1. Filderman. Adénite génienne suppurée. *Presse Dentaire*, avril 1918.

\*  
\* \*

A mon retour, le 4 novembre, je rejoins, à *Belleray* (sud de Verdun).

C'est l'automne, avec tous ses désagréments sur le front. Il pleut et l'on patauge dans la boue. Les bataillons sont loin de nous, de sorte que j'ai peu de travail.

Quelques jours après, l'état-major entre en ligne pour occuper le secteur de Louvemont, et je reçois l'ordre de m'installer dans le *Faubourg pavé de Verdun*.

Loin de mon unité, je n'ai à soigner que quelques hommes de passage et je passe mon temps à traîner mes sabots (car j'ai des sabots) dans la boue, pour visiter les ruines de Verdun. De temps en temps seulement, nous recevons quelques obus.

La nuit, j'ai bien quelquefois l'impression qu'un rat passe sur mes couvertures, mais à force de vivre avec ces profiteurs de la guerre, on finit par les supporter.

Le 4 décembre nous redescendons à Belleray, où je peux tout juste procéder à quelques extractions et nous faisons mouvement par un temps neigeux pour *Dugny*, où l'on nous embarque en chemin de fer.

Dans l'attente de l'embarquement, nous avons devant les yeux le triste spectacle de l'immense cimetière militaire, qui s'étend là, presque à perte de vue et où l'on distingue entre tant d'autres, les sépultures de deux dentistes militaires, tombés sous le tunnel de Tavannes.

Sur tout le parcours, dans le voisinage de chaque village, nous apercevons de vastes cimetières, où reposent les innombrables victimes de Verdun. C'est une vue des plus impressionnantes qui disparaît avec la nuit.

Mais, le train s'arrête et le débarquement commence.

Quelques kilomètres à pied par une nuit noire, et nous voici à *Villotte devant Louppy* (Meuse).

Cette fois encore, nous sommes dans une baraque Adrian.

Les planches joignent mal ; le papier qui les recouvre est en mauvais état et une bise froide de décembre souffle à travers les fentes. Il n'y a pas assez de couchettes et presque pas de paille.

Sans nous déshabiller, nous nous couchons tant bien que mal, car nous sommes fatigués du voyage.

Mais avant qu'il fasse jour, le froid nous réveille.

(A suivre.)



---

## NÉCROLOGIE

---

### Leduc.

Nous apprenons avec regret la mort de notre confrère M. Leduc, de Rouen, membre de l'A. G. S. D. F, survenue le 24 septembre dernier.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille nos très vives condoléances.

---

### N. S. Jenkins.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 79 ans, de notre confrère M. N. S. Jenkins, établi autrefois à Dresde, puis en France, enfin aux Etats-Unis. Il occupait une haute situation professionnelle et était vice-président de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics de la F. D. I. C'était un esprit très libéral.

Il a succombé à bord du navire qui le transportait en France. Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

### Dentistes militaires cubains.

Un décret du gouvernement cubain a créé dans l'armée nationale huit postes de lieutenants-dentistes et trois de capitaines-dentistes, qui seront pourvus par voie de concours.

(*Revista dental*, août 1919.)

---

### Mariages.

Le mariage de notre confrère M. Victor Cagnoli, dentiste des hôpitaux de Nice, officier-dentiste de réserve, décoré de la croix de guerre, avec M<sup>lle</sup> Renée Raymond, a eu lieu le 2 septembre, à Nice.

Nous apprenons le mariage de M. Henri Sohm, fils de notre confrère M. A. Sohm, de Chartou, avec M<sup>lle</sup> Germaine Lemoine, célébré dans l'intimité le 20 août 1919, à Croissy.

On annonce le mariage de notre confrère M. Charles Wintergerst, dentiste aide-major, décoré de la croix de guerre, ave

M<sup>lle</sup> Andrée Maréchal, également chirurgien-dentiste, célèbre à Casablanca (Maroc), le 20 août 1919.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

---

#### Dents en acier.

L'Allemagne ne peut plus fabriquer des canons. Elle va fabriquer des dents, parfaitement, des dents en acier.

La maison Krupp a trouvé dans la dentisterie une utilisation imprévue de ses officines et de ses matières premières.

Au lieu des 420, Bertha Krupp fabriquera des dents et fournira les râteliers démantibulés de quenottes invulnérables.

L'association des dentistes d'Iéna vient de porter cette grande nouvelle à la connaissance de ses adhérents et de sa clientèle.

Essen se transforme et se pacifie !

(*La Presse*, 20 septembre 1919.)

---

#### Sauvetage.

M. Maurice Etienne, dentiste, se promenait sur la plage de Donville (Manche), lorsque des appels déchirants attirèrent son attention. Cinq personnes qui se baignaient, renversées par une vague, étaient entraînées vers le large. Se jetant à l'eau tout habillé, M. Etienne, en quelques brasses vigoureuses, atteignit les baigneurs et, après des efforts surhumains, ramena au rivage : MM. Eugène Voisin, boucher, sa femme, ses deux enfants et M. Guérin, principal clerc de notaire, habitant tous Tessy-sur-Vire (Manche). Ces personnes, qui avaient perdu connaissance, purent être rappelées à la vie par le docteur Etienne. Ce dernier en est à son quatrième sauvetage.

(*Le Temps*, 22 août 1919.)

---

#### Victime de l'alpinisme.

M. Marcel Cevey, docteur en chirurgie dentaire de l'Université de Zurich, établi depuis un an à Lausanne, vient de périr dans un accident de montagne.

(*Gazette de Lauzaune*, 5 août 1919.)

---



### Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 14 octobre 1919, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1<sup>o</sup> Note du sous-secrétariat d'Etat du service de Santé militaire concernant l'organisation des services dentaires militaires d'après-guerre : M. Sauvez.

2<sup>o</sup> Allocution du président.

3<sup>o</sup> La dent ; état actuel de nos connaissances histologiques et embryologiques, par M. le professeur agrégé Retterer.

4<sup>o</sup> Discussion des communications sur la pyorrhée alvéolaire, faites à la Société d'Odontologie le 1<sup>er</sup> avril 1919 par M. Mendel-Joseph et le 13 mai par M. Roy, et publiées dans *L'Odontologie*, la première les 30 juin et 30 juillet, la seconde les 30 avril, 30 mai, 30 juin, 30 juillet 1919.

Orateurs inscrits : MM. Ferrand, Frey, Mendel-Joseph, Roy, G. Villain.

5<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière.

---

### Mission.

Notre confrère, M. le D<sup>r</sup> Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, a été désigné par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, comme membre de la délégation française envoyée à Rome, pour participer à la 3<sup>e</sup> Conférence interalliée pour l'étude des questions intéressant les invalides de la guerre.

Cette conférence s'est tenue du 12 au 17 octobre au palais des Expositions Via Nazionale.

Le D<sup>r</sup> Pont est chargé d'un rapport sur la prothèse des blessés aux maxillaires et des mutilés de la face, dont nous donnerons plus tard le résumé.

---

### Ecole dentaire de Lyon.

Un concours pour la nomination au poste de chefs de clinique et de démonstrateurs à l'Ecole dentaire de Lyon a été ouvert le lundi 13 octobre 1919 à 8 heures 1/2 du matin à l'Ecole dentaire, 20, quai de la Guillotière.

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DE LA DENT ; ORIGINE ET STRUCTURE DE LA DENTINE ET DE L'ÉMAIL

Par M. le docteur RETTIERER,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,  
Professeur d'histologie à l'Ecole dentaire de Paris.

*(Communication à la Société d'Odontologie,  
séance du 14 octobre 1919.)*

Il est peu de sujets sur lesquels on ait tant écrit que sur les dents ; il y a près d'un siècle, Blandin estimait que deux cents volumes contiendraient à peine tout ce qu'on a imprimé. Aujourd'hui, il en faudrait un millier ou davantage. Avouons franchement que l'anatomie et l'histologie n'ont pas encore dit leur dernier mot de la nature de la dent, et lorsque votre président m'a fait l'aimable proposition de vous entretenir des résultats de mes propres recherches, il m'a semblé que je ne pourrais mieux faire que de vous exposer succinctement les procédés que j'ai employés et de les comparer à ceux de nos devanciers. Les résultats que l'on obtient en biologie et en science expérimentale se jugent à la valeur de la technique que l'on a mise en usage.

Avant d'entrer en matière, je voudrais prévenir un premier reproche. Aujourd'hui on a l'habitude de faire des projections et de faire passer sous les yeux de l'auditoire les images réelles des préparations. Cette manière de faire a ses avantages, mais ses inconvénients sont tels que j'ai préféré m'en abstenir. Vous avez parcouru l'*histologie*



*normale* des dents de Walkhoff, par exemple ; cet excellent ouvrage est illustré de 120 microphotographies. Eh bien ! je défie qui que ce soit de se faire, d'après ces images, une opinion sur la structure des dents.

Noyes a publié en 1912 une magnifique *Histologie et Embryologie dentaires* ; malheureusement on ne saurait, à l'inspection de ses photomicrographies, décider ce que signifient les traits qui s'y entre-croisent de mille façons. La science n'est pas, à mon avis du moins, la reproduction pure et simple des apparences ; elle consiste dans l'explication rationnelle des images et des faits que nous observons.

#### I. — DENTINE OU IVOIRE.

Commençons par l'*ivoire* ou *dentine* qui est la partie essentielle de la dent, celle qui ne fait jamais défaut dans aucun de ces organes.

C'est une espèce d'os, disaient les anatomistes après Aristote. Les dents résistent si bien à la putréfaction et au feu que Tertullien (père de l'Église du III<sup>e</sup> siècle de notre ère) regardait les dents comme incorruptibles et devant servir à la régénération, c'est-à-dire à la résurrection du corps au jour du jugement dernier.

Sur les coupes de dents macérées et desséchées, Leeuwenhoek aperçut en 1678 les tubes dentaires, partant de la cavité centrale et se rendant vers la surface externe de la dent. Ces tubes s'amincissent, en même temps qu'ils se bifurquent, à mesure qu'ils approchent de la surface externe.

Quelle est la nature et la structure de la substance dure, intermédiaire aux canalicules ? Pendant longtemps, elle passait pour homogène ou finement granuleuse, quand V. v. Ebner, l'examinant à la lumière polarisée, la décrivit comme composée de fibrilles conjonctives s'entre-croisant et ayant une direction générale perpendiculaire aux canalicules. À la limite des canalicules, elle serait revêtue d'une gaine de substance spéciale, découverte par Neumann vers 1860.

Les fibrilles seraient réunies entre elles par un ciment calcifié, selon V. v. Ubner ; d'autres admettent, avec R. Krause que les fibrilles elles-mêmes seraient calcifiées.

C'est là un fait : la dentine est fibrillaire quand la dent fraîche a été fixée, puis décalcifiée avec ménagement.

Quelle est la nature de ces fibrilles et quelles sont leurs relations avec les canalicules dentaires ? Pour éclaircir ce problème si controversé, il nous faut examiner deux points, à savoir : 1° la structure de la papille ou pulpe dentaire ; 2° les relations des éléments de la papille avec la dentine.

En premier lieu, un mot de technique : la pulpe, comme la dentine décalcifiée, se laisse durcir, puis inclure dans la paraffine et ensuite débiter en coupes séries de 5 à 6  $\mu$ . Or, les organes formés de fibrilles conjonctives, telles que le tendon adulte ou le derme cutané deviennent si durs après le même traitement qu'ils cassent le rasoir. On peut d'autre part, couper dans les mêmes conditions, le tendon ou le tissu conjonctif embryonnaire. Autre constatation faite par Zsygmondy sur les dents de cheval, par Röse sur celles du veau : la papille ou pulpe dentaire ne donne pas de gélatine ; par conséquent, ce n'est pas du tissu conjonctif pourvu de fibrilles collagènes. Enfin, si l'on traite la dentine par le perchlorure de fer et qu'on colore par l'hématoxyline à l'eau, on peut y faire apparaître un réseau ou plutôt un réticulum identique à celui qui existe dans la pulpe dentaire.

Je vous demande pardon de ces détails fastidieux ; mais pour apprécier mes résultats et mes conclusions, vous ne sauriez vous dispenser de les prendre en considération. Sur les coupes de *pupilles dentaires*, il est facile avec n'importe quel colorant basique, de mettre en évidence un réseau cellulaire, constitué par des cellules étoilées ou fusiformes. Le noyau de chacune de ces cellules est entouré d'un corps ou protoplasma granuleux qui émet de nombreux prolongements également granuleux. Ces derniers se divisent et s'anastomosent avec ceux des cellules voisines ; d'où la formation d'un réticulum dont les mailles



sont remplies d'un protoplasma hyalin ou hyaloplasma amorphe, avec absence de fibrilles conjonctives.

A la surface de la papille dentaire, ces cellules s'allongent et se disposent en éléments prismatiques ou fusiformes. Ces *odontoblastes* disposés sur 1 ou 3 rangs ont absolument la même structure que les cellules sous-jacentes avec les différences suivantes : sur les côtés du corps cellulaire granuleux, le réticulum avec l'hyaloplasma est très mince, tandis que l'extrémité périphérique se prolonge en un filament granuleux et très colorable qui pénètre dans la dentine. C'est ce dernier prolongement que John Tomes a découvert en 1846 et qui porte depuis cette époque le nom de ce célèbre dentiste. Le fait est important en lui-même ; mais il acquiert une valeur générale en ce qu'il fait disparaître une erreur séculaire. Les anciens anatomistes et Cuvier en particulier qui avait étudié les dents d'éléphant n'avaient jamais vu une fibre de la pulpe se continuer avec l'ivoire. Aussi admettaient-ils que l'ivoire ou dentine n'était qu'un produit sécrété par la pulpe, se consolidant et se calcifiant par la suite.

L'étude de l'extrémité périphérique de l'odontoblaste permet de voir comment prend naissance la dentine. Or, en voyant naître les éléments, il est relativement facile d'interpréter ensuite les images que présente la dentine achevée.

Les odontoblastes sont déjà, sur toute la longueur de leur corps, reliés entre eux par un réticulum hématoxylinophile. A mesure que leur extrémité périphérique s'atténue et n'est plus représentée que par une portion amincie de cytoplasma granuleux, le tissu réticulé inter-odontoblastique (entre les odontoblastes) augmente de quantité, de sorte que la zone périphérique des odontoblastes est claire et traversée de distance en distance par l'extrémité granuleuse des odontoblastes.

Le réticulum hématoxylinophile devient tout à coup très serré et constitue une membrane ou un plexus qui se colore d'une façon intense par l'hématoxyline et qui a été

désignée sous le nom de *membrane* ou de *lamelle terminale* interne.

Cette membranule ou plexus mérite toute notre attention : à sa face *interne* aboutit le prolongement périphérique des odontoblastes, unique pour chacun d'eux et assez éloigné, tandis que de sa face *externe* émanent des filaments ou fibrilles bien plus nombreuses, car ils ne sont distants les uns des autres que de 2 ou 3  $\mu$ . On a l'habitude d'écrire que la fibrille de Tomes correspond au prolongement externe d'un odontoblaste ; en réalité, les fibrilles de Tomes sont des ramifications de la membranule ou plexus hématoxylophile, et, je le répète, sont cinq, peut-être dix fois plus nombreuses que les odontoblastes.

Les fibrilles de Tomes sont séparées les unes des autres par un protoplasma transparent, très difficile à fixer et à colorer et que les fibrilles de Tomes traversent radiairement, c'est-à-dire qu'elles figurent les cordes d'une harpe et délimitent des espaces larges de 2 ou 3  $\mu$  qui, nous le savons, sont remplis d'hyaloplasma. La zone que nous décrivons n'a qu'une épaisseur de 5 à 6  $\mu$  et se distingue de la suivante par le peu de colorabilité de son hyaloplasma. Aussi appellerons-nous la première la zone à *hyaloplasma mou et peu colorable* et la suivante que nous allons décrire, zone à *hyaloplasma dense, mais pas plus calcifié que la première*. Cette zone à hyaloplasma dense et non calcifiée est épaisse de 20 à 25  $\mu$ , les fibrilles de Tomes y sont disposées comme dans la zone précédente ; de plus, il en part des ramuscules latéraux qui traversent plus ou moins obliquement l'hyaloplasma intermédiaire aux fibrilles. Vient ensuite l'ivoire en voie de calcification et les épaisses couches d'ivoire calcifié. La calcification se manifeste, même sur les pièces entièrement décalcifiées, par les caractères suivants : tout ivoire calcifié est plus avide de colorants basiques que l'ivoire qui n'a pas été calcifié. Entre les fibrilles de Tomes, la calcification semble s'avancer de dehors en dedans sous la forme de saillies ou de globes arrondis qui proéminent à la limite externe de la zone non calcifiée.



Les faits d'histogenèse que nous venons d'exposer permettent de comprendre les images que présentent les minces coupes d'ivoire colorées d'une façon appropriée.

La fibrille de Tomes se bifurque et se divise de plus en plus à mesure qu'elle approche de la surface externe de la dent, c'est-à-dire de l'émail. De plus elle donne naissance tout le long de son trajet, de même que ses branches de bifurcation, à des ramuscules latéraux qui continuent à se diviser et à s'anastomoser de façon à figurer un fin réseau ou réticulum qui remplit tout l'intervalle entre deux fibrilles voisines de Tomes.

Cet intervalle, compris entre les fibrilles de Tomes voisines, est occupé par une trame réticulée, mais les substances qui remplissent les mailles du réticulum sont à des stades différents d'évolution et surtout de calcification. La portion qui entoure immédiatement la fibrille de Tomes et qui disparaît par la macération est de l'hyaloplasma jaune, non calcifié, identique à celui qui limite en dehors la membranule ou plexus hématoxylinophile. Plus loin, c'est-à-dire au milieu de la bande moyenne qui s'étend entre deux fibrilles de Tomes, se trouve la substance fondamentale proprement dite de l'ivoire. Dans cette dernière, la macération ne détruit que le réticulum hématoxylinophile.

En résumé, voici comment il convient de comprendre la structure et l'évolution de la dentine. La fibrille de Tomes entourée d'un manchon d'hyaloplasma continue à se prolonger dans la dentine dans un état analogue à celui que présente la zone de dentine molle et non calcifiée ; à mesure que cette fibrille approche de l'émail, l'hyaloplasma ne cesse de se différencier en réticulum et en hyaloplasma qui se calcifie ; voilà pourquoi la macération nous montre les canalicules dentaires plus minces à la périphérie de la dent qu'au voisinage de la pulpe ou cavité calcaire. D'autre part, le réticulum change de nature, au voisinage de la pulpe, il n'est qu'hématoxylinophile ; plus en dehors, il prend les caractères de la substance élastique et c'est ainsi qu'on peut isoler sur la dent adulte une gaine limitant le

canalicule et revêtant la dentine. C'est là la *gaine de Neumann*.

En faisant macérer la dent, en la desséchant et en l'examinant dans cet état, on obtient une image qui, superposée à celle de la dent fixée et colorée, est absolument identique. La fibrille de Tomes et son manchon de protoplasma mou et réticulé ont disparu et figurent le canalicule dentaire. La trame réticulée de la substance fondamentale a également disparu par macération, puisqu'elle n'est pas calcifiée ; elle est représentée par les divisions latérales des canalicules dentaires.

K. v. Kortz part d'une hypothèse erronée quand il dit que les fibrilles conjonctives de la papille dentaire s'épanouissent dans la dentine pour en constituer la substance fondamentale. Il n'y a pas de fibrilles conjonctives ou collogènes ni dans l'une ni dans l'autre.

V. v. Ebner a vu des tractus à direction perpendiculaire aux canalicules ; mais n'ayant pas déterminé la nature de ces tractus, il les a pris à tort pour des fibrilles conjonctives. Ce sont des fibrilles hématoxylinophiles constituant les rameaux latéraux des fibrilles de Tomes.

## II. — EMAIL.

Les anciens ne voyaient dans la dent qu'une substance, analogue à l'os. Cependant on ne tarda pas à découvrir à la surface de la couronne des dents simples, une couche plus dure, faisant feu avec le briquet et résistant à la calcination ; dès 1691, Clopton Havers regarda cette couche superficielle comme de nature pierreuse ; John Hunter l'appela *lamina vitrea* ; mais Bichat et Cuvier y découvrirent des *fibres* connues aujourd'hui sous le nom de *prismes de l'émail*.

Sur les coupes faites à la scie, il est facile de voir que les prismes de l'émail, épais de 5 à 6  $\mu$ , ont une direction générale perpendiculaire à l'émail ; mais ils décrivent des flexuosités, des ondulations qui font suite à celles qu'on remarque sur les parties les plus superficielles de la subs-



tance fondamentale de l'ivoire. Ces prismes sont unis et séparés les uns des autres par une substance qu'on désigne sous le nom de ciment. Par un séjour prolongé dans une solution faible d'acide chlorhydrique, on peut isoler les prismes les uns des autres. Ce fait indique que la substance unissante ou ciment est moins riche en sels calcaires que le prisme lui-même. Les prismes isolés se présentent sous un aspect qui rappelle celui des fibres musculaires striées, c'est-à-dire que les prismes paraissent striés en travers. On a attribué cet aspect à des varicosités et des étranglements alternant les uns avec les autres.

Au point de vue de leur composition chimique, il est à noter que les prismes de l'émail contiennent les mêmes éléments minéraux que la dentine, mais dans des proportions beaucoup plus abondantes par rapport à la substance organique. Des recherches récentes, faites sur les dents adultes tendent même à montrer que la substance organique ferait défaut dans l'émail qui serait uniquement constitué par des sels minéraux. L'émail serait donc bien une masse de nature pierreuse comme le voulait Clopton Havers.

Il convient de rapprocher de ces résultats un fait que j'ai constaté dans toutes mes recherches. Si l'on met à décalcifier un fragment de couronne recouvert d'une couche d'émail de  $0^{\text{mm}}5$  ou d'un  $1^{\text{mm}}$ , on ne retrouve plus sur les coupes, après décalcification, qu'une couche de  $0^{\text{mm}}1$  ou  $0^{\text{mm}}2$ . Les parties superficielles de l'émail sont si pauvres en substance organique, que celle-ci se désagrège après le départ des sels calcaires.

Vous le voyez, l'analyse histologique et chimique nous donne des renseignements bien incomplets sur la nature de l'émail. Le développement, c'est-à-dire l'étude de l'origine de l'émail, est-il capable de nous fournir plus d'éclaircissements ? Voir venir les événements est la meilleure manière de les comprendre, disent les historiens et les philosophes ; voir naître et se former les parties d'un organe est le seul procédé infailible pour en saisir les liens de parenté.

D'où vient la dent ? Au 2<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine (6<sup>e</sup> semaine), à une époque où les lèvres et les gencives forment encore une masse indivise, on voit sur les embryons longs de 30<sup>m</sup>/<sup>m</sup> apparaître un épaissement épithélial qui, après avoir donné naissance à un bourrelet ou mur, se prolonge dans la profondeur et produit un mur plongeant ou crête épithéliale. Celle-ci sépare la lèvre d'avec la gencive. De la face interne de cette crête partent ensuite autant de bourgeons épithéliaux qu'il y aura de dents. Chacun de ces bourgeons commence par avoir la forme d'un prolongement conique ; puis le fond s'évase et entoure une papille conjonctive pour prendre la configuration d'une cloche ou d'une calotte. On donne à ce bourgeon épithélial le nom d'*organe de l'émail*.

On y distingue plusieurs rangées de cellules : les cellules qui limitent la papille conjonctive ont la forme de prismes hauts, placés les uns à côté des autres comme des palissades. A celles-ci, font suite des cellules polyédriques, puis irrégulières et étoilées, et, à la surface externe de l'organe de l'émail, on retrouve encore une assise de cellules épithéliales, moins hautes que celles de l'assise interne.

Dès 1840, Schwann avait observé les cellules de cette assise interne et comparant leur forme à celle des prismes de l'émail, il a émis l'idée que chaque cellule prismatique se transforme en un prisme adamantin.

Aussi ont-elles reçu le nom d'*adamantoblastes* ou d'*améloblastes*. Cette théorie était unanimement admise quand Huxley fit, vers 1855, une remarque fort troublante : l'émail est toujours séparé des cellules adamantines par une fine membrane qui semble anhiste et qu'on retrouve en bien des régions entre l'épithélium et le tissu conjonctif : c'est la *membrane basilaire*. Séparant constamment l'émail des cellules adamantines, la membrane basilaire forme une barrière entre l'organe de l'émail et l'émail proprement dit. Alors on conçut l'origine de l'émail d'une autre façon : les cellules adamantines s'allongeraient par leur extrémité profonde et pousseraient chacune un prolon-



gement ou fibre de Tomes qui serait l'ébauche d'un prisme adamantin. D'autres admettent que la cellule adamantine sécrète un fluide qui transsuderait à travers la membrane basilaire et se concrèterait en prisme de l'émail. Ce n'est pas tout : quelle est la partie de ce prolongement qui se calcifie la première ? V. v. Ebner prétend que c'est l'axe lui-même ; Walkhoff, au contraire, soutient que la calcification débute dans la portion corticale. Autres difficultés : d'où vient la substance qui unit les prismes ? Le ciment des auteurs. Ce serait une sécrétion ultérieure des cellules adamantines. De quelle façon se fait la continuité de l'émail et de l'ivoire qui, d'après la théorie, auraient une origine distincte ?

Il est inutile de discuter ces questions ; il vaut mieux s'adresser au développement comparé.

Il est des animaux dont les dents manquent toujours d'émail. Tels sont certains mammifères, les édentés, par exemple et de nombreux poissons.

Or, en 1874, Ch. Tomes découvrit sur un embryon d'édenté, un Tatou, un fait étonnant, à savoir : les dents de ces êtres possèdent un organe de l'émail. Mon maître, Georges Pouchet et son élève Chabry confirmèrent le fait, en 1884 ; sur d'autres embryons d'édentés, Ballowitz, en 1892, vérifia la chose.

Autres constatations : l'organe dit de l'émail s'étend sur les dents en voie de développement depuis la racine jusqu'au sommet de la couronne et c'est seulement au niveau de la couronne que les cellules adamantines auraient le pouvoir de faire de l'émail ; les mêmes cellules, correspondant à la racine, n'élaboreraient jamais d'émail. A. v. Brunn, étudiant en 1887, les incisives des rongeurs dont la face postérieure, concave, manque d'émail, y constata la présence du soi-disant organe de l'émail qui, malgré sa persistance, ne fournit point d'émail.

Que conclure ? La théorie des cellules épithéliales fabriquant de l'émail est en opposition avec une série de faits accessibles à l'observation directe. Les prismes de l'émail

sont *structures* ; par conséquent, ils ne sont pas le produit d'une substance exhalée. Ils sont le prolongement de la substance fondamentale de l'ivoire dont ils conservent certains caractères histologiques (*striation transversale*). Ils sont séparés les uns des autres par des lignes moins calcifiées qu'eux-mêmes. Or, en poursuivant ces lignes du côté de l'ivoire, on les voit se continuer avec la substance qui remplit les canalicules dentaires. Tous ces faits parlent dans le même sens : l'émail n'est que la couche externe ou superficielle de la dentine qui, sous l'influence des agents mécaniques, s'est enrichie en sels calcaires.

Il ne s'agit point là d'une question purement théorique. Parcourant un petit livre de Courtois, qui date de la fin du 18<sup>e</sup> siècle et qui est intitulé : *Le dentiste observateur*, j'ai vu ce praticien soutenir qu'il n'était pas nécessaire de ménager l'émail quand on lime les dents, parce que cette substance se reproduit d'ordinaire avec assez de facilité. C'est ce mode de reproduction qu'il faudrait étudier sur une dent qui, depuis longtemps, n'a plus de cellules adamantines, c'est-à-dire d'organe dit de l'émail. J'espère qu'un jour j'aurai les moyens de faire sur les animaux des expériences sur ce point : si l'émail se régénère sur la dent adulte, il ne saurait être d'origine épithéliale.

A défaut de preuves expérimentales, je puis invoquer les faits que nous fournit l'histologie comparée. Nombreux sont les auteurs qui n'ont point constaté l'existence de l'émail sur les dents de poissons, par exemple, Ch. Tomes qui en a fait une étude soignée raconte combien il est difficile d'affirmer si toutes les dents des poissons ont de l'émail. Or, les dents de poissons servent le plus souvent uniquement de crochets ou de crocs pour saisir et retenir la proie vivante dont ces animaux se nourrissent. Nombre d'histologistes ont signalé l'absence de l'émail sur les dents des poissons, mais Ch. Tomes, étudiant les dents d'un poisson osseux, le *Sargue* (*Sargus*), voisin des Épinoches, les a vues recouvertes d'une épaisse couche d'émail. Or, qu'est-ce qui distingue ce poisson ? Déjà



Cuvier notait la forme des dents antérieures, ressemblant aux incisives humaines et les anatomistes ont ajouté depuis qu'il y a des molaires arrondies. Ce poisson se nourrit de mollusques à coquilles et c'est avec ses molaires que le Sargue brise les coquilles de ces mollusques.

Le régime des Tatous nous explique de même pour quelles raisons ces mammifères ont des dents sans émail, alors que le prétendu organe de l'émail y apparaît et s'y développe comme chez les autres mammifères. Les Tatous vivent de fruits à chair molle et de légumes très parenchymateux.

Je conclus : l'émail n'est que le stade ultime d'évolution de la dentine. Or, celle-ci est une élaboration de la papille dentaire, c'est-à-dire d'origine conjonctive. Alors se pose la question de savoir le rôle de l'organe épithélial dit de l'émail. Il est un fait bien établi, c'est que partout où va se développer une dent, on voit apparaître un bourgeon épithélial. Jamais une papille conjonctive n'édifiera une dent, quand elle n'est point coiffée par une calotte épithéliale. Quel est donc le but de cette prolifération, de cet épaississement épithélial ? La présence de cet organe épithélial que mérite le nom de *prédentaire* circonscrit un territoire conjonctif dont les cellules non seulement se multiplient pour former une papille, mais s'hypertrophient pour donner naissance à une ou plusieurs assises d'éléments très élevés et émettant un prolongement périphérique de grande longueur (*Odontoblastes*). Comprimés et enserrés, les odontoblastes réagissent à cette action mécanique : 1° en émettant un prolongement hématoxylinophile (fibrille de Tomes) beaucoup plus long que ceux des autres cellules de la papille ; 2° en élaborant un protoplasme transparent très abondant qui s'accumule dans l'intervalle des fibrilles de Tomes. L'évolution ultérieure de ces deux parties des odontoblastes aboutit au développement de la dentine et, dans les points où celle-ci subit des actions mécaniques, elle se transforme en émail. *L'odontoblaste* est donc à la fois *éburniblaste* et *adamantoblaste* ou *améloblaste*.

Quant à l'organe épithélial *prédentaire*, dit de l'émail, tout en ne fournissant aucun élément à la dent, son rôle est capital, car c'est la condition *sine qua non* du développement de cette dernière : il crée un milieu propre à la modification de la cellule mésodermique ou conjonctive, c'est lui qui en détermine l'évolution spéciale et sa transformation en odontoblaste. L'odontoblaste n'apparaît qu'au contact de la cellule épithéliale de l'organe prédentaire.

Jusqu'à présent, on n'a tenté, que je sache du moins, aucune expérimentation sur l'action que l'organe prédentaire exerce sur l'évolution de la papille dentaire. Il faut donc nous contenter des résultats comparés que donnent les autres tissus dits conjonctifs. Lorsqu'un tendon ne subit que les effets de la *traction*, toutes ses fibres deviennent conjonctives ; autrement dit, les cellules conjonctives qui sont, à l'origine, identiques à celles de la papille dentaire, répondent à la traction en élaborant des fibres inextensibles et collagènes qui se disposent dans un sens parallèle à la direction de cette force.

Quand un tendon, tel que celui du muscle plantaire grêle du Chien, celui du Long Péronier latéral du Singe, subit, outre la traction, un frottement contre une saillie osseuse, les cellules conjonctives se transforment, dans la région exposée au frottement, en cellules cartilagineuses ou osseuses.

Ces exemples montrent que le protoplasma, ou matière vivante, loin de s'aplatir, comme on a l'habitude de le dire, sous l'influence des agents mécaniques, réagit tout autrement : elle change de forme et s'allonge, c'est-à-dire qu'elle se redresse contre l'agent mécanique. De plus, elle modifie sa nature et se transforme en une cellule d'une autre espèce. Tels sont les faits qui nous permettent de comprendre comment les cellules les plus superficielles de la papille dentaire s'hypertrophient sous l'influence de l'organe prédentaire. Par contre-coup les cellules les plus profondes de l'organe prédentaire, dites adamantoblastes, augmentent de dimensions et continuent à maintenir une



pression toujours égale sur les odontoblastes. Dans ces conditions, la portion amorphe du protoplasma des odontoblastes, au lieu d'élaborer des fibrilles conjonctives, se condense et se charge de sels calcaires, tandis que la portion figurée devient granuleuse et même partiellement élastique. A mesure que la dentine évolue, non seulement les sels calcaires augmentent et la trame organique diminue, mais dans les régions (couronne des dents simples) où la dent subit l'action des corps étrangers, la dentine, après s'être infléchie, se transforme en une masse essentiellement pierreuse, *l'émail*.

La dent est un organe de défense ou de trituration : elle doit son origine à un facteur mécanique, et, dans les points où les actions mécaniques sont les plus intenses, elle acquiert la dureté du silex et fait feu au briquet.

Si nous comparons nos résultats à ceux de nos devanciers, nous dirons : la dent n'est pas une espèce d'os, comme le voulait Aristote. Les dents ne sont pas des os en leur espèce, *sui generis*, comme s'exprimaient Riolan et Du Laurens.

Si J. Hunter et Cuvier admettaient que la dent est sécrétée par la papille, comme l'ongle par sa matrice, comme l'épiderme par le derme, ces anatomistes ignoraient les connexions de la papille et de l'ivoire et la structure de ce dernier. En rangeant la dent dans les phanères, c'est-à-dire en en faisant une sorte de poil, D. de Blainville tomba dans une faute analogue. Désigner cet organe sous le nom d'*ostéide* dentaire, comme le faisait Blandin, c'est rappeler certaines ressemblances de dureté et de composition chimique, mais c'est passer sous silence le développement et la structure. Dire avec les modernes que la dent est un organe qui est dû à la fusion : 1° d'une édification mésodermique ou conjonctive et 2° d'un produit ectodermique ou épithélial, c'est n'avancer qu'une simple conjecture en ce qui concerne l'origine de l'émail. A mon avis, l'émail est le stade ultime de l'évolution de l'ivoire. Quoiqu'il en soit à cet égard, la dent, de par son mode de formation,

sa structure et son évolution est un organe sans analogue dans l'économie ; l'étude de la dent saine comme celle de la dent malade, exige des procédés spéciaux, parce que son organisation est particulière. En résumant les phénomènes essentiels de développement et de structure, je définirai donc la dent de la façon suivante : la dent provient d'une papille qui a pris naissance au contact et sous l'influence d'un organe épithélial, dit prédentaire. Dans ces conditions mécaniques toutes particulières, les cellules conjonctives élaborent une substance de structure et de dureté spéciales, la *dentine* ou *ivoire*, qui, dans les points exposés à la pression des corps étrangers, finit par se transformer en une masse pierreuse, l'*émail*.

NOTA. — Les figures relatives à la structure et au développement de la dent paraîtront prochainement dans une publication spéciale.

---



## 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.*

**Protection de la pulpe.** — La conservation de la pulpe exige sa protection dans les grandes restaurations métalliques ou synthétiques. L'oxyphosphate de zinc et même le chlorure de zinc irritent souvent et tuent la pulpe. La dentine susjacente à cette portion de la pulpe et envahie par les bactéries est également une menace pour sa vie, à moins qu'on ne s'efforce de la protéger. Une pâte de parties égales d'hydro-naphtol et d'oxyde de zinc, avec une ou deux gouttes de parties égales d'essence de trèfle et de camphophénique, doit être étendue soigneusement sur la paroi de la dentine tout près de la pulpe, puis scellée avec de l'oxyphosphate de zinc. (*Pacific Dental Gazette.*)

**Pose de couronnes et de bridges.** — Un bridge et une couronne peuvent être posés solidement et être enlevés plus tard sans détruire la pièce, la dent ou racine de support. Quand la couronne a été polie et quand elle est prête à être posée, on revêt le pivot et la plaque de deux couches de chloro-percha, en laissant chaque couche sécher avant d'appliquer l'autre. Essayer la couronne en place sur la racine pour s'assurer qu'on peut la poser. La cimenter en place comme d'habitude. Les couronnes de contour en or, comme la couronne à coquille, doivent avoir à l'intérieur des entailles remplies de gutta, chauffée et placée sur le moignon de la dent. Après avoir essayé en position plusieurs fois l'articulation, cimenter comme d'habitude. Badigeonner la couronne Orton et la couronne à épaulement avec une couche ou deux de chloro-percha sur les parois qui seront en contact avec les parois axiale et occlusale du moignon. Essayer et cimenter en place comme d'habitude. Quand les couronnes et les bridges ont été convenablement préparés, ils peuvent être enlevés ultérieurement en les chauffant pour amollir la chloro-percha et la gutta et en appliquant la traction. (*Pacific Dent. Gaz.*)

**Nettoyage du vulcanisateur.** — Il est généralement très difficile de tenir propre l'intérieur du vulcanisateur, les moufles et les brides pendant d'actives opérations de prothèse, à moins de se donner beaucoup de peine. Le dépôt qui se forme sur le vulcanisateur peut être réduit au minimum, sinon totalement enlevé, en ajoutant un petit morceau de carbonate de soude à l'eau avant de fermer le vulcanisateur. Cela n'endommage pas l'appareil. (*Pacific Dental Gaz.*)

**Erreur dans la vulcanisation.** — La plupart des vulcanisa-

teurs portent un thermomètre, mais pas de manomètre. De même la plupart des marques de vulcanite sont fabriquées pour être vulcanisées à 170° C. Depuis le moment où la chaleur est transmise à l'ampoule (180) du thermomètre par un bain de mercure qui est dans le couvercle du vulcanisateur, il y a une marge étendue pour une erreur à commettre en déterminant la chaleur réelle de vulcanisation. La radiation, l'humidité dans l'atmosphère et la température de la saison contribuent aux défauts qui accompagnent la vulcanisation. La chaleur réelle dans la chambre est d'ordinaire de 6 à 12° C. plus forte que celle indiquée par le thermomètre. (*Pacific Dent. Gaz.*)

**Pointillage de la vulcanite rose.** — Le tissu gingival à l'état naturel ne présente jamais une surface unie et polie semblable au poli d'un dentier fortement poli, mais plutôt un aspect pointillé. Une surface semblable peut s'obtenir sur un dentier en passant d'abord sur la vulcanite rose une fraise ronde émoussée, puis en pointillant cette surface inégale avec une pointe de fouloir à serrations profondes montée sur le fouloir automatique. (*Pacific Dent. Gaz.*)

**Plaquage des dentiers en vulcanite.** — Les tissus tolèrent, on le sait, la vulcanite noire mieux que toute autre couleur. Ce résultat peut s'obtenir comme suit, sans crainte d'avoir une pièce poreuse, ou de montrer la pièce noire quand le patient ouvre la bouche. Bourrer comme d'ordinaire, mais pas autant qu'il le faut, essayer la pièce, ouvrir le moufle, étendre une feuille très mince de vulcanite noire et la placer sur l'autre vulcanite. La façonner aux contours du dentier, fermer le moufle et vulcaniser comme d'ordinaire. (*Pacific Dent. Gaz.*)

**Couverture du moufle pour examen.** — Quand la pièce a été bourrée avec la quantité voulue de vulcanite et essayée avec une toile de séparation, cette dernière adhère souvent à la vulcanite. Appliquer un peu de gazoline ou de chloroforme sur le drap, alors on l'enlève très aisément, sans déranger la vulcanite. (*Pacific Dent. Gaz.*)

**Nettoyage des mouffes.** — En mettant un morceau de feuille de zinc dans l'eau dans le vulcanisateur, on empêche la formation d'oxydes noirs sur les mouffes de fer ; cela ne tâche que légèrement les mains. (*Brit. J. of. Dent. Sc.*)

**Polissage des bandes.** — Prendre une des feuilles de toile qui séparent les feuilles de caoutchouc, l'épingler sur un établi par les coins, le côté lisse en dessus. Légèrement humecter partout, puis répandre un peu de ponce en poudre. Quand c'est sec, enlever et découper en bandes étroites de 1/8 à 1/4 de pouce de large et mettre de côté jusqu'à ce qu'on en ait besoin. Employées à sec, ces bandes sont très efficaces ; mais, humides, elles ne peuvent servir. Au besoin une large bande doublée, le côté lisse en dehors, vaselinée, sera commode pour comprimer une obturation de silicate à défaut de celluloid. (*Commonwealth Dent. R. 5.*)



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 1<sup>er</sup> juillet 1919.*

PRÉSIDENTE DE M. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

*Le secrétaire général* donne lecture de la correspondance.

#### I. — RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, M. RAYMOND LEMIERE.

Mes collègues du bureau m'ayant rappelé que le secrétaire général doit à la séance du mois de juillet faire un compte rendu annuel de la gestion de l'ancien bureau avant qu'il soit procédé aux élections, je m'exécute, mais sans avoir sur la question des données très précises, n'ayant pu partager leurs travaux. Il ne me sera que plus facile de dire tout le bien que je pense de l'œuvre considérable qu'ils ont accomplie.

Oui, pendant la guerre la Société d'Odontologie et tout le Groupement de l'E. D. P. ont déployé une activité remarquable et l'on peut avancer certainement que ce groupement a été l'un des groupements professionnels qui furent les plus actifs auxiliaires du Service de santé, un de ceux qui, sans négliger les intérêts de leurs membres, ont toujours placé avant tout l'intérêt supérieur du pays.

N'avons-nous pas le droit d'être fiers de la création du corps des dentistes militaires qui permit de donner enfin au poilu les soins dentaires qui lui étaient interdits jusqu'alors?

N'est-ce pas aussi grâce à nous, messieurs, que les blessés de la face purent bénéficier d'une thérapeutique nouvelle empruntée à deux de nos spécialités, l'orthodontie et la prothèse?

Enfin cette armée de 150.000 hommes récupérés, formée

des édentés inaptes, au moment où les débuts malheureux de la guerre nécessitaient les plus urgents renforts, qui a permis de la recruter ? Vous avez déjà nommé ceux qui furent les organisateurs, les chefs, mais n'oubliez pas non plus les humbles artisans de cet immense laboratoire qui produisit en 3 ans plus de 300.000 appareils. Enfin, messieurs, le Congrès dentaire inter-allié, en 1916, ne montra-t-il pas au monde scientifique tout entier que notre pays possédait les meilleurs chirurgiens et les meilleures méthodes de traitement des fractures des maxillaires, que la thérapeutique des blessés de la face, pratiquée par la collaboration étroite du chirurgien et du dentiste, donnait en France des résultats inconnus jusqu'alors ?

Ce sont là des services rendus au pays et dont nous pouvons tous être fiers.

Il en est d'autres pour lesquels nous pouvons éprouver une fierté au moins égale. Si nos aînés, si nos dirigeants, si tous nos confrères restés à Paris du fait de leur mauvaise santé, eurent à cœur de déployer dans la direction de nos œuvres professionnelles une louable activité, les jeunes, partis aux armées, s'y conduisirent avec honneur.

Confondus au début dans la grande masse des combattants, ils remplirent leur devoir militaire avec courage et dévouement. Les 75 citations qui figurent à la porte de cette école, au tableau d'honneur, disent assez que ceux-là aussi et souvent d'une façon obscure et désintéressée ont été les bons ouvriers de la Victoire !

Mais surtout ceux que nous ne devons jamais oublier, ce sont nos morts, nos 65 morts, victimes glorieuses d'une civilisation qui possédait un bel idéal d'honneur, de droit, de fraternité, de justice, mais qui n'a pu le faire respecter que par la force des armes.

On ne dira jamais assez ce que nous leur devons : on a proclamé du haut des tribunes officielles, en des discours pompeux, toute la grandeur de leur malheureux destin, on s'est incliné devant leurs parents en pleurs, on a gravé leurs noms sur des monuments, c'est bien. Mais ce qu'il faut



surtout c'est que nous nous souvenions toujours qu'ils ont payé de leur vie notre liberté, notre droit de vivre, de penser sans contrainte, de créer de belles choses, d'avoir des idées généreuses et de pouvoir les exprimer librement. Il faut aussi que demain dans le puissant effort de travail que nous devons tous fournir pour que se relève le pays, le souvenir de nos morts soit pour nous dans les moments de lassitude et d'épreuve la pensée sérieuse qui stimule et exaspère nos énergies, et aussi la raison d'être de nos actes les plus désintéressés.

Ayant été chargés pendant la guerre de panser et de soigner ceux qui souffraient, les dentistes continueront leur rôle bienfaisant auprès d'un public qui a appris à les mieux connaître et à les mieux apprécier. Ils chercheront à perfectionner encore leurs méthodes et ce sera le rôle de nos sociétés scientifiques, de la Société d'odontologie et en particulier de son nouveau bureau.

## II. — OCCLUSION DE L'ARTICULATION, PAR M. GEORGES VILLAIN.

*M. G. Villain* fait une communication sur ce sujet.

### DISCUSSION.

*M. Godon.* — Après avoir entendu G. Villain, je me félicite de l'avoir prié, à la dernière séance, de faire cette communication.

Actuellement, après l'heureuse paix que nous avons enfin obtenue, le moment est venu, comme je le disais au Conseil d'administration de l'Ecole et dans nos différentes réunions, de reprendre le fonctionnement normal de notre grand Groupement de l'E. D. P. et de toutes ses annexes et particulièrement de la Société d'Odontologie de Paris.

Elle est le prolongement de l'Ecole dentaire et constitue un centre d'enseignement mutuel, où chaque confrère doit tenir à honneur plus que jamais d'apporter sa contribution, en nous communiquant tout ce qu'il peut trouver d'intéressant et de nouveau dans ses études ou sa pratique personnelles.

Nous avons eu pendant la guerre la satisfaction de constater le rôle glorieux qu'a rempli l'art dentaire dans le Service de santé militaire et auquel le Gouvernement et les membres du Parlement ont du reste rendu grandement justice au moment de la préparation et du vote de cette loi sur les officiers dentistes

dont nous nous sommes occupés. Après les édentés ce sont les mutilés, ce sont les soldats dont il a fallu réparer les blessures de la face qui ont profité des fonctions nouvelles des dentistes militaires dans le concours technique nécessaire qu'ils ont apporté au chirurgien, et c'est surtout la prothèse dentaire moderne qui a joué en cette circonstance le rôle le plus important.

Georges Villain vient, avec une science remarquable, de nous le montrer en cette séance par cette étude sur les articulateurs physiologiques. Pour le pauvre mutilé que l'on a amputé, c'est aussi par une prothèse que l'on remplace le membre absent, mais elle nous donne le même exemple que l'ancienne prothèse dentaire pratiquée sans les articulateurs physiologiques. En effet, au malheureux qui a perdu sa jambe, on a rendu un seul mouvement d'avant et d'arrière si l'on a remplacé le membre par un simple pilon. Et pourtant, cette prothèse a fait des progrès, elle aussi, et il existe maintenant des appareils reproduisant les principaux mouvements de la jambe. Eh bien, le dentiste qui construit ses dentiers avec les anciens articulateurs en plâtre ressemble au prothésiste de la jambe, qui ne rend que ce seul mouvement d'avant en arrière. Je pense que pour la prothèse dentaire en voyant les progrès qui ont été réalisés dans cette question et qui datent de 1889, de l'époque où le Dr Bonwill est venu à Paris, dans cette école, aux applaudissements unanimes des confrères présents, nous faire la démonstration de son nouvel articulateur anatomique, la prothèse dentaire est entrée dans une ère nouvelle. C'est à partir de ce moment-là que, malgré leur complication, les articulateurs physiologiques se sont répandus dans la pratique courante des prothésistes, que la prothèse dentaire a rendu à nos patients de réels services au point de vue fonctionnel, surtout depuis que les perfectionnements que vous a décrits G. Villain leur ont été apportés pour l'enregistrement et la reproduction des mouvements condyliens. Je suis bien persuadé que tous ceux qui ont passé par cette école et que le plus grand nombre des dentistes français se servent maintenant de ces articulateurs physiologiques et ont cessé d'employer l'articulateur en plâtre qui ne permettait de rendre que le mouvement de haut en bas de la mâchoire.

Il semble que les derniers appareils qui viennent de nous être présentés, tout en nous apportant une plus grande précision, paraissent un peu compliqués pour être employés dans la pratique courante. Georges Villain nous fait espérer un articulateur aussi précis et plus pratique. Nous le recevrons avec la plus grande satisfaction. Je tiens à féliciter Georges Villain de sa remarquable et très intéressante communication et, pour la com-



pléter, je demande au nouveau bureau qu'une démonstration soit faite dès la rentrée, un dimanche matin, à l'Ecole avec une présentation de tous les différents modèles d'articulateurs qui ont été faits depuis celui de Bonwill.

Il en est ainsi décidé.

M. Amoëdo. — J'ai écouté avec le plus grand intérêt la très remarquable communication de M. Villain. La revue historique des articulateurs anatomiques est des plus exactes et je suis d'autant plus qualifié pour l'apprécier que j'ai étudié cette question depuis une trentaine d'années et que je possède dans ma collection des exemplaires de presque tous les articulateurs anatomiques existant actuellement.

J'ai cependant un petit reproche à faire à M. Villain ; c'est à propos du mot *phasse*, d'origine anglaise, *path* ; je crois qu'il serait préférable de conserver les mots *trajectoire condylienne* qui correspondent à la nomenclature déjà établie dans la littérature française, pour désigner le trajet que parcourt le condyle dans les mouvements de la mastication.

Après avoir étudié tous les procédés pour l'enregistrement de ces mouvements, je me suis arrêté, comme M. Villain, à la méthode de Christensen, de Copenhague. C'est la plus simple et elle est à la portée de chacun.

Je me suis tellement familiarisé avec cette méthode, que je prends, dans la même séance, *l'occlusion*, *la distance des bords alvéolaires aux condyles*, avec l'arc facial de Snow, et *la trajectoire condylienne*. Mais, contrairement à la technique suivie par M. Villain, je me sers de la cire pour les plaques d'articulation et de deux boulettes de godiva pour mettre entre les plaques d'articulation en obligeant le patient à faire un mouvement de pronation. A l'aide de l'eau froide et de la pompe à salive, on peut agir rapidement et éviter le ramollissement des cires.

Lorsqu'on a pris ces mensurations il faut monter les modèles sur un articulateur anatomique adaptable. Je me sers du mien, qui est semblable à celui de Christensen et à celui de Snow « New Century ».

En résumé, nous sommes aujourd'hui capables de prendre de telles mensurations dans la bouche édentée d'un patient, qu'une fois reproduites sur l'articulateur, le travail du mécanicien doit être mathématique. Il ne doit plus monter les dents d'après sa fantaisie et au petit bonheur. Une fois les modèles en propre place sur les articulateurs, on a la reproduction exacte des maxillaires avec leurs mouvements et alors le montage des dents ne peut se faire que d'une façon précise. Et lorsque le dentier complet est fini, il doit aller dans la bouche absolument comme sur

l'articulateur. Lorsqu'on obtient ce résultat, ce n'est plus de l'art, c'est de la science.

A un moment donné on a beaucoup parlé de *courbe de compensation* et on l'a infligée aux patients à tort et à travers sans se soucier de l'inclinaison de la trajectoire condylienne de l'individu.

Il y a un proverbe qui dit : « Nul n'est prophète dans son pays ». Eh bien, tout dernièrement on a fait un dentier chez moi, sans tenir compte de l'état de l'articulation temporo-maxillaire. Les appareils étaient faits selon *toutes les règles de l'art* : courbe de compensation et molaires inférieures penchant du côté lingual. Sur l'articulateur les dents articulaient à merveille et dans la bouche, à l'occlusion elles étaient parfaites ; mais dans les mouvements de mastication, le haut se détachait et la mastication devenait impossible.

Lorsqu'on me montra le patient, je pus voir tout de suite que le cas ne comportait pas de courbe de compensation, ni d'inclinaison de molaires du côté lingual. En effet, une molaire inférieure restante m'avait suffi à diagnostiquer l'état de l'articulation. Elle avait la face triturante horizontale. La prise de la trajectoire condylienne confirma mon diagnostic ; les inclinaisons condyliennes étaient de  $10^{\circ}$  à  $15^{\circ}$  seulement ; l'appareil refait, sans compensation, c'est-à-dire toutes les dents dans un même plan droit, donna toute satisfaction dans la bouche.

J'ai eu un cas qui marquait  $45^{\circ}$  à gauche et  $15^{\circ}$  à droite. Je fis placer les molaires de gauche dans deux plans de compensation à  $17^{\circ}$  et du côté droit toutes les dents dans un plan droit. Portés dans la bouche, les appareils fonctionnaient aussi bien que sur l'articulateur. J'en ai fait faire la reproduction et je me ferai un devoir de vous l'apporter dans une prochaine séance.

Avant de terminer je voudrais vous dire quelques mots à propos d'un autre articulateur anatomique que je suis en train de faire construire et que j'appellerai « Simplissimus ».

L'idée de sa construction appartient au Dr Elner, de Bâle, qui tira parti d'une découverte que j'avais faite avec le professeur Poirier à la Faculté de médecine de Paris, à savoir, que la distance reliant le centre du condyle temporal au centre du condyle maxillaire était toujours la même dans tous les mouvements de la mâchoire. Je vous le présenterai aussi à une prochaine séance.

Je termine en félicitant très cordialement notre ami Villain et je me permets de l'encourager à continuer dans cette voie son enseignement à l'École dentaire de Paris pour le bien des élèves et surtout des patients.



*M. P. Martinier.* — Je tiens à féliciter notre collègue G. Villain sur le choix de sa communication et sur le remarquable exposé de son sujet. Plus que jamais la prothèse doit être à l'ordre du jour de nos travaux et la prise d'occlusion, le repérage des mouvements mandibulaires pendant le fonctionnement de la mastication méritent au plus haut point d'être cités parmi les préoccupations constantes de nos confrères. Les articulateurs physiologiques imaginés pour reproduire ces mouvements et permettre de les adapter à nos appareils sont un progrès réel, malgré qu'ils ne permettent pas encore la reproduction absolue et individuelle de chaque cas. Il faut donc chercher à vulgariser ces articulateurs et diffuser parmi nos confrères les moyens d'obtenir dans la bouche la prise d'occlusion et de l'articulation. Je ne partage malheureusement pas les illusions de M. Godon lorsqu'il nous dit que tous nos confrères font usage des articulateurs physiologiques. Je crois qu'il en est encore un grand nombre qui reculent devant les difficultés de leur adoption et de l'adaptation des appareils de ces articulateurs. C'est pourquoi je souhaite vivement que des démonstrations pratiques annoncées par MM. Villain et Amoëdo viennent s'ajouter à cette communication. Pour les dentiers complets on est souvent encore en présence de réelles difficultés pour obtenir l'occlusion et l'articulation, et je suis persuadé que beaucoup de confrères seront heureux de voir pratiquer cette opération par des confrères qui en ont la pratique courante.

*M. Ferrand.* — Les travaux de G. Villain sur l'articulation temporo-maxillaire ont retenu mon attention, ainsi que celle de mon éminent chef de service de Bordeaux, le professeur Cavalié. Au cours de nos observations nous avons été amenés à constater que les dents constituaient l'élément capital de la face autour desquelles le reste était l'accessoire. Les dents constituent dans l'articulation l'élément actif et l'articulation temporo-maxillaire l'élément passif, ce qui confirme, il me semble, la théorie soutenue par Villain que les dents, par leurs surfaces de contact seules, donnent le plan d'occlusion, tant à l'état de repos qu'à l'état cinématique.

Si donc les dents constituent cet état, il faut que les parties qui les supportent, en l'espèce, les maxillaires, soient soumises à certains rapports. En conséquence ce sont les rapports des maxillaires qu'il faut établir avant toute chose et de ces rapports doivent découler les rapports des surfaces des dents.

Des rapports des arcs dentaires tant au point de vue de leur longueur que de la distance qui doit les séparer dépend l'amplitude du mouvement du maxillaire inférieur par rapport au

maxillaire supérieur, et, par conséquent, de la position des plans des dents.

Toute conception d'un articulateur physiologique doit être basée, d'abord, à mon avis, sur la possibilité d'établir ces rapports sur cet articulateur. J'aurai l'occasion de revenir sur ces idées et j'espère vous présenter un projet d'articulateur remplissant ces conditions.

*M. Georges Villain.* — M. Amoëdo me reproche d'utiliser le mot *passé* au lieu de *trajectoire*; personnellement je préfère également le second terme que j'utilise le plus souvent. Si j'ai aujourd'hui employé le mot *passé* plus fréquemment c'est que, dans les mois qui viennent de s'écouler, au cours des 200 heures de conférences que j'ai dû faire en anglais dans les universités et sociétés américaines, je devais utiliser ce terme, puisqu'il est anglais et je dois donc dire que c'est l'habitude et non la préférence qu'il faut incriminer.

Quant à la technique de la prise de l'articulation d'après la méthode Christensen, je ne comprends pas pourquoi M. Amoëdo fait les plaques et bourrelets d'articulation en cire alors qu'il fait mordre ensuite, par ces bourrelets, un fragment de stents ou godiva; l'utilisation inverse de ces substances me semble plus rationnelle.

Des explications nécessairement succinctes de M. Ferrand je veux retenir sa promesse de nous apporter prochainement le résultat de ses recherches.

Depuis 1906 je m'applique à étudier et à enseigner les rapports des diverses parties du mécanisme dentaire humain entre elles. Une étude comparative des variations de ce mécanisme, non seulement entre les diverses races animales, mais entre les races humaines dont le mode d'alimentation est essentiellement différent, nous éclairerait singulièrement.

C'est ainsi qu'au sujet de la courbe frontale de l'arcade, constituée par l'inclinaison du plan occlusal de dehors en dedans et de haut en bas, je tiens à vous signaler une remarque que j'ai été amené à faire au musée de l'Ecole dentaire de Chicago, du Dr Black. Le Dr Bebb, qui habita longtemps la Californie, a fait don à ce musée, dont il est le conservateur, d'une collection de crânes dans un état de conservation absolument parfait. Parmi eux, existe une série de crânes d'Indiens de races et d'époques différentes; je fus étonné de remarquer chez plusieurs individus de même race que la courbe frontale était inverse de celle que nous rencontrons dans la race caucasienne.

Cette inclinaison inverse, plan occlusal dirigé de dehors en dedans, mais de bas en haut, était particulièrement marquée au



niveau de la première grosse molaire, les condyles étaient volumineux, la cavité glénoïde profonde. Ce qui m'étonna ce fut surtout de constater cette particularité sur plusieurs crânes ; j'aurais voulu rester dans ce musée pour étudier plus longuement ces crânes et tirer des conclusions précises, je n'ai pu le faire et aujourd'hui je vous signale simplement le fait.

Il est bien évident que les données que je vous ai exposées sur le mécanisme dentaire humain en 1912 ne sont pas intangibles, des modifications profondes peuvent survenir comme je vous le prouvais alors par suite d'anomalies de siège ou du nombre d'extractions anciennes, d'habitudes vicieuses, d'usure, etc. Le mécanisme s'adapte aux nouvelles conditions qui ne rompent l'équilibre que momentanément. Nous avons maintes fois constaté sur nos blessés, en procédant à la recherche de l'équilibre des fragments, la rapidité relative de la réadaptation du mécanisme dentaire aux conditions particulières créées par le traumatisme. Cette adaptation entraîne à son tour de très importantes modifications au point de vue morphologique : la forme de l'arcade, l'inclinaison de la trajectoire condylienne, le siège ou la direction des dents, leur abrasion, se modifient sous l'influence de ce nouveau mécanisme. Si, comme j'ai tenté de le démontrer, l'établissement du mécanisme dépend d'abord de la forme de la dent et tout spécialement des cuspidés, la dent, plus tard, s'adapte au mécanisme modifié par les circonstances. La particularité que je vous signalais sur les dents de ces crânes indiens provient vraisemblablement de la forme particulière d'alimentation de ces tribus, c'est là une hypothèse qu'il serait en tout cas intéressant de vérifier.

### III. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT, M. JEAY.

Mes chers confrères,

Je ne veux pas laisser passer cette dernière séance sans vous adresser quelques mots.

Je tiens d'abord à vous remercier tous, au nom de notre bureau, pour la part très active que vous avez bien voulu prendre à nos travaux pendant ces cinq longues années de guerre.

M. le Secrétaire général nous a retracé l'ensemble de ces travaux et il en ressort clairement que l'idée constante qui nous a guidés a été non seulement de maintenir l'activité scientifique de cette société, malgré des difficultés sans

nombre, mais aussi de faire l'impossible pour faire bénéficier nos blessés de guerre de tous les progrès de notre art.

Certains d'entre nous ont peut être trouvé que, pendant l'exercice de la mission que vous nous aviez confiée, nous avions un peu négligé la pratique courante de notre profession. Si vous voulez bien songer dans quelles conditions de mauvaise organisation, surtout pour les blessés de la face, le Service de santé militaire a commencé à fonctionner, si vous voulez bien vous rappeler que d'août à décembre 1914 tout était encore à créer pour cette catégorie de blessés, et que, pendant encore de longs mois après l'ordre de créer des centres spéciaux, bien des luttes s'établissaient au sujet de conceptions et de méthodes différentes, vous voudrez bien nous pardonner d'avoir eu comme préoccupation principale de chercher à éclairer du flambeau de la vérité tous nos débats et d'employer tous nos efforts pour le bien des malheureux mutilés auxquels l'expérience de notre art pouvait procurer de si grands soulagements et de si notables améliorations.

Notre programme, je le résume, a été d'appeler séparément dans cette enceinte, d'abord tous les groupes, tous les centres qui se sont occupés de prothèse maxillo-faciale ; nous les avons invités à exposer leurs méthodes, nous avons écouté celles-ci sans établir de discussions, simplement en demandant les éclaircissements nécessaires à leur bonne compréhension et c'est ainsi qu'ont passé ici les principaux centres de prothèse maxillo-faciale de Paris et de province. Puis les heures douloureuses se prolongeant, hélas ! nous avons pensé que le moment était venu de ne pas laisser plus longtemps dispersés des efforts individuels évidemment considérables. Le moment était venu, à notre sens, de réunir, de grouper toutes les initiatives pour leur permettre d'exposer largement en commun toutes les idées, toutes les méthodes différentes. Il fallait les discuter à fond, au grand jour, tous ensemble, pour qu'il puisse en ressortir des principes directifs, des méthodes bien assises, des vérités en un mot, et cela a été le Congrès de 1916.



A dater de ce moment nos préoccupations étaient moins grandes, notre tâche moins ardue. Il nous incombait bien encore d'organiser des présentations de blessés, mais des publications spéciales étaient fondées et nous pouvions lentement et progressivement retourner à nos travaux habituels.

Si l'on songe que, grâce aux efforts constants, grâce à l'initiative de notre groupement, dont en somme la Société d'Odontologie n'est que l'expression scientifique, si l'on songe qu'un des maîtres de la chirurgie de la face a pu dire ici : « Si, il faut un chirurgien et un chirurgien compétent, mais si l'on me demandait, dans ces travaux de réfection faciale, de donner un coefficient à la chirurgie et un autre coefficient à la prothèse dans le double rôle qu'elles ont à jour, je n'hésiterais pas à donner 7 à la prothèse et 3 à la chirurgie ». C'est cette vérité que nous avons voulu faire connaître. Notre bureau s'honore d'y avoir contribué et remercie hautement tous ceux qui l'ont aidé dans cette tâche. Quand bien même on pourrait à juste titre nous reprocher d'avoir négligé les questions courantes de notre profession, nous avons la conscience d'avoir obéi à une préoccupation essentielle, urgente, pour le plus grand bien de nos chers blessés, qui par la suite, nous furent confiés.

Un autre devoir s'impose. Dans la joie débordante de la Paix n'oublions pas que, si celle-ci est une paix victorieuse, c'est surtout grâce à l'héroïsme de tous ceux qui se sont battus. Des confrères, des élèves de notre Ecole, des fils de collègues et d'amis sont tombés au champ d'honneur. Je ne veux pas quitter ce fauteuil sans leur adresser un dernier souvenir ému, ainsi que l'assurance de notre profonde sympathie à leur famille.

Enfin un dernier mot.

Tout à l'heure les élections vont avoir lieu, d'autres collègues vont nous remplacer. Je tiens à leur souhaiter la bienvenue et à leur signaler une autre préoccupation d'ordre professionnel.

La Société d'Odontologie est une société scientifique ;

mais en étudiant et en lançant une question du plus haut intérêt professionnel qu'il soit, elle ne démeriterait pas et resterait encore dans son rôle.

Comme toutes les corporations, notre profession souffre actuellement du manque de mécaniciens et j'estime qu'il est de notre devoir et de notre intérêt de remédier à cet état de chose.

Depuis longtemps les chambres syndicales de la bijouterie, de l'horlogerie, des sculpteurs sur bronze... etc. préoccupées des difficultés du recrutement des apprentis et de « faire des apprentis » ont créé des écoles d'apprentissage entretenues par tous les membres corporatifs adhérant à ces chambres. Actuellement les pharmaciens viennent d'organiser une école d'apprentissage où ils dressent des manipulateurs ou des élèves en pharmacie et je sais qu'ils en obtiennent déjà le meilleur résultat.

Mes chers confrères, en toute sincérité, je crois le moment venu pour nous d'obéir à la même préoccupation et, en cédant cette place à nos nouveaux élus, je leur demande d'étudier cette question et de la mettre à leur prochain ordre du jour d'autant que la loi sur l'Enseignement professionnel concernant l'apprentissage de tous les métiers est actuellement au Sénat. Excusez-moi, mes chers confrères, d'avoir si longuement tenu votre attention et passons aux élections.

#### IV. — ÉLECTION DU BUREAU.

*Le président.* — Il va être procédé au renouvellement du Bureau, qui n'a pu avoir lieu depuis cinq ans.

Le scrutin a lieu.

*Le président.* — En conséquence de ces votes le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1919-1920 : *Président*, M. Blatter ; *Vice-présidents*, MM. G. Villain et G. Lemerle ; *Secrétaire général*, M. V. E. Miégevillie ; *Secrétaire-adjoint*, M. Ruppe.

La séance est levée à II heures.

*Le Secrétaire général,*  
R. LEMIERE.

---



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE

*Nous reproduisons ci-après l'arrêté réglementant provisoirement l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine, qui vient d'être promulgué et que nous avons annoncé dans notre numéro d'octobre aux Intérêts professionnels dans le compte rendu de la mission de MM. Blatter et Miègeville, à Strasbourg.*

#### ARRÊTÉ RELATIF A L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

Le commissaire général de la République,

Vu le décret du 21 mars 1919, relatif à l'administration de l'Alsace et de la Lorraine ;

Vu la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine ;

Vu le Code Industriel local (Gewerbeordnung) ;

Vu l'avis du Directeur général de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

Sur le rapport du Directeur de l'Intérieur et de l'Administration générale,

Arrête :

Art. 1<sup>er</sup>. — Sous réserve des exceptions prévues à l'article 3 ci-après, il est interdit à toute personne non pourvue d'un des diplômes suivants :

Docteur en médecine,

Médecin (diplôme d'approbation),

Chirurgien-Dentiste,

Dentiste diplômé (Zahnarzt),

de s'installer pour pratiquer l'art dentaire en Alsace et Lorraine.

Art. 2. — Le droit d'exercer l'art dentaire en Alsace et en Lorraine est maintenu à tout dentiste non diplômé en exercice en Alsace et Lorraine au 11 novembre 1918 ou y ayant exercé antérieurement.

Art. 3. — Par mesure transitoire, peuvent obtenir l'autorisation de s'installer pour exercer l'art dentaire en Alsace et Lorraine les dentistes non diplômés d'origine alsacienne ou lorraine ou ayant acquis la qualité de Français en exécution du traité de paix, qui auront commencé leur apprentissage avant le 11 no-

vembre 1918 et qui justifieront d'une durée d'apprentissage suffisante.

L'autorisation prévue au présent article est donnée par le Directeur des Services d'hygiène d'Alsace et de Lorraine.

Art. 4. — Toute personne exerçant l'art dentaire en Alsace et Lorraine est tenue de se faire inscrire sur les registres du Médecin de Cercle.

Pour pouvoir revendiquer le bénéfice de la mesure transitoire prévue à l'article précédent sont également tenues de se faire inscrire sur les registres du Médecin de Cercle, avant le premier janvier 1920, les personnes en cours d'apprentissage.

Art. 5. — Sera considérée comme exerçant illégalement l'art dentaire et s'exposera aux sanctions prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, toute personne ne se conformant pas aux dispositions du présent arrêté. L'usurpation, pour l'exercice de l'art dentaire, des titres énumérés à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, sera punie des peines portées à l'article 19 et 2 de la même loi.

Strasbourg, le 24 septembre 1919.

A. MILLERAND.

## L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE AU MAROC

*Nous avons publié dans notre numéro d'août dernier un décret du sultan du Maroc réglementant l'exercice de l'art dentaire dans ce pays, ainsi que la réclamation adressée à ce sujet, sur l'initiative du Bureau de l'Ecole dentaire de Paris, par la F. D. N. au Résident général et au ministre des Affaires étrangères.*

*Dans notre numéro de septembre nous avons reproduit les réponses reçues de ces deux hautes autorités par la Fédération.*

*Celle-ci nous communique aujourd'hui les deux lettres ci-dessous qui viennent de lui parvenir et qui donnent satisfaction à sa réclamation.*

OFFICE DU PROTECTORAT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
AU MAROC.

*Résidence générale de la République française au Maroc.*

Paris, le 17 octobre 1919.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir ci-joint une lettre qui



vous est destinée et que je viens de recevoir de M. le Médecin-inspecteur, Directeur général des Services de santé au Maroc.

Veuillez agréer, etc.

Signé : *Le Directeur*

*de l'Office du protectorat de la République française au Maroc.*

\*  
\* \*

Rabat, le 27 septembre 1919.

*Le médecin-inspecteur Ruotte, Directeur général du Service de santé au Maroc à Monsieur le Président de la Fédération dentaire nationale s/c de M. le Directeur de l'Office du Protectorat marocain à Paris.*

J'ai l'honneur de vous faire connaître que vos vœux sur l'exercice de la profession dentaire au Maroc ont reçu entière satisfaction.

Le Dahir du 12 avril 1916 sera modifié dans le sens suivant :

« Les chirurgiens-dentistes pourvus d'un diplôme français seront autorisés à pratiquer l'anesthésie sans le secours d'un médecin »

Signé : *Le sous-directeur.*

---

## **LOI RELATIVE A L'ORGANISATION PROVISOIRE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE APRES LA CESSATION DES HOSTILITÉS**

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. — Pendant les six mois qui suivront la date fixée pour la cessation des hostilités et, en outre, s'il y a lieu, jusqu'à l'arrêté ministériel prescrivant la reprise de l'admission des médecins civils à l'école d'application du service de santé militaire, conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, les docteurs en médecine, médecins de réserve ou de l'armée territoriale, pourront être admis dans l'armée active dans les conditions prévues pour la durée de la guerre par la loi du 21 décembre 1916, modifiée le 10 août 1917.

Art. 2. — Par dérogation à l'article 41 de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, modifiée le 7 août 1913, les

médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration du Service de santé, appartenant à la réserve de l'armée active et à l'armée territoriale, pourront, pendant les deux années qui suivront la cessation des hostilités, effectuer, sur leur demande, des stages d'instruction avec solde, dont la durée sera fixée pour chacun d'eux, d'après les besoins du service et dans la limite des crédits budgétaires.

Art. 3. — Les officiers effectuant des stages dans les conditions prévues par l'article précédent reçoivent l'avancement dans les mêmes conditions que les officiers de l'armée active, ainsi qu'il a été prévu pour la durée de la guerre par les décrets des 23 décembre 1915 et 20 octobre 1916.

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 30 octobre 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

*Le Président du Conseil, Ministre de la Guerre,*

GEORGES CLEMENCEAU.

(*Journal officiel* du 1<sup>er</sup> novembre 1919.)

---

### RÉPONSE A UNE QUESTION ÉCRITE

29.165. — M. Pressemane, député, demande à M. le Ministre des Finances si, étant donné que les hommes versés dans l'auxiliaire à la suite de blessures de guerre ou de maladies contractées dans le service, sont exonérés de la taxe de guerre, il ne faut pas entendre que les réformés temporaires ou définitifs se trouvant dans les mêmes conditions sont de même affranchis de cet impôt (Question du 27 mai 1919).

*Réponse.* — L'article 6 de la loi du 30 décembre 1916 n'assujettit à l'impôt institué par le dit article de loi que les hommes réformés avant le 1<sup>er</sup> août 1914 et non rappelés à l'activité. Il s'ensuit que ceux qui ont été placés dans la position de réforme depuis l'ouverture des hostilités, quels que soient d'ailleurs les motifs et les modalités de cette réforme, ne sont pas passibles de la taxe exceptionnelle de guerre.

(*Journal officiel* du 18 juin 1919.)



### L'AIDE CONFRATERNELLE

Notre collègue M. G. Villain a reçu de M. Beach, président de la *Preparedness League of American dentists*, qui fait une active propagande en faveur de cette œuvre d'assistance, une lettre en date du 18 septembre dernier, dont nous extrayons ce qui suit : « Notre période de vacances étant terminée, nous pourrons nous occuper de l'*Aide Confraternelle* sans interruption. Les réunions d'automne commencent et nous redoublerons d'efforts pour assurer des souscriptions à cette œuvre intéressante. Je voudrais sincèrement pouvoir y consacrer tout mon temps.

Le *Dental Cosmos* de septembre donne le chiffre actuel des sommes recueillies (2.635 dollars), auquel nous espérons en ajouter 3.000, reliquat se trouvant dans la caisse de la Ligue après règlement final. Une partie de cette somme est réclamée par le Comité d'ambulance ; mais il a été décidé d'en faire don à notre souscription franco-belge. Cela portera le total actuel à plus de 5.600 dollars. J'espère le voir bientôt atteindre 10.000 dollars et je compte que nous recueillerons plusieurs fois cette somme... »

On voit que nos confrères américains s'emploient activement à grossir les ressources de l'*Aide Confraternelle* et il y a lieu de les en remercier très chaleureusement.

Pour faciliter les rapports entre les deux organisations, la *Preparedness League* a désigné MM. Davenport, G. Villain, R. Burkart, comme délégués de cette association auprès de l'*Aide Confraternelle*.

---

## CONGRÈS DE 1920

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

*Comme on sait, les sessions de l'A. F. A. S., dont la Section d'odontologie constitue notre Congrès dentaire annuel et qui avaient été interrompues pendant la guerre, reprendront l'an prochain. Pour fêter le retour à la France de ses provinces perdues, la réunion se tiendra à Strasbourg sous la présidence de M. le Dr J. Vichot, qui adresse à tous nos confrères la circulaire suivante :*

#### Congrès de Strasbourg.

##### *Section d'Odontologie.*

Lyon, le 29 octobre 1919.

Mon cher confrère,

Au mois d'août 1914, lors du Congrès du Havre, à la veille de la guerre, les membres de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. m'ont fait le grand honneur de me confier la présidence du prochain Congrès.

Je ne me doutais pas à cette époque que j'aurais la lourde tâche de diriger les travaux de la section dans la capitale de notre chère Alsace ; cette fonction aurait été certainement mieux remplie par quelqu'un de plus autorisé et de plus qualifié que moi. Cependant vous pouvez compter que je ferai tous mes efforts pour que notre prochaine réunion soit aussi intéressante que celles qui l'ont précédée.

Le Congrès de 1915 devait se tenir à Montpellier, mais la victoire nous ayant rendu nos provinces perdues, le Conseil d'Administration de l'A. F. A. S. a décidé de l'organiser à Strasbourg en 1920.

Ce choix est particulièrement heureux, il nous fera connaître l'Alsace-Lorraine avec son charme particulier et l'hospitalité proverbiale de ses habitants.

Lors de mon dernier voyage à Strasbourg, j'ai reçu le plus chaleureux accueil de quelques confrères que j'ai pressentis en vue de la constitution d'un Comité local ; je les en remercie. Ce comité est en voie de formation, il comprendra des membres non seulement de Strasbourg, mais de toutes les autres parties



du territoire alsacien-lorrain. Tous ces confrères se font une joie de nous recevoir et de nous faire les honneurs de leur beau pays.

Pendant quatre ans et demi de guerre, tous les membres de la profession ont fait largement leur devoir, tantôt au front : les uns dans les unités combattantes où beaucoup sont tombés en héros, d'autres dans les formations sanitaires de l'avant comme médecins, stomatologistes ou dentistes militaires ; tantôt à l'intérieur, dans les différents services : Centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale, Centres de stomatologie et d'édentés ; partout le dévouement de chacun se déploya inlassablement pendant l'horrible tourmente.

De nombreux confrères se révélèrent pendant cette guerre par leur ingéniosité et leur esprit de recherche. J'espère qu'ils viendront tous au Congrès de Strasbourg, pour nous faire part de leurs travaux. La moisson doit être belle, car il n'y a pas eu de grande réunion professionnelle depuis le Congrès dentaire inter-alliés dont le succès fut si grand en 1916.

L'A. F. A. S., continuant ses traditions, a décidé que la reprise de ses assises annuelles aurait lieu à la fin de juillet. Cette date, coïncidant avec celle des vacances, nous amènera nombreux au pays des cigognes. Strasbourg, ville remarquable par son histoire, son architecture et ses souvenirs historiques, attirera beaucoup de visiteurs, de même que les champs de bataille fameux des vallées de Thann, de Massevaux, le légendaire Hartmannswillerkopf et tant d'autres points non moins célèbres le long de nos anciennes frontières des Vosges et de Lorraine. Qui de nous ne voudra visiter nos chères provinces et connaître enfin le charme tant vanté de leur accueil et de leur attachement à la France !

En dehors de la question de sentiment et de curiosité un devoir s'impose à nous : de travailler en commun, de continuer l'union nécessaire, pour montrer au monde que sur le terrain scientifique nous ne le cédon's en rien au peuple d'Outre-Rhin.

Tous au travail, mon cher confrère ; apportez-nous le résultat de vos observations et de vos recherches pour que le Congrès de 1920 porte au loin le bon renom de notre chère patrie et contribue à l'avancement de la science française.

Aussi, je vous invite instamment à venir à Strasbourg en juillet prochain ; je fais appel à votre zèle et à votre dévouement habituels pour nous apporter de nombreuses communications et démonstrations pratiques. Il faut rattraper le temps perdu ; il faut que notre Section d'Odontologie, dont la vigueur était de plus en plus grande avant la guerre, se manifeste avec une ardeur nouvelle, née de son sommeil de six ans et du désir que nous

avons tous de montrer que, si notre belle et généreuse France a été si sublime pendant la guerre, elle sait aussi être à la tête de la civilisation dans les travaux scientifiques de la paix: l'avancement des sciences pour le bien de l'humanité.

Je vous donne rendez-vous à Strasbourg et vous prie, mon cher confrère, de croire à mes meilleurs sentiments.

*Le Président : Docteur J. VICHOT.*

P.-S. — Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages (avant la guerre: réduction sur les chemins de fer, facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc...) il suffit de se faire inscrire comme membres de l'A. F. A. S.

Adresser toute demande de renseignements et d'adhésions à M. Vicat, secrétaire général de la Section d'Odontologie, 20, rue d'Algérie, à Lyon,

ou au docteur Vichot, président, 6, rue de la Barre, à Lyon, qui transmettront les demandes d'admission au Secrétariat général de l'A. F. A. S.

---

### 8<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS

Le 8<sup>e</sup> Congrès de l'Union nationale des Associations d'étudiants s'est tenu à Strasbourg du 20 au 25 novembre 1919, sous le patronage du Président de la République, la présidence d'honneur de hautes personnalités et la présidence effective du Président de l'Union nationale.

Le Congrès comprenait un comité d'honneur, un comité de patronage, le comité de patronage de l'Union nationale des Associations d'étudiants de France et un bureau d'organisation.

Il était divisé en quatre commissions: administration des Associations d'étudiants, amélioration de la vie matérielle de l'étudiant, questions universitaires, propagande et relations extérieures, avec un rapporteur général.

Le programme sommaire comportait:

Jeudi 20 novembre : Arrivée des congressistes, réception au Cercle des étudiants de Strasbourg.

Vendredi 21 : Séance d'ouverture du Congrès au Palais de l'Université.

Réunions du comité de l'Union nationale et des quatre commissions, réception des délégués officiels à la Chambre de Commerce et des congressistes à l'Hôtel de Ville, soirée théâtrale.



Samedi 22 : Inauguration de l'Université, banquet, séance solennelle du Congrès.

Dimanche 23 : Excursions facultatives, match de foot-ball, soirée théâtrale.

Lundi 24 : Réunions des quatre commissions et du comité de l'Union nationale, assemblée générale de l'Union nationale, séance du Congrès interallié d'étudiants, séance de clôture du Congrès, banquet officiel, soirée.

Mardi 25 : Réunion des délégations nationales et étrangères.

*Renseignements généraux.*

Les Compagnies de chemins de fer n'ont pu accorder de réduction.

Les adhésions (noms et adresses) devaient parvenir au Secrétaire général du Congrès, M. Schmid, 6, rue du Cercle, Strasbourg.

Une commission spéciale était chargée du logement et de l'alimentation des congressistes.

Des carnets de bons pour les fêtes, banquets, excursions et pour tous les repas étaient en vente au prix de 80 francs pour les congressistes et de 30 francs pour les délégués officiels.

La chambre se payait à part. Un certain nombre de chambres à 1 lit étaient à la disposition des congressistes au prix de 8 à 12 francs par jour. Une grande partie des congressistes ont été logés dans des dortoirs de 5 lits, spécialement aménagés par la ville et présentant toutes garanties de propreté et de confort au prix de 1 franc par lit et par jour.

M. André Quirin, 6, rue du Cercle, Strasbourg, était Commissaire général du Congrès.

---

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

### DISPENSARE MILITAIRE V. G. 88

#### Rapport technique. — Récapitulation.

Depuis le début des hostilités, jusqu'au 30 septembre 1919, l'Ecole dentaire de Paris a reçu 71.643 militaires dans ses services divers, qui ont effectué :

936.490 interventions se décomposant en 906.602 opérations diverses, 29.888 appareils

Ces travaux ont nécessité 318.911 visites.

Les chiffres respectifs pour chaque service depuis leur ouverture sont les suivants :

SERVICES	MILITAIRES SOIGNÉS	VISITES	OPÉRATIONS	APPAREILS
Services pour blessés (Dispensaire mil. V. G. 88 et hôp. divers).	4.371	84.754	112.589	5.586
Services pour militaires (malades dentaires, Dispensaire mil. V. G. 88 et services extérieurs, hôpitaux, usines, équipes volantes).	67.272	234.157	794.013	24.302
	71.643	318.911	906.602	29.888

Nombre total d'édentés appareillés au Dispensaire militaire V. G. 88 : 15.080.

Nombre de mutilés rééduqués ou en cours de rééducation à l'Ecole dentaire de Paris : 79.



## VARIA

### EN CAMPAGNE

#### Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN

Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

On commence à courir vers le major du cantonnement pour chercher des poêles, des couchettes et des paillasses. On s'organise. Le froid est intense et de gros flocons de neige commencent à tomber. Décidément, comme cantonnement de repos cela n'a rien d'agréable et nous sommes tous de mauvaise humeur.

Le village est en ruines et semble bien triste, malgré les quelques civils qui habitent dans des cabanes improvisées. Mais j'ai une surprise agréable : le fauteuil pliant que j'attendais depuis six mois vient d'arriver.

Il est solide, pratique et peu encombrant. Il a une tête mobile et le dossier peut prendre deux positions différentes. Une fois plié, le fauteuil atteint à peine 25 centimètres d'épaisseur. Le montage et le démontage se font instantanément.

Je commence à travailler. Pour voir clair, je suis obligé de garder la porte ouverte et le froid est à ce point glacial que de temps en temps je dois quitter le travail pour aller me chauffer les mains.

Quelquefois j'ai des civils et un soir je suis obligé de faire une extraction à la lueur d'une bougie. Le travail n'arrête pas du matin au soir et des militaires viennent même des villages environnants. J'ai aussi à faire des extractions à des prisonniers allemands.

Le bruit se répand que nous irons par étapes dans le secteur de *Vauquois*, où nous passerons l'hiver.

Nous sommes tous enchantés, car on a hâte de quitter ce mauvais cantonnement, où nous avons tant souffert du froid.

En effet, le 21 décembre nous faisons mouvement pour *Foucaucourt*. Malgré la neige, qui est d'ailleurs en train de fondre grâce à un soleil resplendissant, l'étape n'est pas dure.

Nous y passons une bonne nuit, sur des paillasses neuves, et nous recommençons à marcher jusqu'à *Auzéville*.

Une nuit passée au *Camp Ribouveau* et le lendemain soir, par petits détachements, nous allons en ligne. Je suis chargé de conduire le détachement de l'infirmerie. Par un beau clair de lune, nous montons la côte qui conduit à *Clermont-en-Argonne*, nous passons par *Neuvilly* et nous arrivons aux *Côtes de Forimont*. C'est là que sont notre poste de secours et le poste de commandement du colonel.

Nous sommes installés sur une colline où il n'y a jamais eu aucune habitation. Mais, comme le secteur est presque toujours resté calme il a été très bien organisé et les abris solides et confortables sont nombreux. Chaque abri est aménagé avec des couchettes, des tables, des bancs et des poêles. Il y a même l'électricité, fournie par un groupe électrique installé sur place.

Les abris sont camouflés avec goût et les nombreux escaliers qui conduisent d'un abri à l'autre donnent l'impression qu'on se trouve dans un village rustique. On jouit d'une vue magnifique et sur la plaine recouverte de neige on découvre d'un seul coup d'œil *Neuvilly*, *Clermont-en-Argonne*, *Aubréville* et *Auzéville*.

Pour la première fois, j'ai un abri souterrain, indépendant pour le cabinet dentaire. Il est agréablement aménagé avec tout le confort possible et ses parois en planches sont tapissées de carton ondulé.

L'eau seule manque. Mais les cuves en ciment, spécialement construites à cet usage, sont remplies tous les matins par des corvées d'ânes porteurs de deux pots laitiers, qui vont chercher l'eau en bas de la colline.

Comme le secteur est calme, les consultants affluent. Il en vient surtout du 38<sup>e</sup> régiment d'infanterie et de l'artillerie, car plusieurs batteries sont en position dans les environs.

Les rares rafales ennemies sont destinées surtout aux artilleurs.

Le 4 janvier 1918, je reçois l'ordre d'aller deux fois par semaine travailler au G. B. D., dépourvu momentanément de dentiste. Je redescends donc au *Camp Ribouveau* qui n'est pas loin de la ferme de *Grange-le-Comte*, où se trouve la division.

En même temps, comme le poste de secours s'est déplacé des *Côtes de Forimont* à *Brassieux*, où il y a très peu de place, le médecin-chef fait descendre avec moi tous ses malades et nous nous installons à l'infirmerie *Bischell*, dont je dois assurer la surveillance.

Nous sommes dans une baraque *Adrian* arrangée d'une façon parfaite. Les parois sont doubles et recouvertes intérieurement d'un papier d'aspect très agréable. Il y a pour les malades une grande salle avec des couchettes confortables, peintes en gris et placées avec ordre. Dans chaque couchette, une paille neuve, un sac de couchage propre et un oreiller. Au milieu de la salle



un vaste poêle en brique répand une chaleur uniforme et agréable. Il y a aussi des salles pour sous-officiers, un bureau, une salle de pansement, *un cabinet dentaire*, un lavabo, un réfectoire et un vestiaire.

Nous nous trouvons vraiment heureux là, surtout en comparant notre palais d'aujourd'hui avec toutes les baraques Adrian qui nous ont déjà servi de domicile !

Les malades mènent la bonne vie et je recommence à travailler dans mon spacieux cabinet dentaire, sans me préoccuper de la neige, qui, dehors, tombe sans cesse.

Mais, je n'ai le temps d'aller qu'une fois à la division pour donner des soins, car, le 9 janvier, je reçois l'ordre de rentrer en ligne, avec mon petit détachement.

L'état-major a encore changé de place, tout en restant dans le secteur de Vauquois, et je dois aller au *poste de secours Valmy*.

Par une épouvantable bourrasque de neige, nous traversons à pied *Auzéville, Vraincourt, Aubréville*, et nous arrivons en plein dans la *Forêt de Hesse*. Après des difficultés sans nombre, nous trouvons enfin notre poste, situé sur une crête, derrière le *Mamelon-Blanc*, qu'on aperçoit très bien, ainsi que la butte même de Vauquois.

Nous sommes en plein dans le bois tout blanc, sous son manteau de neige. Les abris sont assez confortables et solides et, comme à Forimont, nous avons l'électricité. Celui qui est destiné au cabinet dentaire est très bien éclairé, grâce à des carreaux en mica.

Depuis quelque temps l'alcool à brûler parvenant difficilement, j'avais demandé une lampe à pétrole pour faire bouillir les instruments. Justement elle vient d'arriver de sorte que rien ne me manque plus pour me mettre au travail. Nous sommes ici pour longtemps et les poilus, sachant que je peux travailler, viennent en nombre respectable. Le secteur est calme.

Un de mes malades se présentant un jour avec une bouche qui n'était pas trop malpropre, je lui dis de tâcher de se procurer une brosse à dents et de ne plus revenir dans le même état, sous peine de se voir refuser les soins dentaires.

Il revient deux jours après, avec la bouche assez bien nettoyée. Je l'en félicite et je lui demande comment il a pu se procurer aussi rapidement une brosse à dents. — C'est un camarade qui m'a prêté la sienne, me répondit-il naïvement !

Aussi, pour que cela ne se renouvelle plus, je conseille à un soldat de faire venir des produits d'hygiène buccale et de les vendre à tous les hommes que je lui enverrais. Grâce à cela, beaucoup d'hommes qui ne s'entretenaient pas les dents, parce qu'ils n'avaient pas de brosse, peuvent maintenant le faire.

Vauquois est devenu le secteur des coups de main. Il est rare qu'on ne soit pas réveillé par un bombardement intense. Mais cela ne dure généralement pas, plus d'une heure à une heure et demie. Les obus tombent devant ou derrière le poste de secours et le plus souvent nous ne sommes préoccupés que de savoir si le coup de main a réussi ou non.

Quelquefois des balles de mitrailleuses sifflent autour de nous, car les Allemands font du tir indirect.

Une fois je regardais, avec un camarade, les éclatements d'une violente rafale dirigée contre les batteries qui se trouvaient dans le ravin, lorsqu'une violente détonation me fit tressaillir. Le dernier obus tiré trop court avait éclaté à environ dix mètres de nous !

L'activité aérienne est intense et nous assistons à des combats aériens.

J'ai à soigner beaucoup d'artilleurs qui viennent des batteries de 155 court placées dans le voisinage.

Les jours sont courts et le soir nous rencontrons beaucoup de difficultés pour aller à la popote qui se trouve dans le ravin. Le sentier qui y conduit, descend une pente tortueuse et rapide, et, comme la neige a donné un aspect uniforme à toute la forêt, on n'a plus un seul point de repère, même avec une lampe électrique. Aussi, très souvent on se perd et l'on part dans une direction opposée à celle que l'on doit prendre.

Un soir, c'est une fusée éclairante envoyée par une sentinelle allemande qui m'indique que je marche dans la direction de l'ennemi.

Un autre soir cela est pire : je marche depuis un bon moment et je me rends compte que je ne suis pas dans la bonne direction. Mais je n'arrive pas à me repérer, car la nuit est absolument noire et aucune fusée n'est tirée en ligne. Je ne sais plus où je suis et je commence à m'inquiéter, car j'ai encore présente à l'esprit l'aventure dont fut victime, quelques jours avant, un cycliste allemand.

A un croisement de route, il s'était trompé de direction et arriva dans nos lignes avec sa bicyclette. Aux sommations de la sentinelle française, il s'aperçut de son erreur et voulut faire demi-tour. Mais un coup de fusil bien ajusté l'empêcha d'aller plus loin !

J'en suis là avec mes pensées, lorsque j'entends un aboiement.

Quel peut-être le chien assez audacieux pour s'aventurer ici dans les premières lignes, sinon notre chien ratier, César ? Le bruit vient de derrière. Sans hésiter je me mets à courir dans la direction des sons et bientôt je retrouve mes camarades.

Les coups de main se suivent presque quotidiennement et c'est au cours de l'une de ces affaires que nous perdons notre brave D...



Il s'était présenté parmi les premiers pour obtenir un appareil dentaire. Il avait un aspect souffreteux et présentait les symptômes de tous les malades atteints de septicémie bucco-dentaire.

L'autorisation de préparer la bouche fut demandée et obtenue peu de temps après. Les extractions, les soins des caries pénétrantes et les obturations furent bientôt terminés. Dès que la bouche fut cicatrisée, l'autorisation d'évacuer l'homme sur un centre de prothèse fut demandée. (Pendant ce temps, D..., grâce à la suppression de son infection buccale, avait repris une mine superbe).

Mais plusieurs mois se passèrent sans que la réponse arrivât. Le médecin-chef adressa une réclamation, à la suite de laquelle nous apprîmes que le dossier s'était perdu, et qu'il fallait le refaire. C'est ce que nous fîmes et nous reçûmes enfin, l'autorisation si longtemps attendue. Mais justement la 5<sup>e</sup> compagnie dont faisait partie D..., devait exécuter le jour même un coup de main. Je fis le nécessaire pour que le dossier parvienne le plus tôt possible à l'intéressé. Il parvint malheureusement trop tard. Le coup de main avait eu lieu et un seul homme manquait à l'appel : c'était D... ! Et dire que peu de temps avant, il s'était marié !

Nous occupons le même emplacement depuis plus de deux mois. C'est presque anormal.

Aussi, le 10 mars, nous fait-on retourner au poste de secours *Roland Brassieux*, toujours dans le secteur de Vauquois, mais plus à gauche. Cependant comme dans le nouveau poste, il n'y a plus de place pour le cabinet dentaire, on me laisse seul momentanément à Valmy.

Le soir même, pendant que je suis en train de lire paisiblement dans mon abri, j'entends un sifflement suivi d'un faible bruit d'éclatement. On dirait un obus à gaz. Ce premier obus est suivi de beaucoup d'autres et la butte est copieusement arrosée. Bientôt l'odeur caractéristique, qui se fait sentir de plus en plus, me confirme la présence des gaz. Je mets mon masque. Fébrilement je me précipite au dehors et je me mets à tourner le clack-on situé à une cinquantaine de mètres. Son lugubre son perçant réveille ceux qui sont plongés dans le sommeil, et bientôt le signal d'alarme est répété par un autre poste. J'entre dans ma sape.

Le bombardement dure environ deux heures et le calme revient. Je m'endors avec le masque.

(A suivre.)

## LIVRE D'OR DES DENTISTES

### CITATION A L'ORDRE DU JOUR

Nous enregistrons avec plaisir la citation suivante :

**M. Vichot (Julien)**, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe de territoriale.  
« Médecin du plus grand mérite, qui a montré en toutes circonstances un sentiment élevé du devoir. Venu au front dès le début de la guerre, a fait partie en 1915 de l'H. O. E. 3/1, qui a été cité à l'ordre du Service de santé. Atteint d'une piqûre anatomique qui a déterminé un phlegmon grave de la main, a demandé, à peine guéri, à repartir aux armées, dans un corps de troupe. Blessé par éclat d'obus, le 24 avril 1917, au cours des combats de l'Aisne, a refusé de se laisser évacuer, et a donné le plus bel exemple de courage et de dévouement sous le feu de l'ennemi. »

(Ordre n° 61, du 1<sup>er</sup> octobre 1919, du médecin-inspecteur Sabatier, chef supérieur du Service de santé du territoire de Lorraine).

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère.

---

## NÉCROLOGIE

### D<sup>r</sup> Isch Wall.

Nous apprenons la mort du D<sup>r</sup> Maxime Isch Wall, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, ancien professeur à l'Ecole des infirmiers de Bicêtre, décédé le 27 octobre.

Il était entré à l'Ecole dentaire de Paris en 1888 comme professeur de dissection et d'anatomie pratique, était devenu professeur suppléant d'anesthésie le 22 avril 1890, puis professeur de pathologie générale le 7 août 1894.

Il était professeur honoraire depuis 1897 et officier de la Légion d'honneur à titre militaire (guerre de 1914-1918).

Il a rendu de grands services à l'enseignement et ses cours étaient suivis assidûment par les élèves qui les appréciaient beaucoup.



C'est avec le plus grand regret que nous voyons disparaître si prématurément cet homme éminemment sympathique, qui était un ami pour beaucoup d'entre nous.

C'était un esprit ouvert et un homme accueillant. Ses obsèques ont eu lieu le 29 au cimetière Montparnasse.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

---

Nous apprenons la mort, à l'âge de 87 ans, de M. Prosper Fouques, chirurgien-dentiste, père de nos confrères MM. Albert, Raoul et Gaston Fouques, tous les trois membres de l'A. G. S. D. F., et grand-père de M. Roger Fouques, élève à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à nos confrères et à leurs familles nos très sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

### Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 4 novembre 1919, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Correspondance.
  - 2<sup>o</sup> Essais d'articulation intra-buccale, par M. Ruppe.
  - 3<sup>o</sup> Le stabilisateur dentaire, par M. Pierre Rosenthal.
  - 4<sup>o</sup> Importance de la première molaire permanente au point de vue de l'orthodontie, par M. James Quintero (de Lyon).
  - 5<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière.
- 

### Syndicat des chirurgiens-dentistes du Rhône et des régions voisines.

L'assemblée générale du Syndicat a eu lieu à Lyon dans les salons de Berriet et Millet, place Bellecour, 31, le 8 novembre.

Une manifestation de sympathie a été organisée par le Syndicat en l'honneur de M. Justin Godart, à cette occasion.

M. Blatter a été chargé d'y assister comme délégué de la F. D. N. et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

---

### Fédération stomatologique italienne.

La Fédération stomatologique italienne a tenu une assemblée générale extraordinaire à Milan le 26 octobre pour examiner, entre autres questions, les mesures à adopter contre l'exercice abusif de l'art dentaire.

---

### Mariage.

Le mariage de notre confrère, M. René Bannes, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Thérèse Barbara, a eu lieu dans l'intimité à Vitry-le-François, le 4 octobre 1919.

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

---



### Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris aura lieu le mardi 9 décembre 1919 à 8 h. 1/2 du soir, au Siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1<sup>o</sup> Procès-verbal de l'Assemblée générale du mardi 9 décembre 1913.

2<sup>o</sup> Correspondance.

3<sup>o</sup> Allocution du président.

4<sup>o</sup> Rapport du secrétaire général.

5<sup>o</sup> Rapport du trésorier.

6<sup>o</sup> Election des 20 membres du Conseil d'administration.

7<sup>o</sup> Les questions d'enseignement et d'hygiène dentaire.

8<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. André, Bioux, Blatter, Crocé-Spinelli, Dupontrené, Eudlitz, Fié, Geoffroy, Godon, Haloua, Miégevillle, Pillière, Roy, Solas, G. Villain, H. Villain, Wallis-Davy.

Membre décédé : M. d'Argent.

Membres démissionnaires : MM. Dreyfus, Jeay.

Nota. — Il sera procédé au vote à 10 heures.

---

### AVIS

En vue de la réimpression de l'Annuaire de la Société et des listes d'expédition de l'Odontologie, tous les membres de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de Paris, de la Seine, des Départements, des Colonies et de l'Etranger, sont instamment priés de faire connaître bien exactement leur adresse actuelle dans le plus bref délai.

---

---

# L'ODONTOLOGIE

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### MESURE DU RENDEMENT DES INSTRUMENTS ROTATIFS EN DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Par Emile HUET, de Bruxelles.

La découverte du tour à pied, en 1872, exerça sur l'art dentaire une influence capitale. Tous les praticiens adoptèrent le nouvel instrument de travail ; depuis on n'a plus vu aucun perfectionnement s'imposer d'une façon aussi universelle.

Les moteurs électriques inventés ensuite vinrent remplacer les propulseurs à pédale. D'abord assez puissants, ils diminuèrent de force en diminuant de volume et certains en arrivèrent même à être plus faibles que les tours à pied.

S'est-on jamais livré à des études comparatives au sujet des deux systèmes ? Je ne le pense pas ; il était cependant utile de savoir à quoi s'en tenir sur ce point. A l'heure actuelle on cherche à déterminer les résultats obtenus au moyen des divers outils. On en est à comparer les effets de pénétration et de résistance des fraises de différentes marques.

L'apparition toute récente de moteurs réalisant 6.000 tours à la minute m'a incité à rechercher mathématiquement les résultats obtenus dans la pratique courante par les différentes vitesses, ainsi que la façon dont le fraisage et le meulage doivent être effectués, pour rendre l'excision des tissus dentaires aussi peu pénible que possible pour le patient.



A cette fin, j'ai construit deux appareils de démonstration, l'un pour le meulage, l'autre pour le fraisage. Ces

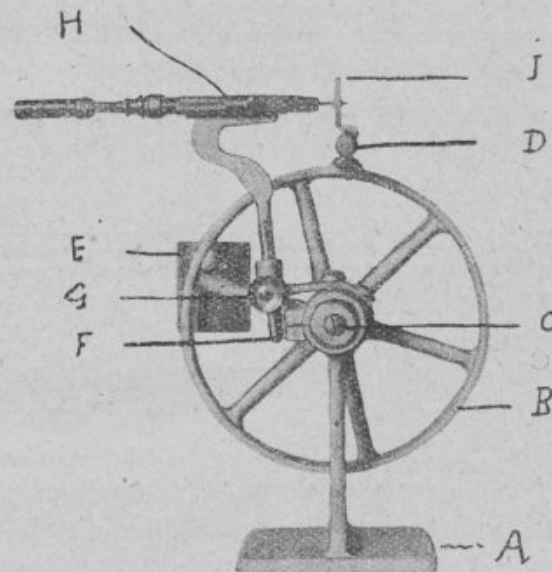


Fig. 1. — Appareil de démonstration pour meulage.

- A Bâti.
- B Roue mobile.
- C Axe.
- D Pince-attache de l'objet à meuler.
- E Boîte à contre-poids.
- F Tige supportant l'attache pour pièce à main.
- G Vis de réglage de la tige-support.
- H Pièce à main.
- I Meule.

appareils permettent de déterminer la pression, la vitesse de rotation et le temps nécessaire pour l'abrasion d'une dent naturelle ou artificielle et pour le fraisage rationnel, ainsi pour que la trépanation rapide d'une dent sensible.

#### A. — APPAREIL DE DÉMONSTRATION POUR MEULAGE.

Cet appareil se compose d'une roue mobile autour d'un axe. A une partie de la roue est fixé l'objet à meuler. Formant contre-poids, un certain nombre de rondelles en plomb règlent la pression de la dent contre la meule. Pièce à main et meule, par conséquent, sont fixées sur le bâti

même et ne peuvent se déplacer ni dans un sens ni dans un autre. Dans ce dispositif, au lieu de poser la meule contre la dent, c'est celle-ci qui vient se présenter contre la meule. Les erreurs pouvant provenir d'une pression manuelle involontaire sont ainsi évitées.

*Expériences.* — Reproduisons une série d'essais montrant les résultats auxquels un meulage bien conduit permet d'arriver.

*Pression.* — La meilleure pression pour obtenir une abrasion correcte est de 400 grammes environ.

Avec une pression plus forte, on risque d'entraîner la fracture des meulettes.

Une pression plus faible est insuffisante pour obtenir la régularité du meulage.

*Vitesse.* — 1.000 à 1.300 tours (tour à pied) <sup>1</sup>. Remarquons que, malgré la pression exercée, les meules n'ont pas un pouvoir d'abrasion suffisant pour agir sur tout le pourtour de leur surface, ce qui les fait sautiller.

2.000 tours (tour électrique). — Démarrage pénible; l'abrasion est irrégulière.

4.000 tours. — Le meulage se fait régulièrement.

6.000 tours. — Meulage sans secousse; l'abrasion devient nettement *visible* (Elimination des particules).

*Meules.* — Les meules à large surface ont évidemment une action plus étendue, mais celles à bords minces font l'excision d'une manière plus délicate.

*Chaleur.* — Dans les travaux qui nous occupent la chaleur provient du frottement plus que de la vitesse. Plus celle-ci est grande, plus l'abrasion devient visible et plus la chaleur diminue. Ce phénomène peut s'expliquer par l'élimination rapide des particules sur lesquelles le meulage s'est exercé : la masse dentaire n'a pas eu le temps de s'échauffer.

---

1. Le rapport des roues du tour à pied varie entre 10 et 13 pour 1, ce qui donne, pour 100 coups de pédale à la minute, une vitesse de 1.000 à 1.300 tours.



## B. — APPAREIL DE DÉMONSTRATION POUR FRAISAGE.

Cet appareil consiste en un bâti, sur lequel se trouve fixée à demeure la pièce à main, et d'une tige mobile amenant, devant l'outil tranchant, l'objet à fraiser.

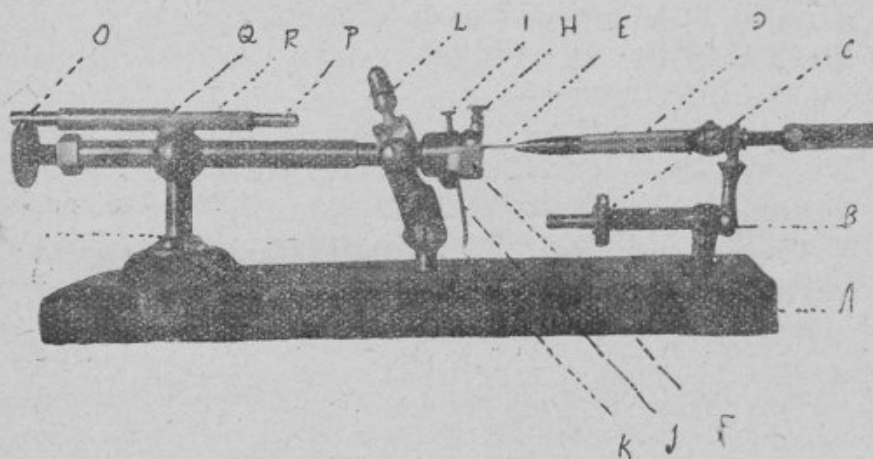


Fig. 2. — Appareil de démonstration de fraisage.

- A Bâti de l'appareil.
- B Attache réglable.
- C Vis de réglage de l'attache.
- D Pièce à main.
- E Fraise.
- F Objet à fraiser.
- H Vis d'attache pour objet à fraiser.
- I Vis d'attache pour dent à fraiser.
- J Tige-repère pour le réglage des différentes pressions.
- R Point de repère fixe.
- L Bouton de contact pour modérer la pression lors de la mise en marche.
- M Tube coulissant.
- N Tube renfermant le ressort de pression.
- O Vis de pression.
- P Tige indiquant la pression.
- Q Degrés de pression.
- R Aiguille indicatrice.
- S Support de l'appareil à coulisse.

Un ressort intérieur maintient une pression pouvant être augmentée ou diminuée par une vis de rappel; les

divers degrés en sont notés sur un tableau gradué. La pression peut être ainsi maintenue d'une façon uniforme, malgré la pénétration de la fraise dans la cavité.

Un dispositif spécial permet en outre la diminution de pression au démarrage des moteurs à vitesse réduite.

*Pression.* — Une fois la fraise munie de son mouvement de rotation, la pression exercée varie entre 500 et 1.800 grammes suivant le diamètre employé, les tissus à traverser et la force du moteur.

*Surface de contact.* — La fraise ne doit agir que sur un quart de sa surface au maximum. Lui donner une surface de contact plus grande, c'est diminuer son action coupante ; par l'emploi de toute sa surface, on amènerait un freinage qui ralentirait son action et tendrait à bloquer l'instrument.

*Substances fraisées.* — Une série d'expériences va nous donner les résultats comparatifs obtenus sur une matière homogène ; une seconde série, sur des dents extraites. Au cours du congrès, j'espère avoir l'occasion de continuer mes démonstrations sur des dents malades et vous prouver que le facteur douleur s'atténue considérablement par le fraisage effectué suivant les règles qui seront établies dans mes conclusions.

*Fraises et forets.* — La qualité des différentes marques de fraises et de forets peut également exercer une influence sur les résultats obtenus, mais dans des proportions qui ne sont passuffisantes pour qu'il soit nécessaire d'en tenir compte dans la présente démonstration. Il est pourtant indispensable d'employer des instruments non émoussés et de ne pas se servir de fraises tellement usées qu'elles en seraient arrivées à faire office de brunissoirs.

Ainsi que je l'ai dit plus haut pour les meules, il faut également pour les fraises rechercher un effet d'excision visible.

Toute rotation non accompagnée d'un enlèvement de particules dentinaires amène un travail inutile et, partant, nocif.



Pour mes expériences j'emploierai des séries de fraises neuves, d'un même calibre et d'une fabrication uniforme.

*Vitesse.* — 1.000 à 1.500 tours (tour à pied). — Fraise de deux millimètres de diamètre; pression progressivement amenée à un kilogramme.

La fraise mord péniblement; ce n'est qu'en augmentant la pression et en la prolongeant pendant quelques secondes, qu'on arrive à un résultat pratique.

2.000 tours (tour électrique). — L'excision se fait mieux, mais la pression doit être maintenue à un kilogramme au moins.

3.000 tours. — Les particules de dentine deviennent visibles, et la pression peut être réduite à 750 grammes.

4.000 tours (démarrage puissant). — Excision rapide sans effort de mise en marche; *pression réduite à 500 grammes.*

6.000 tours. — La fraise n'a plus son maximum de rendement; la vitesse — trop considérable — ne donne plus à l'instrument le temps d'agir.

*Mise en marche de la fraise.* — J'attire l'attention sur ce point, car c'est en l'observant strictement qu'on en arrivera à exciser une dent hyperesthésiée en n'occasionnant pas plus de douleur que celle produite par le contact d'une sonde délicatement maniée.

Les meilleurs résultats sont obtenus en faisant des fraisages successifs de  $\frac{2}{5}$  de seconde alternant avec des interruptions de  $\frac{3}{5}$  de seconde (dans ce dernier laps de temps est compris le temps nécessaire pour embrayer et débrayer), la fraise restant toujours en contact avec la dent.

En fraisant de la sorte une dentine sensible — au moyen d'un moteur donnant de 3 à 4.000 tours à la minute — on arrive, en comptant 10 interruptions par 10 secondes, à ne faire accomplir à la fraise, pendant ces 10 secondes, que 100 tours, d'où il résulte une moyenne d'environ 10 révolutions par coup de fraisage.

Pour arriver à ce but, il est indispensable d'employer un moteur à démarrage puissant. Les deux principaux fac-

teurs d'un fraisage indolore résident dans *une action instantanée de très courte durée* et dans *la pression réduite au minimum*.

Pour les dents dévitalisées ou anesthésiées, la période de fraisage peut être amenée à  $\frac{4}{5}$  de seconde avec des interruptions de  $\frac{3}{5}$  de seconde.

#### CONCLUSIONS.

Pour obtenir le fraisage le plus efficace, il faut :

- 1° Employer des fraises à tranchant non altéré ;
- 2° Ne mettre en contact avec les tissus dentaires que le quart, au maximum, de la surface de la fraise ;
- 3° Exercer une pression de 500 grammes au maximum ;
- 4° Se servir d'un moteur électrique à démarrage puissant et doué d'une vitesse initiale de 3 à 4.000 tours à la minute ;
- 5° Pouvoir débrayer la fraise d'une façon instantanée ;
- 6° Faire des fraisages d'une durée de  $\frac{2}{5}$  de seconde, alternant avec des interruptions de  $\frac{3}{5}$  de seconde ; on obtient ainsi une dizaine de révolutions de l'outil par seconde.

Pour les dents dévitalisées ou anesthésiées, porter le temps de fraisage à  $\frac{4}{5}$  avec interruption de  $\frac{3}{5}$  de seconde.

Pour obtenir un meulage visiblement efficace, il faut :

- 1° Un moteur réalisant une vitesse de 6.000 à 7.000 tours à la minute ;
  - 2° Des meules à bord tranchant ;
  - 3° Une pression d'environ 400 grammes.
-



## REVUE DES REVUES

### SUR LE DIAGNOSTIC DES KYSTES PARADENTAIRES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par P. JACQUES

Agrégé, chargé de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Nancy.

Au cours de la guerre, qui a multiplié les contacts entre les praticiens français et alliés, j'ai acquis la conviction que cette variété de tumeur, si commune, n'occupait pas dans les connaissances de nos confrères la place à laquelle elle doit légitimement prétendre. Et c'est ce qui m'engage, après vous avoir soumis en 1902 mes conceptions sur le traitement opératoire de ces kystes, à vous entretenir aujourd'hui de leur diagnostic.

Je crois que tout le monde est d'accord à l'heure qu'il est pour désigner sous le nom de *kystes paradentaires* les tumeurs liquides uniloculaires à contenu séreux développées dans le corps du maxillaire supérieur, attenant à la racine d'une dent cariée et ne renfermant aucun élément appartenant à une couronne.

Je dis « au maxillaire supérieur », car, n'ayant jamais observé de ces productions à la mandibule, je crois pouvoir révoquer en doute les affirmations contraires de certains auteurs et faire de cette localisation exclusive au massif facial supérieur un premier et important élément de discrimination.

Les kystes paradentaires se présentent à nous sous deux conditions : fermés et ouverts.

1<sup>o</sup> KYSTE PARADENTAIRE FERMÉ. — Arrivé au stade chirurgical de son évolution, le kyste paradentaire déforme le maxillaire à la manière d'une soufflure intéressant l'une quelconque de ses parois, et, suivant la paroi intéressée, plus ou moins accessible à l'exploration. C'est ainsi qu'à la gencive externe la voussure insolite de la joue ou de la lèvre qu'il provoque saute littéralement aux yeux. Le méplat, qui comble un côté de la voûte palatine dans les formes à évolution buccale, échappe plus souvent à l'observation. Le soulèvement du plancher nasal, si fréquent dans les kystes issus des incisives, réclame habituellement l'usage du spéculum. Quant aux formes intrahighmoriennes pures, d'ailleurs assez rares, rien ne les décèle à la vue ni à la palpation.

Les renseignements fournis par ce dernier mode d'exploration sont, d'autre part, eux aussi, très variables : parfois dure et lisse

comme une bille d'ivoire, la bosselure de la table externe cède le plus souvent à une pression un peu énergique en témoignant, par un craquement de parchemin froissé, à la fois de la nature osseuse et de la minceur relative du plan soulevé. Enfin il est tout aussi fréquent, peut-être, de trouver la partie la plus saillante de la tumeur aussi dépressible, au doigt qui l'interroge, qu'un simple abcès sous-périosté : autant de types cliniques simulant des accidents de diverse nature.

L'affection assurément la plus analogue, par sa symptomatologie extérieure comme par son mode évolutif, au kyste paradentaire fermé, déformant, sans la perforer, la table externe du maxillaire dans ses différentes parties, est la *mucocèle de l'antré d'Highmore*. Il s'agit, en effet, d'un kyste développé en plein corps du maxillaire, dans une glande de la pituitaire antrale, et distendant progressivement la coque de la mâchoire dans tous les points de moindre résistance. Notons tout de suite qu'en pareil cas la paroi la plus faible est la paroi nasale externe, région qu'impressionne à peine la tumeur odontogène née de l'infrastructure et soulevant principalement le plancher du nez et du sinus. Le kyste paradentaire, né des incisives, réduit la cavité nasale dans son diamètre vertical ; la mucocèle maxillaire l'aplatit transversalement. Mais, à côté de ces indices fournis par la rhinoscopie, nous trouvons des éléments de certitude dans l'épreuve diaphanoscopique et surtout dans les résultats de la ponction exploratrice. La transillumination intrabuccale, qui décèle par une tache claire le kyste à contenu séreux et translucide, qui évide l'apophyse alvéolaire, marque d'une tache sombre la joue qui recouvre une mucocèle, tumeur remplie d'une collection visqueuse fortement teintée, d'ordinaire, en brun verdâtre par des pigments sanguins décomposés, et si épaisse qu'elle se refuse à traverser, malgré l'aspiration la plus soutenue, le fin canal d'une aiguille à ponctions de Pravaz. Rien de plus aisé, au contraire, que de recueillir dans la petite seringue, à travers la coque parcheminée du maxillaire, quelques centimètres cubes du contenu ambré, séreux, pailleté de cholestérine, du kyste paradentaire.

Une affection moins rare peut-être que la mucocèle et qui entraîne des déformations comparables à celles des tumeurs liquides est le *sarcome*, qui affecte une certaine prédilection pour la région de l'apophyse montante et pourrait en imposer pour un kyste parti de l'incisive latérale ou de la dent de l'œil. L'intégrité de toutes les dents correspondantes (le kyste paradentaire ne se développe que sur des dents cariées), l'adhérence et la vascularisation précoce des téguments, la consistance notablement différente, l'opacité de la voussure à la diaphanoscopie et



sa transparence relative à la radioscopie, sont en général des éléments suffisants de distinction entre la tumeur maligne et les néoplasmes bénins de nature kystique. Mêmes constatations pourraient intervenir pour écarter ou retenir l'hypothèse d'un *cancer épithélial primitif* de l'antre d'Highmore. Enfin l'*ostéome* du sinus maxillaire offre à la palpation une dureté exceptionnelle, que confirmerait au besoin un essai de ponction à l'aiguille ou au trocart. Il est opaque à la diaphanoscopie et à la radioscopie.

Dans cette discussion sémiologique des tumeurs à lente évolution, je n'ai pas cru devoir faire état des signes subjectifs, tant ils sont insignifiants d'ordinaire et variables d'un sujet à l'autre, même s'il s'agit de néoplasies malignes. Il en va tout autrement si nous envisageons le diagnostic des kystes paradentaires avec les tuméfactions inflammatoires du maxillaire.

Les *collections chaudes ou froides*, développées tant à la face jugale qu'à la voûte palatine, peuvent être simulées par un kyste radiculo-dentaire à évolution buccale ou génienne, soulevant directement le revêtement muco-périosté après usure et résorption complète de la limitante osseuse refoulée. Une palpation attentive toutefois fournira, s'il s'agit d'un kyste, la sensation nette d'un rebord osseux soulevé en collerette autour de la portion dépressible, avec des lèvres amincies : constatation rendue facile, en somme, par l'absence complète d'infiltration œdémateuse de la muqueuse buccale. La saillie gingivale créée par l'infection radiculaire repose sur un empâtement des parties molles très distinct de la voussure osseuse. Pareille considération conduit au diagnostic des gommages crues ou ramollies que la *scrofule*, la *vérole*, l'*actinomyose* même, font naître parfois à la face jugale, plus fréquemment à la face palatine de l'os maxillaire supérieur. Ces maladies destructives perforent l'os sans le soulever préalablement et ne tuméfient que les parties molles. Dans le doute — d'ailleurs légitime en quelques cas — la ponction exploratrice tranchera la question. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la marche de la maladie et les réactions subjectives auront le plus souvent orienté le diagnostic.

2° KYSTE PARADENTAIRE OUVERT. — Ici ce n'est plus à une tumeur, mais à une fistule du maxillaire que nous avons affaire. L'extraction fortuite ou délibérée de la racine causale, un coup de bistouri ou de galvano dans un abcès supposé, peut-être aussi une infection suppurative accidentelle de la gencive au collet ont déterminé une effraction de la paroi du kyste et ouvert la porte aux pyogènes buccaux. Suivant le degré de virulence de ceux-ci, suivant aussi les aptitudes réactionnelles du terrain, se consti-

tue dès lors une fistule permanente ou intermittente, à produit franchement purulent et même fétide, ou bien à sécrétion séreuse simplement striée, conservant, avec quelques paillettes cholestériques, une partie des caractères originaux de la collection kystique. La fistule siège toujours à la bouche ; le plus souvent au fond d'un alvéole, fréquemment aussi à la gencive externe, beaucoup plus rarement au palais. On a parlé encore d'une fistulisation à l'antre par effraction spontanée de la cloison cystosinusienne, avec empyème maxillaire consécutif. Je n'ai jamais pu constater de destruction inflammatoire de cette lamelle osseuse qui, par un processus simultané d'usure et de reconstitution, recule, résorbée sous la pression continue de la poche néoplasique et réparée au fur et à mesure par l'action du revêtement mucopériosté de l'antre dans les kystes à évolution sinusienne. J'ai bien observé des signes d'infection atténuée de la muqueuse highmoriennne attendant au kyste, mais jamais de communication fistuleuse entre les deux cavités.

Le kyste paradentaire fistulisé donne lieu à deux confusions également communes : si le pus s'écoule par l'alvéole déshabité d'une molaire petite ou grosse, le diagnostic de *sinusite* est habituellement posé ; si le pertuis siège à la gencive, on croit à un banal *abcès dentaire chronique*. Reconnaissons d'ailleurs que la nature du pus ne saurait fournir d'indice valable en faveur de l'une ou l'autre des affections que nous avons en vue : c'est presque constamment un suintement jaune verdâtre d'une fétidité plus ou moins accusée. La manière dont se fait l'écoulement offre plus d'intérêt et le malade intervient ici utilement pour diriger les investigations du praticien. Affecté d'abcès dentaire ou de kyste suppuré, il aura reconnu de bonne heure et ne manquera pas de signaler au chirurgien qu'une pression exercée avec le doigt dans le cul-de-sac gingivo-jugal ou, éventuellement, à la voûte palatine, amène un flot salé et odorant dans la bouche, phénomène que la succion seule pourrait provoquer lorsque la sécrétion émane d'une cavité à parois rigides comme l'est l'antre du maxillaire.

Ce fait une fois noté, la distinction définitive sera obtenue par l'usage du stylet et de la seringue à irrigations. Mais auparavant la simple inspection de l'orifice fistuleux sera encore instructive : un pertuis en forme de fente virtuelle étroite, à bords à peine modifiés, dissimulé dans le cul-de-sac gingival au point de n'être appréciable qu'au moment où sourd une goutte de pus, témoigne d'une infection torpide sans participation de l'os et se rencontre habituellement dans les kystes accidentellement ouverts. Le trajet qui émane d'un foyer d'ostéite périradiculaire s'épanouit



d'ordinaire à la surface de la gencive en un bourgeon charnu polypoïde et saignant.

L'orifice repéré, introduisons-y un fin stylet boutonné. L'instrument entre-t-il sans résistance dans une large cavité sise en plein maxillaire, dont les parois unies sont partout recouvertes d'un revêtement membraneux, il s'agit d'un kyste ou d'une antrite. Glisse-t-il obliquement, pour bientôt se heurter à un obstacle dur et rugueux, ou simplement friable comme de la neige mouillée, c'est une ostéopériostite dentaire ou un foyer bacillaire ramolli.

Au stylet substituons maintenant une fine canule d'argent : le liquide injecté s'écoulera immédiatement par la narine correspondante, troublé et grumeleux, si le trajet draine le sinus. Au contraire, il refluera avec plus ou moins de peine dans la bouche, si l'instrument a pénétré dans un kyste ou dans un abcès.

Faudra-t-il encore, dans l'incertitude, en appeler ici aux méthodes de transillumination simple ou cathodique ? La diaphanoscopie n'aura, je crois, ici aucune utilité décisive. En revanche, une radiographie avantageusement exécutée, c'est-à-dire en recueillant l'image sur une pellicule intra-buccale soutenue par porte-empreinte, apportera, dans quelques cas exceptionnels, un utile appoint au diagnostic.

On le voit, rien de plus aisé en général que le diagnostic d'un kyste paradentaire pour qui a notion de l'anatomo-pathologie de ces intéressantes formations. Peut-être même suffira-t-il le plus souvent d'y penser. Et c'est pourquoi je me suis permis de revenir sur ce sujet un peu dépourvu, peut-être, d'actualité.

(*La Presse Médicale*, 19 novembre 1919.)

---

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 14 octobre 1919*

PRÉSIDENT DE M. BLATTER, PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

#### I. — CORRESPONDANCE.

*Le secrétaire général* communique : 1<sup>o</sup> des excuses de M. Sauvez et de M. Bauchesne de ne pouvoir assister à la séance.

2<sup>o</sup> Une carte de remerciements de M. le professeur Sebilleau en réponse aux félicitations qui lui ont été adressées à l'occasion de sa nomination de professeur titulaire de la chaire d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris.

3<sup>o</sup> Un manifeste des dentistes espagnols (Voir n<sup>o</sup> d'octobre).

*Le président.* — On a omis, au cours des dernières séances, l'application de l'article 10 du règlement de la Société, d'après lequel le procès-verbal de la séance précédente doit être approuvé. On devrait donc vous lire ce procès-verbal ; mais je crois que cette lecture est superflue, puisque le compte rendu des séances de mai et de juin a paru dans *L'Odontologie* de septembre. Quant à celui de juillet il paraîtra dans le numéro de novembre.

Le retard de cette publication est dû un peu aux orateurs qui ne nous ont fait parvenir leurs corrections que tardivement. Pour l'avenir, nous les prierons de nous retourner le plus rapidement possible leurs corrections, pour faire paraître en temps voulu les procès-verbaux, d'autant plus que le sténographe établit la minute de leurs observations.

Je mets donc aux voix les procès-verbaux des séances de mai et de juin.

Ces procès-verbaux sont adoptés.

#### II. — NOTE DU SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE CONCERNANT L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES MILITAIRES D'APRÈS-GUERRE : M. SAUVEZ.

*Le secrétaire général* donne lecture de la lettre suivante :

Paris, le 14 octobre 1919.

Monsieur le Président de la Société d'Odontologie,  
Je m'étais fait inscrire à l'ordre du jour de la présente séance pour



donner connaissance d'une note du sous-secrétariat d'Etat du Service de santé militaire concernant l'organisation des services dentaires d'après-guerre.

Mais cette note n'étant pas encore signée, je ne puis la communiquer actuellement à la Société d'Odontologie.

Je puis dire, toutefois, que M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire va faire prochainement un appel pressant à la bonne volonté des chirurgiens-dentistes de France redevenus civils, pour leur demander leur bonne collaboration.

La démobilisation ayant renvoyé tous les chirurgiens-dentistes dans leurs foyers et des mesures spéciales ayant été prises pour permettre aux étudiants en chirurgie dentaire de terminer leurs études, il n'y a plus suffisamment de personnel actuellement pour assurer le service des centres maxillo-faciaux, des centres d'édentés et des cabinets dentaires de garnison.

Il est presque superflu d'attirer l'attention de la profession sur la nécessité de ne pas laisser périliter toute l'organisation créée pendant la guerre, organisation qui a rendu tant de services aux soldats, fourni tant de combattants à nos armées et fait dans le pays une propagande intense pour notre spécialité.

Des conditions spéciales, beaucoup plus avantageuses que celles qui existaient jusqu'ici, seront offertes aux chirurgiens-dentistes pour rémunérer leur concours, et c'est précisément l'étude de ces conditions par la section du Contrôle financier qui retarde actuellement la circulaire dont je comptais donner connaissance ce soir.

Persuadé que cet appel à la bonne volonté des chirurgiens-dentistes de France sera entendu et qu'ils voudront bien collaborer dans les conditions qui seront prochainement indiquées avec le Service de santé militaire comme ils l'ont fait pendant toute la guerre avec tant de dévouement, je vous prie d'agréer, etc.

D<sup>r</sup> SAUVEZ.

### III. — ALLOCUTION DE M. BLATTER, PRÉSIDENT.

*Le président donne lecture de l'allocution suivante :*

Mes chers confrères,

La tradition veut que le nouveau président de cette réunion scientifique prononce une allocution en prenant possession de ses fonctions. Je respecterai cette tradition, tout en la regrettant, moins pour moi, qui me trouve amené à parler, que pour vous qui êtes obligés de m'entendre. Et tout en m'en excusant, je commencerai par vous remercier du fond du cœur de m'avoir appelé à un honneur qui devrait appartenir à un autre plus qualifié que moi, moins occupé que je ne le suis par les multiples fonctions que m'ont confiées les sociétés de notre Groupement et ayant surtout une autorité scientifique que je ne possède point.

Fort heureusement vos choix m'ont donné comme collègues au Bureau des compétences éclairées, sur le concours desquelles je suis certain de pouvoir compter et dont je leur suis reconnaissant par avance, pour assurer l'activité de cette société, qui est l'âme scientifique et professionnelle de notre Groupement et de notre journal.

Fondée en 1881, un an après l'Ecole, sous le nom *d'association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris*, la Société d'Odontologie compte aujourd'hui 39 ans d'existence. C'est elle qui alimente principalement, par les travaux qui y sont présentés et discutés, notre organe officiel *L'Odontologie*. Durant ces 39 ans combien n'a-t-elle pas provoqué de communication, des démonstrations, dont la science odontologique et l'art dentaire français peuvent s'enorgueillir ! Elle a été l'instigatrice des Congrès nationaux et internationaux et a fait naître des discussions dont a bénéficié la profession tout entière. Pendant ces 39 années combien de praticiens marquants et d'odontologistes distingués n'a-t-on pas vus diriger ses débats, depuis les Lecaunday, les Poinsoy, les Dubois, les Gillard et les Viau pendant les 13 premières années, pour arriver à MM. Francis Jean, Martinier, Papot, Lucien Lemerle, Richard-Chauvin, Sauvez, Roy, Choquet, Loup, Delair, Frey, Touvet-Fanton, Touchard, Barrié, Mendel Joseph, Godon, Heïdé et Audy, à mon prédécesseur M. Jeay, que les circonstances ont contraint à occuper ce poste depuis 1914, c'est-à-dire pendant 5 ans, dont 4 de guerre ! Et dans cette énumération de 24 noms combien la mort ne s'est-elle pas complu à faire de vides ! Huit de nos collègues ont disparu, ne laissant que des regrets parmi tous ceux qui les ont connus. Honneur à leur mémoire !

La guerre mondiale qui a bouleversé l'univers jusque dans ses fondements n'a pas arrêté l'œuvre de la Société qui, sous l'impulsion de M. Jeay, a continué ses travaux et a donné naissance au Congrès dentaire interallié de 1916, dont le succès retentissant est encore présent dans toutes les mémoires. A côté des questions purement scientifiques, théoriques, ou pratiques, elle a abordé des questions d'un ordre plus nettement professionnel, telles que la prescription des substances vénéneuses, l'impôt sur le revenu, les assurances sur les accidents du travail, et d'autres encore. Nombreuses ont été les présentations de blessés de la face et des maxillaires traités soit au Comité de secours et au dispensaire militaire de l'Ecole, soit dans des services extérieurs, par d'habiles confrères qui se sont rapidement spécialisés dans cet art si délicat.

L'œuvre de guerre de la Société a pris fin avec la guerre elle-même ; c'est maintenant à une œuvre de paix qu'elle doit se consacrer, en



continuant à agir dans le vrai sens professionnel et à contribuer au développement scientifique de l'odontologie. Le meilleur moyen d'y parvenir, c'est d'abord de reprendre régulièrement la séance mensuelle du soir pour les communications orales, en les faisant suivre, le dimanche matin d'après, d'une séance clinique, toujours si utile et si instructive pour tous. Ces cliniques ne sont-elles pas la voie la plus sûre pour vulgariser un procédé, ne constituent-elles pas le meilleur enseignement mutuel, qui a été un des principes fondamentaux de la création de l'École dentaire de Paris !

Un autre moyen tout aussi bon, c'est de faire appel aux jeunes, qui ne doivent pas attendre pour entrer dans la carrière que leurs aînés n'y soient plus. Les jeunes peuvent, tout comme les anciens, contribuer aux progrès de la dentisterie, à la diffusion dans le monde de la science odontologique française, qui doit revivre d'un nouvel éclat, comme au temps des Fauchard et des Bourdet, des Lemaire et des Gardette. Certes, il y a beaucoup à faire pour lui redonner ce lustre, parce que le progrès marche sans cesse ; mais la tâche n'est pas au-dessus des forces de la nouvelle génération. C'est du reste dans une pépinière de jeunes travailleurs, de jeunes chercheurs que pourront se recruter les futurs membres du corps enseignant de notre école, auxquels les anciens, en raison de la marche des années, doivent céder la place. A d'autres le monde, avait dit Gustave-Adolphe en tombant à Lützen. N'attendons pas de tomber pour qu'on nous donne un successeur ; sachons nous retirer à temps en passant à des mains plus vigoureuses le flambeau de la lumière scientifique pour qu'elles le raniment et le revivifient.

C'est un devoir pour quiconque appartient à un milieu scientifique, quelque rang qu'il y occupe, quelque rôle qu'il y joue, de faire part à ses confrères de tout perfectionnement, de tout progrès, de toute découverte, de toute invention dont on est l'auteur. Souvent, une chose qu'on considère comme peu digne d'être signalée, peut être la cause première, pour un autre esprit, d'une amélioration nouvelle. C'est fréquemment aussi de la collaboration, de la coopération et même du simple exposé d'idées que naissent des méthodes nouvelles. Chirurgiens-dentistes, stomatologistes, chirurgiens, médecins, mécaniciens, physiologistes, histologistes, bactériologistes, que sais-je encore ? tous peuvent apporter une pierre à l'œuvre du progrès. La science est une chaîne sans fin dont tous les anneaux se tiennent, se croisent et s'entre-croisent. L'odontologie est basée sur l'ensemble des sciences mécaniques, physiques, biologiques, médicales, chirurgicales et autres ; elle embrasse donc un champ des plus vastes, ouvert

à l'activité du spécialiste dans le domaine purement scientifique d'où toute lutte professionnelle d'influence et toute rivalité mesquine de personnes doivent être bannies. L'horizon que peut embrasser l'odontologiste amoureux de sa spécialité et s'y consacrant tout entier est immense. Pourquoi userait-il ses efforts en cabales et en conflits stériles ? Le développement et la transformation de l'art dentaire par le progrès raisonné et réfléchi, voilà quelle doit être sa directive.

L'activité scientifique a d'autant plus besoin de se manifester que le cataclysme qui a fondu sur la terre et a tout arrêté, en jetant le désarroi partout pendant 5 ans, l'a paralysée complètement. L'évolution, la marche en avant pour le bonheur de l'humanité ont été entravées durant tout ce temps et sont demeurées comme en léthargie. Leur réveil doit s'opérer à présent, mais ce sera en demandant à chacun un effort plus grand, car il appartient aux vivants de combler les vides, de réparer les brèches que la guerre meurtrière a causées et qui sont si funestes dans le monde qui cherche, dans le monde qui pense et dans celui qui travaille. Hélas ! combien d'intelligences perdues à tout jamais, fauchées en pleine floraison, auxquelles le destin n'a pas permis de voir la victoire, la gloire et la grandeur de la patrie et de participer davantage à l'évolution de leur profession. Honneur aux 98 professionnels qui ont péri en défendant le pays, salut à leur mémoire ; leurs noms resteront gravés dans le livre d'or de la profession ! A tous ces chers disparus nous devons clamer en ces jours commémoratifs et victorieux : Morts de la guerre, vous n'êtes pas les atomes du néant, vous ne serez pas des poussières d'oubli remuées par les vents du passé : vous êtes les fleurs épanouies et immortelles qui enserrent l'arbre de Paix. Gloire aux morts !

Gloire aux morts, oui, notre pensée s'envole vers eux ; mais elle se reporte aussi — spectacle moins attristant — sur les vivants, sur les vaillants confrères qui, par leur bravoure, leur belle conduite, les services qu'ils ont rendus, ont si dignement gagné les récompenses qui leur ont été décernées..... ou qu'ils attendent encore. La brillante phalange des dentistes au front s'est aussi couverte de gloire, comme le témoignent les 263 citations dont nous avons eu connaissance, et dont sont l'objet les chirurgiens-dentistes, stomatologistes, étudiants et mécaniciens, sans parler des légions d'honneur, des médailles militaires et des croix de guerre qui leur sont échues en partage. Les chaleureuses et cordiales félicitations que nous leur adressons ne sont qu'un bien maigre témoignage d'admiration confraternelle.

Mais ce n'est pas seulement des rubans et des éloges que la guerre a valus aux chirurgiens-dentistes français ; elle leur a



fait, lentement, graduellement et par étapes, une situation qui les met sur le pied d'égalité avec leurs confrères des armées étrangères et leur permet de les regarder sans rougir. Et en disant : *la guerre leur a fait*, c'est une simple tournure de langage, car, cette situation, ils se la sont faite tout seuls.

Le point de départ, vous le connaissez tous admirablement. Quand la guerre éclate et que la mobilisation a lieu le chirurgien-dentiste est dans le rang, tantôt simple soldat, caporal, sergent ou adjudant, rarement officier, dans une unité combattante, tantôt infirmier, parfois brancardier.

Sa profession est ignorée ou méconnue, le Service de santé militaire n'en veut pas : le chirurgien-dentiste n'est que gêne et embarras. Il y a bien des vétérinaires pour soigner les chevaux, mais il n'y a pas de dentistes pour soigner les hommes. Mais comme la guerre se prolonge et que les hommes, les officiers et le haut commandement souffrent des dents, on est bien forcé de recourir aux spécialistes : on crée des dentistes militaires avec le rang d'adjudant sous-officier.

Le temps marche, la guerre dure toujours, les soins aux blessés et les traitements dentaires deviennent de plus en plus nombreux, la récupération des édentés s'impose, on met des dentistes partout : dans les régiments, les automobiles, les centres de prothèse, les hôpitaux, les services d'édentés, les garnisons. Le concours de ces praticiens est de plus en plus apprécié, ils deviennent les collaborateurs des chirurgiens, leur utilité se démontre jour après jour, si bien qu'à très tardivement — mais mieux vaut tard que jamais — on reconnaît l'injustice commise à leur égard (on les avait traités en parias) et l'on se décide à leur donner rang d'officier par une loi, le 18 octobre 1918, à la veille de la fin de la guerre. Il faut dire que le ministre de la Marine, qui n'était pas lié, lui, par une parole quelque peu imprudente, donnait aux dentistes de la marine, qu'il créait au début de 1916, le rang d'officiers.

Mais, qu'ils aient été brancardiers divisionnaires, adjudants, sous-officiers ou officiers, les dentistes des armées de terre et de mer, ont contribué pour leur part à la défense nationale, ils ont largement fait leur devoir, et leurs services, ainsi d'ailleurs que ceux des mécaniciens, ont été recherchés, reconnus et hautement appréciés.

Maintenant, tout cela est du domaine de l'histoire, c'est-à-dire du passé, dont il n'y a plus à s'occuper, puisque nous n'y pouvons rien ; il faut envisager l'avenir et surtout le présent. Rendre à notre Société l'activité qui la caractérisait autrefois, redonner à nos séances l'intérêt que doit présenter une réunion de spécia-

listes aussi nombreux, mener le bon combat pour être victorieux sur le terrain de la science, comme nous l'avons été sur le théâtre de la guerre, voilà quelle doit être notre préoccupation, quelle doit être notre ambition. Mettons-nous au travail. Que chacun vienne nous apporter le fruit de ses recherches, de ses essais, de son expérience, et même de simples idées, de simples opinions, qu'il prenne part à nos réunions, à nos discussions, qu'il contribue, dans la mesure de ses moyens et dans la branche où il est le plus expert, à ériger, développer et consolider le monument de l'odontologie ; c'est là une tâche louable, stimulante et passionnante. Cela nous permettra d'élever cette science, si ancienne, à la hauteur des autres sciences qui font honneur aux savants de tous les temps et de tous les pays qui ont travaillé à les fonder, à les établir et à les étendre. Les dentistes français s'honoreront en reconquérant, dans leur art, la première place qu'ils ont occupée si longtemps et qu'avec un peu d'efforts il leur est aisé de reprendre et de garder.

Je ne veux pas terminer cette allocution, déjà bien longue cependant, ce dont je vous prie de m'excuser, sans envoyer le salut de la Société à nos confrères d'Alsace et de Lorraine, dont nous voyons, avec une joie mêlée d'émotion, la rentrée dans notre famille professionnelle française, de laquelle ils avaient été arrachés en 1871 et dont ils sont demeurés séparés pendant 48 ans. Quelques-uns d'entre eux sont déjà venus ici prendre contact avec nous ; mais un rapprochement plus complet s'est effectué il y a huit jours lors de notre mission à Strasbourg et va s'opérer au prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à la fin de juillet 1920, à Strasbourg. Nous aurons l'occasion d'y revenir ; mais je suis fermement convaincu, par avance, que cette réunion sera très nombreuse et très brillante, car chacun tiendra à cœur d'aller fouler ces belles terres d'Alsace et de Lorraine redevenues françaises et se fera un devoir et un plaisir de fraterniser avec nos nouveaux compatriotes, d'apprendre d'eux ce qu'ils savent, et de nouer des liens durables et solides, professionnels et sociaux, pour le plus grand profit de l'odontologie française. (*Vifs applaudissements.*)

IV. — LA DENT ; ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES HISTOLOGIQUES ET EMBRYOLOGIQUES, PAR M. LE PROFESSEUR RETTERER.

*Le président.* — Je vais donner la parole à M. le professeur agrégé Retterer. Avant qu'il commence sa communication, je dois être l'interprète de la Société d'Odontologie en le remer-



çant de venir nous faire part de ses travaux et d'honorer cette école de sa présence.

M. le professeur Retterer donne lecture de sa communication (insérée dans le n° de novembre).

#### DISCUSSION.

M. Frey. — Mon cher professeur Retterer, votre conférence a certainement produit sur nous tous une violente impression; vous venez de secouer, avec une énergie quasi-brutale, le faisceau de notions histologiques qui semblaient suffire à toutes nos conceptions en pathologie dentaire et qui se résumaient dans la formule : émail-ectoderme, ivoire et ciment-mésoderme.

Ne croyez pas cependant que nous jouissions jusqu'à ce jour d'une sorte de béatitude scientifique, non; dès avant la guerre, M. le professeur Prenant nous avait quelque peu troublés par son hypothèse, émise à la Société de biologie, de l'origine ectodermique de l'ivoire, soit dans sa totalité, soit dans sa moitié externe; en outre, notre si regretté Capdepon nous avait lu, à la Société de stomatologie, un mémoire sur l'éruption des dents où il nous soumettait l'hypothèse de l'origine également ectodermique du ciment.

Nous étions donc prédisposés à l'ébranlement des notions qui nous avaient été enseignées, mais non au bombardement intensif auquel vous les avez soumises ce soir.

J'avoue que vous m'avez plus qu'ébranlé: pour vous, l'organe de l'émail est un organe *prédentaire*, d'origine ectodermique, qui ne fabriquerait nullement l'émail, mais qui présiderait activement, si je vous ai bien compris, à la formation et même à l'évolution de la dent; celle-ci serait, dans sa totalité, d'origine mésodermique.

Et alors, par un retour naturel vers la pathologie dentaire — puisque je ne suis qu'un pathologue — je pense aux adamantinomes, à ces tumeurs que détermine la « folie adamantine » prolifération souvent monstrueuse de cet organe de l'émail, *organe excitateur-prédentaire*. L'adamantinome serait en quelque sorte l'illustration pathologique de votre hypothèse histologique.

Mon cher professeur Retterer, j'irai dans votre laboratoire de la Faculté voir et étudier vos préparations, et je vous remercie d'être venu au milieu de nous nous exposer vos idées si attachantes et si nouvelles.

V. — DISCUSSION DES COMMUNICATIONS SUR LA PYORRHEE ALVÉOLAIRE, FAITES A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE, LE 1<sup>er</sup> AVRIL, PAR M. MENDEL-JOSEPH, ET, LE 13 MAI, PAR M. ROY, ET PUBLIÉES DANS *L'Odontologie*.

M. Ferrand. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la com-

munication de M. Roy, parce que ses observations sont vécues. J'ai lu aussi dans *L'Odontologie* cette communication, et il m'a semblé qu'un passage avait été omis. Je n'avais pu entendre les observations et considérations sur le même sujet de M. Mendel-Joseph ; j'ai cependant suivi avec autant d'intérêt dans le même journal le compte rendu de la séance de la Société.

Je voudrais surtout poser deux ou trois questions à M. Roy.

1<sup>o</sup> En dehors des cas classiques de pyorrhée généralisée, caractéristique, diathésique, la résorption alvéolaire sénile précoce, telle qu'elle est décrite par les auteurs et en particulier par M. Roy, pourrait-elle évoluer, si les causes accidentelles faisaient défaut ? Autrement dit, cette résorption est-elle le résultat d'une altération biologique, ou d'une infection générale quelconque, d'une diathèse en un mot, dont certaines manifestations ne peuvent se réaliser que sur des alvéoles présentant un terrain propice ; ou bien n'est-elle pas le résultat d'une altération biologique locale dans certains cas, d'une infection locale dans d'autres ?

La nature du tissu osseux alvéolaire n'est-elle pas, par suite de sa forme, de sa position, de son épaisseur à un certain niveau de la racine, la cause de la résorption alvéolaire précoce ? Dans quelques cas, tels que ceux où la dent en ectopie externe présente une mince couche de tissu alvéolaire au niveau de son collet et sur la face externe de sa racine, nous observons fréquemment cette résorption chez des adolescents de 15 à 18 ans. Ne serait-ce pas seulement une altération du tissu osseux consécutive à un trouble de nutrition de cette lamelle osseuse à son extrémité ? Il me semble que chez les adénoïdiens, nous retrouvons fréquemment cette résorption alvéolaire précoce. Ne serait-ce pas le même phénomène qui se produirait au niveau des canines ? D'autre part, chez une autre catégorie de sujets à dents courtes, larges, avec tissu alvéolaire épais, nous retrouvons la même lésion ; mais, au lieu d'être localisée à une ou quelques dents, elle atteint la presque totalité des dents ; au lieu que la lésion n'intéresse généralement que la partie externe, elle intéresse presque tout le collet. Le début est mésio-distal dans ce cas ; dans l'autre, il est labial ou jugal.

Ici, je lui reconnais pour cause une altération locale du tissu osseux par dénutrition, dans le second une altération par infection à cause de la forme réceptive des tissus alvéolaires interdentaires.

2<sup>o</sup> Je voulais signaler l'emploi que j'ai préconisé depuis une dizaine d'années des eaux sulfureuses. J'ai été amené à employer ces eaux par la connexité existant entre les agents microbiens



de la gorge et ceux des gencives. Si les sulfures ont une action efficace sur les irritations de la gorge, pourquoi n'en auraient-ils pas sur celles des gencives ? Pendant les quatre mois que je passe chaque année à Pierrefonds-les-bains où se trouvent des eaux sulfureuses hydrosulfurées calciques froides — 12° — j'ai pu traiter quelques cas de pyorrhée.

Par des instillations d'eau sulfureuse tiède dans les culs-de-sac infectés, par le brossage des gencives avec ces mêmes eaux j'ai obtenu des résultats appréciables. Vous certifier que la guérison de ces lésions a été due à l'emploi des eaux sulfureuses, je ne le puis, je constate seulement que j'ai obtenu d'excellents résultats et j'avais même l'intention de poursuivre cette cure par l'aménagement d'une salle spéciale pour le traitement de la pyorrhée près de l'établissement des bains de Pierrefonds, lorsque la guerre survint. Depuis, hélas, les Allemands sont passés par là et il ne m'a guère été possible de penser au traitement de la pyorrhée, avant la restauration du logis. Et puis, la pyorrhée serait-elle la seule maladie qui n'aurait pas sa ville d'eaux ?

3° M. Roy, dans sa conférence, nous a mis en garde contre tous les dentifrices dans le traitement de la pyorrhée ; il a pros crit tous les dentifrices, poudres, pâtes, savons ou élixirs. Heureusement que sa plume n'a pas reflété toute sa pensée ; plus sage sans doute, et plus réfléchi aussi, elle s'est abstenue de faire le procès des dentifrices dans sa communication parue dans *L'Odontologie*. Toutefois, comme au cours de sa conférence, quelques regards se sont portés vers moi, comme si j'étais le protagoniste d'un emploi immodéré et irraisonné de ces préparations, je tiens à poser encore quelques questions à M. Roy sur ce sujet.

D'abord comment conçoit-il un dentifrice ou plutôt ne conçoit-il pas le dentifrice ? S'il le conçoit, le réprouve-t-il et se contente-t-il seulement, comme il le disait dans sa conférence, d'une brosse à dents et d'eau ? Ce serait mal interpréter la pensée de M. Roy, je crois, et je le sais trop observateur, trop consciencieux pour faire table rase de certaines préparations de ce genre. Où je suis d'un avis absolument opposé, c'est quand il rejette tout savon dentifrice, car, à mon avis, il n'existe pas de dentifrice digne de ce nom si ce dentifrice ne contient pas de savon. Je prétends que le dentifrice idéal est le savon, que pour le faire accepter, pour en augmenter l'action, pour en modifier les effets, on peut lui incorporer d'autres produits tels que carbonate de chaux, bicarbonate de soude, essences, antiseptiques divers, mais la propriété primordiale d'un dentifrice — je ne dis pas bon, il ne devrait pas y en avoir de mauvais — est d'être savonneux, c'est-à-dire de pouvoir dégraisser les muqueuses et les dents. Et

M. Roy l'approuve si bien que nombre de fois il a obtenu des résultats heureux par l'emploi du savon de Marseille dans le traitement des stomatites et qu'il nous l'a dit ici même dans une communication. Je n'ai, d'ailleurs, depuis, jamais traité autrement les infections buccales, j'utilise il est vrai le savon amygdalin ou savon médicinal. J'utilise même le savon pour le nettoyage des cavités dentaires et surtout des canaux.

Or dans la pyorrhée à sa période d'état surtout, il faut faire du nettoyage dans tous les coins de la bouche.

Je ne vois pas du tout comment M. Roy pourra obtenir ce résultat par l'emploi seul de la brosse à dents et de l'eau.

Je me résume en disant que, par l'étude bactériologique expérimentale, il résulte que le microbe spécifique de la pyorrhée n'est pas encore certain, que, l'étiologie paraissant encore incertaine, nous devons rester dans le domaine des hypothèses avant de classer dans la pyorrhée certaines manifestations de résorption alvéolaire précoce, qui me paraissent relever plutôt d'un état local, par suite de l'anatomie des maxillaires et des dents, que d'une diathèse générale.

En outre il est impossible d'obtenir de bons effets pour les pyorrhées à la période d'état par le traitement des eaux sulfureuses. Ce traitement pourra être interne et externe.

Enfin je suis un partisan convaincu du dentifrice, qu'on le dénomme savon, pâte ou poudre, à condition toutefois que ce dentifrice soit à base de savon. Dans la pyorrhée, plus que dans toute autre affection, l'action du dentifrice savonneux sera particulièrement efficace et je suis surpris du dédain affecté à son rencontre par M. Roy. Malgré ces quelques observations, je me permets de féliciter les deux distingués auteurs si consciencieux et dont les observations, j'en suis certain, ont été « vécues », je le répète, ils nous montrent toute l'importance qu'il faut donner à une telle question qui est encore loin d'être épuisée.

*M. G. Villain.* — Je n'ai que quelques mots à dire au sujet de la communication de M. Roy, pour confirmer deux points de son travail qui sont : d'une part, le traitement préventif qu'il préconise par le brossage des dents et, d'autre part, la question de l'ouverture d'abcès au niveau de dents vivantes, abcès que les Américains et tout particulièrement Kirk ont décrit comme abcès borgnes et dont ils recherchent l'origine dans le dépôt de calculs sériques.

Sur le premier point, je suis tout à fait d'accord avec Roy lorsqu'il dit : c'est la faute des dentistes si les gens se brossent mal les dents. Chez moi, la première chose faite à un patient comme soins, c'est de lui apprendre à se brosser les



dents : je préconise l'eau tout simplement ou avec savon simple purifié, comme dit M. Roy, et un brossage consciencieux. Je recommande cependant l'emploi de deux brosses, une pour le savonnage qui ramollit les poils des brosses; l'autre, très dure, doit être utilisée avec de l'eau seulement et avec un mouvement rotatif. Je suis sûr que je rends plus service à mes clients ainsi qu'en leur conseillant toutes sortes de pâtes et savons dentifrices.

Aujourd'hui mes convictions pourraient être ébranlées après la communication de M. le professeur Retterer, car si l'émail continue à se former sous l'action mécanique, je ne devrais pas craindre celui-ci pour les érosions que nous combattons et que je redoute. Que M. le Prof. Retterer me permette cependant d'attendre encore, car nous en voyons journellement dans la pratique et je les lui signale.

Donc sur ce point-là, tout à fait d'accord avec Roy. La pyorrhée, manifestation locale d'un état général, peut ne pas être guérie, mais nous pouvons prévenir la manifestation locale et, d'autre part, diminuer et ralentir ses dégâts par l'hygiène buccale bien comprise et suivie.

Le 2<sup>e</sup> point, l'abcès qui évolue sur un point éloigné de la poche pyorrhéique, généralement dans le vestibule, alors que le clapier est palatin, est une chose qui m'avait frappé. J'ai eu un de ces cas sur une de mes propres parentes. Cette personne avait un abcès au niveau d'une incisive centrale dans le vestibule, la dent était vivante. Je me demandais alors d'où venait cet abcès. Je fis le curetage alvéolaire; après un certain temps, l'abcès réapparut. Je me suis aperçu un jour qu'il y avait pyorrhée sur la face linguale. Les incisives inférieures en malocclusion par égression venaient faire pression sur la voûte palatine, comme l'a montré Roy. Je n'avais pas été si clairvoyant que lui et je n'avais su faire le rapprochement de la cause à l'effet.

Un jour, dans une conversation privée, Roy m'avait fait part de son observation sur un cas d'abcès borgne. Depuis, j'ai trois observations sur des cas analogues; deux de ces cas sont exactement les cas-types que Roy a signalés. Le 3<sup>e</sup> cas est sur une malade qui porte un appareil de prothèse. J'ai supprimé l'appareil à plaque de cette malade et l'ai remplacé par un appareil à bandeau. J'ai fait le traitement de la pyorrhée; le drainage a pu s'établir normalement après le retrait de la plaque palatine et il n'y a plus eu de récurrence d'abcès alors que j'avais eu deux ou trois fois récurrence chez cette personne.

Voilà ce que j'avais à vous dire : c'est la confirmation sur deux points précis des observations rapportées par Roy et c'est pour cela que j'ai cru de mon devoir de vous en entretenir.

*M. Roy.* — M. Mendel m'a téléphoné ce soir pour me prier de l'excuser auprès de la Société d'Odontologie ; il est grippé, ne peut sortir et m'a chargé de vous en faire part. Je lui ai dit combien je le regrettais, en ce qui me concerne personnellement, d'autant plus qu'il avait, m'a-t-il dit, préparé au sujet de ma communication une petite note pour en donner lecture ce soir.

M. Ferrand pense que les altérations alvéolaires sont plutôt des troubles locaux que des troubles généraux.

Or, comme je l'ai dit dans mon travail, les causes locales jouent un rôle considérable dans le développement de la pyorrhée alvéolaire, c'est un fait incontestable, mais à elles seules, elles ne pourraient jamais déterminer la pyorrhée alvéolaire si elles ne se surajoutaient pas à une cause générale, qui est la *résorption alvéolaire sénile précoce*.

Or les faits que nous a signalés M. Ferrand ne sont pas autre chose que des causes prédisposantes locales qui pourront, le cas échéant, se surajouter à la cause générale ; mais à elles seules, je le répète, ces causes locales ne sont pas susceptibles de produire la pyorrhée.

Il est certain qu'à cet égard une dent qui est en malposition, comme dans les cas de canine en dehors de l'arcade, est une dent prédisposée à la pyorrhée puisqu'elle présente déjà, de par sa malposition, de la résorption alvéolaire ; il est certain que si à cette résorption d'ordre tératologique vient s'ajouter une sénilité précoce, la pyorrhée alvéolaire se développera sur cette dent.

Je n'ai pas, volontairement, abordé la question du traitement dans ma communication, je me suis borné à exposer la question de la prophylaxie ; aussi, en ce qui concerne l'action des eaux sulfureuses, je me bornerai à dire que celles-ci, ayant une action sur les manifestations arthritiques et la pyorrhée alvéolaire étant une maladie d'origine arthritique, il est possible que ces eaux sulfureuses puissent avoir une action efficace sur cette manifestation.

En ce qui concerne l'action et l'usage des dentifrices, M. Ferrand se demande s'il s'est mépris sur ma pensée et il en profite pour faire le panégyrique des dentifrices.

Je suis désolé de ne pas pouvoir lui donner satisfaction, mais il n'y a pas, je pense, à se méprendre sur ce que j'en dis dans ma communication et je suis encore beaucoup plus, comment dirais-je... catégorique dans la 4<sup>e</sup> édition de mon manuel de thérapeutique et d'hygiène qui va paraître très prochainement et dans lequel je me rallie entièrement aux idées lumineuses développées par Miller ; je proscriis absolument tout dentifrice quel



qu'il soit, car tous les dentifrices, du seul fait qu'ils contiennent des matières usantes, sont des agents nocifs pour les dents. Il suffit d'en faire l'expérience et de voir autour de soi. Les dentistes ont tous, les jours des patients entre les mains ; qu'ils examinent soigneusement leurs dents, ils verront quels ravages, je ne crains pas de dire ce mot qui peut paraître énorme à certains d'entre vous, causent les dentifrices. Ils verront fréquemment que des gens ont usé 1 ou 2 millimètres d'épaisseur d'émail, que, chez d'autres, l'émail a complètement disparu et la dentine est largement à découvert.

L'émail des dents présentant de fines stries produites par le dentifrice se salit beaucoup plus que l'émail normal et cela s'aggrave encore quand, l'émail complètement usé, l'ivoire se trouve à découvert et c'est alors que les patients augmentent la dose de poudre, de pâte, et continuent à détruire leurs dents de plus en plus dans le but de les rendre plus propres.

Je répète que les dentifrices, du moment qu'ils contiennent des corps usants, sont de mauvais dentifrices et doivent être proscrits d'autant plus que, l'action de la brosse s'exerce sur la partie convexe de la dent, c'est-à-dire sur la partie la moins sale et ne s'exerce que très peu sur la partie concave, sur les espaces interstitiels, que ne peut atteindre la brosse. Si bien qu'on est obligé de frotter considérablement sur la partie concave et qu'on arrive à faire une surface plane des surfaces convexes.

M. Ferrand parle du savon, il dit qu'il est nécessaire de dégraisser les gencives. J'avoue que je ne partage pas son opinion. Les matières grasses, s'il en existe dans la bouche, ne résistent pas à un simple brossage avec de l'eau et chez tous mes patients que je sou mets au simple brossage avec une brosse dure et de l'eau, j'obtiens un nettoyage absolument parfait. En ce qui me concerne personnellement, M. Ferrand pourra regarder ma bouche, il verra que mes dents sont en parfait état, bien que brossées simplement avec une brosse dure et de l'eau depuis un nombre d'années qui commence à être assez notable.

M. Ferrand s'est mépris quand il dit que j'ai guéri des stomatites en faisant brosser les gencives avec du savon. J'ai guéri des stomatites ulcéreuses en les faisant brosser avec une brosse et de l'eau, pas autre chose ; une brosse dure, car seule elle est efficace.

J'insiste sur cette question du brossage puisqu'elle est capitale au point de vue pyorrhée : le brossage doit être horizontal et non pas vertical ; le brossage vertical prescrit par tant de dentistes est un mauvais brossage, car il ne permet pas le brossage de la

rainure péri-cervicale et y refoule au contraire les débris organiques qu'il devrait enlever. Or c'est essentiellement cette rainure péri-cervicale qui doit être brossée.

En résumé, il ne pourra se former de cul-de-sac pyorrhéique, manifestation qui marque le passage de la pyorrhée à la période d'état sur toute dent dont le collet gingival est journellement brossé; cette dent pourra présenter de la résorption alvéolaire sénile précoce, premier stade de la maladie, mais elle conservera néanmoins toute sa solidité et toute sa résistance même avec une dénudation cémentaire très étendue.

J'ai répondu, en parlant aussi longuement du brossage — et je n'avais pas à lui répondre — à mon ami Villain qui a confirmé ce que j'avais dit dans ma communication.

Au sujet des abcès péri-cémentaires sur dent vivante, j'ai été très heureux de montrer la pathogénie de ces abcès alvéolaires qui ont fait couler des flots d'encre, et donné l'occasion d'édifier des théories absolument extraordinaires.

L'histoire de ces abcès péri-cémentaires sur dent vivante est un des exemples qui montrent combien il faut être réservé, en matière scientifique, pour apporter des théories sur des faits que l'on observe. Il faut se méfier et être bien sûr que l'on a examiné, étudié toutes les hypothèses possibles avant de se lancer dans des théories qui peuvent être nuisibles au point de vue thérapeutique.

Ces abcès péri-cémentaires ont provoqué des théories extraordinaires à propos de leur origine alors qu'en réalité ils ressortissent, tout simplement, aux cas de pyorrhée avec un cul-de-sac persigineux qui se trouve fermé par une cause accessoire. Dans la plupart des cas, il s'agissait de malades présentant la suroccclusion et les cas de Villain confirment ce que j'ai signalé sur ce point.

Justement au moment où parlait Villain, j'inscrivais sur mes notes le mot « appareil ». C'est que justement parmi les cas que j'ai observés, j'ai un cas absolument analogue à celui qu'il indique, dans lequel le cul-de-sac, siégeant toujours à la partie linguale de la dent, était fermé par un appareil qui appuyait sur le cul-de-sac et l'empêchait de se vider par sa voie normale; ce cul-de-sac était allé s'ouvrir sur la face vestibulaire des dents.

Cela confirme ce que je disais, c'est que les abcès péri-cémentaires sur dents vivantes sont des abcès pyorrhéiques ordinaires qui se trouvent fermés par une cause accessoire, ce qui oblige le pus à aller chercher une issue autre part.

Je suis très heureux si ma communication a pu intéresser cer-



tains de mes confrères et surtout si elle peut avoir appelé leur attention sur la prophylaxie de la pyorrhée.

Le dentiste a un rôle considérable à jouer. La pyorrhée, comme je viens de vous le dire tout à l'heure, quand elle n'est pas passée à la période d'état, est relativement peu grave; avec un peu de surveillance il est très facile de la combattre et, s'il y a seulement un début de formation de cul-de-sac, on la guérit rapidement, et les patients peuvent conserver leurs dents dans d'excellentes conditions.

La pyorrhée alvéolaire à la période d'état, c'est-à-dire avec formation de cul-de-sac, devient une affection beaucoup plus grave, mais néanmoins, et je voudrais faire pénétrer cette idée chez tous nos confrères, il faut savoir que, contrairement à ce qui était passé à l'état de dogme absolu et à ce que pensaient nos ancêtres qui ne sont pas très vieux, contrairement à l'opinion que je pouvais avoir moi-même il y a 30 ans par exemple, la pyorrhée n'est pas une maladie incurable. C'est une maladie parfaitement curable : il suffit de savoir la traiter.

Malheureusement je constate, et certainement beaucoup d'entre vous ont fait la même constatation, que de nombreux patients qui sont atteints de pyorrhée tombent des nues lorsqu'on leur dit que cette maladie peut se traiter ; ils ont tous cette réflexion : « Ah ! Monsieur, il y a bien longtemps que j'ai consulté des dentistes à ce sujet-là ; ils m'ont tous dit que je perdrais toutes mes dents, qu'il faudrait les arracher et qu'on me les remplacerait. »

C'est là une idée absolument erronée et rétrograde qu'il conviendrait de réformer.

La pyorrhée alvéolaire est donc une affection curable, je ne dis pas complètement curable puisque, justement, dans mon travail, je montre qu'elle est une affection générale à marche progressive ; mais je dis que cette affection est parfaitement curable parce que, si elle est d'origine générale, les causes locales précipitent considérablement sa marche et, si l'on vient à supprimer ces causes et qu'on ne laisse plus agir que les causes générales contre lesquelles nous sommes bien moins armés malheureusement, on retarde si considérablement l'évolution de la pyorrhée alvéolaire que cela peut être considéré comme une véritable guérison de la maladie.

Je vous engage à soigner de plus en plus de pyorrhées alvéolaires car vous rendrez de grands services à vos patients. Enseignez-leur que leurs dents peuvent se conserver, même à une époque assez avancée, par des moyens divers que je vous exposerai peut-être un jour, non pas qu'ils soient ignorés, mais enfin il serait

peut-être nécessaire de donner un exposé méthodique de ce traitement de la pyorrhée. En attendant, attachez-vous à soigner les dents pyorrhéiques; apprenez aux malades à se soigner eux-mêmes par le brossage des dents; dites-leur : je vais vous mettre en état de vous guérir, mais c'est vous qui vous guérirez suivant la façon dont vous brosserez vos dents ; plus vous userez de brosses à dents, moins vous irez chez les dentistes. C'est un argument qui frappe beaucoup. Dites à vos patients que l'on mange toujours mieux sur une dent même peu solide que sur le meilleur des appareils ; attachez-vous à leur montrer l'importance de la conservation de leurs dents et ils iront plus souvent chez vous pour conserver des organes dont ils auront compris toute l'importance.

#### VI. — INCIDENTS DE LA VIE JOURNALIÈRE.

*Le président.* — Personne ne demandant la parole, l'ordre du jour se trouve épuisé. Toutefois avant de lever la séance, je reviens sur l'allocution que j'ai prononcée tout à l'heure, dans laquelle j'ai annoncé que nous allions reprendre toute l'activité de la Société : démonstrations pratiques le dimanche et communications le soir. Or, le Bureau assume une tâche très pénible : celle de se procurer des communications. Veuillez donc nous indiquer le plus tôt possible les communications que vous pourriez nous faire et vous faire inscrire pour les séances de démonstrations pratiques.

Je signale qu'en janvier il y aura à Paris une réunion amicale de la Fédération dentaire internationale, composée de délégués des pays alliés, pour envisager la ligne de conduite à suivre vis-à-vis des représentants des empires centraux et qu'à cette occasion nous ferons des démonstrations pratiques auxquelles assisteront des confrères étrangers.

Moralement vous êtes donc tenus à un effort plus grand. A l'heure actuelle tout le monde doit fournir une activité plus considérable ; nous ne devons pas rester dans la stagnation et chacun est obligé d'apporter sa collaboration à la science odontologique.

Venez donc faire des communications et des démonstrations pratiques et assurer ainsi à la Société d'Odontologie un plein succès.

La séance est levée à 11 h. 30 du soir.

*Le secrétaire général,*

V. E. MIÉGEVILLE.



## BULLETIN

---

### LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LE CONCOURS CIVIL

Nous avons publié, dans notre numéro d'avril 1919, p. 218 à 224, un décret du 20 avril modifiant le règlement sur le Service de santé militaire et suivi d'une *Instruction sur l'emploi des dentistes civils pour les corps de troupe et les hôpitaux militaires*, ainsi que d'un modèle-type de convention entre ces praticiens et l'autorité militaire.

Déjà, le 10 février, le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, par une circulaire que nous reproduisons ci-après<sup>1</sup>, avait donné aux directeurs du Service de santé de toutes les régions des instructions pour le maintien et le fonctionnement après guerre des services de stomatologie créés le 9 juin 1916.

Un nouveau pas vient d'être fait dans cette voie.

Le 23 octobre écoulé, une seconde circulaire du sous-secrétaire d'Etat à ces directeurs (que nous reproduisons également plus loin<sup>2</sup>) rappelle que ces Services doivent subsister après la guerre et en précise le fonctionnement, *qui doit être assuré avec le concours des chirurgiens-dentistes civils* auxquels il est fait appel. Des conditions très offrables sont proposées à ces spécialistes.

Nous estimons qu'il est du devoir de nos confrères de les accepter. Un léger retour sur le passé leur en montrera la nécessité.

Lorsque la guerre éclata, les chirurgiens-dentistes étaient dans le rang, confondus avec les hommes des unités combattantes et autres, auxquelles ils appartenaient ou dans lesquelles ils étaient incorporés, sans fonctions et sans spécialité. Avec la prolongation des hostilités, sous la

---

1. V. p. 563.

2. V. p. 560.

pression des événements et des besoins en hommes, et aussi, il faut bien le dire, à la suite d'interventions et démarches répétées de nos groupements professionnels, les services de stomatologie militaire, qui n'existaient, au début, qu'à l'état rudimentaire, s'organisent, se développent et se multiplient. Le concours actif, intelligent et dévoué, apporté dans ces formations nouvelles par les chirurgiens-dentistes qui y sont appelés, est apprécié, reconnu et, le 26 février 1916, un décret crée les dentistes de l'armée de terre avec le grade d'adjudant.

Trois jours après, le 1<sup>er</sup> mars 1916, décret créant les dentistes de la marine en les assimilant aux médecins auxiliaires.

Le 2 décembre de la même année, un décret confère aux dentistes de la marine le titre de médecin auxiliaire, c'est-à-dire le rang d'officier.

Le 28 mars 1918, dépôt à la Chambre des députés du projet de loi créant des officiers dentistes, qui est adopté le 5 juillet. Le Sénat vote, à son tour, le 8 octobre, le projet, qui devient une loi, promulguée le 18 du même mois.

Un décret du 11 janvier 1919 a établi les catégories de dentistes militaires et depuis, en trois promotions, il a été nommé 88 dentistes de deuxième classe de réserve (dans l'armée de terre).

Actuellement, par suite de la démobilisation, il ne reste plus dans l'armée active de dentistes militaires, puisqu'il n'y en avait point avant la guerre et que les nominations n'ont pu porter que sur des réservistes. Or, il importe que l'organisation dentaire ne disparaisse pas et que les militaires de l'active puissent trouver pour les maladies des dents des soins analogues à ceux qui leur sont donnés pour les autres maladies.

Il est impossible à l'Etat de se soustraire à l'engagement qu'il a pris de soigner et d'appareiller pendant leur vie les mutilés de la face et des maxillaires ; or, il ne peut le faire qu'avec le concours des chirurgiens-dentistes civils pour les centres maxillo-faciaux.



Il serait déplorable qu'un Français de 20 ans fût exempté, réformé ou versé dans le service auxiliaire pour une cause dentaire quelconque et exclu des unités combattantes. Or, la conservation de ces unités n'est possible qu'avec le concours des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes civils pour les centres d'édentés.

Enfin, il est nécessaire qu'il subsiste au moins un cabinet dentaire de garnison dans chaque chef-lieu de département et dans les places les plus importantes pour assurer les soins dentaires aux hommes sous les drapeaux. Cela n'est actuellement possible qu'avec le concours des praticiens civils.

Etant donné que le décret de février 1916 et la loi d'octobre 1918 créant les dentistes militaires ne s'appliquent qu'au cadre de complément, l'armée ne possède plus en ce moment de dentistes militaires.

Tous les chirurgiens-dentistes sont démobilisés, car les classes actuellement sous les drapeaux sont constituées d'éléments trop jeunes pour comprendre des chirurgiens-dentistes diplômés.

Il ne reste donc disponibles pour assurer les services dentaires de l'armée que des étudiants, ceux-ci d'ailleurs sont en nombre fort restreint en raison du ralentissement que la guerre a engendré dans le recrutement des étudiants pendant les années scolaires 1914 à 1919.

Par un sentiment que nous ne saurions trop louer, étant donné qu'ils étaient appelés au cours des hostilités, ces étudiants n'ont pas, lors de leur incorporation, adressé la demande de mise en sursis prévue par la loi militaire de 1913. Le noble sentiment qui les a guidés se retourne maintenant contre eux, car la mise en sursis est refusée à tous ceux qui n'en ont pas fait la demande avant leur incorporation ; de plus, une circulaire autorisant la mise en sursis des étudiants en médecine, pharmacie ou art vétérinaire, omet les étudiants en chirurgie dentaire.

Nous demandons que cette omission soit réparée et nous ne pensons pas qu'on puisse refuser à nos étudiants cette

mesure d'équité ; mais, au lendemain de leur mise en sursis l'armée sera privée du concours des seuls et rares éléments militaires dont elle dispose et qui en tout état de cause ne devraient être utilisés que comme assistants.

Certes, nous désirons voir se créer un corps dentaire dans le cadre d'active du Service de santé, nous voulons que ce corps jouisse d'une certaine autonomie et qu'il ait les mêmes prérogatives à l'avancement que les corps spéciaux, médecins, pharmaciens ou vétérinaires. Nous nous efforçons actuellement d'obtenir satisfaction. Nous savons cependant qu'il nous faudra quelque temps encore étant donné qu'une nouvelle loi est nécessaire, la réglementation actuelle ne créant des officiers dentistes que dans le cadre de complément et limitant leur grade à ceux d'adjudant, sous-lieutenant et lieutenant.

En attendant que les dentistes militaires de l'active soient créés, que les étudiants en chirurgie dentaire soient, par le jeu des sursis et la reprise normale des études, incorporés en nombre suffisant après être diplômés pour faire leur service militaire, que l'organisation de l'appel des réservistes chirurgiens-dentistes soit enfin établie pour permettre d'assurer d'une manière satisfaisante et permanente les services dentaires militaires, *il est indispensable, dans l'intérêt national et l'intérêt professionnel qui se confondent, que les chirurgiens dentistes civils répondent à l'appel qui est fait à leur science, à leur conscience et à leur dévouement.*

Les améliorations successives que les chirurgiens-dentistes ont obtenues dans leur situation légale, universitaire ou militaire, ont été acquises moins par les démarches que par l'exemple d'abnégation personnelle, de dévouement à la cause commune, d'organisation et d'initiative professionnelles dont ils ont fait preuve depuis 40 ans. Nous faisons aujourd'hui appel à ces mêmes sentiments afin que nos confrères nous fournissent ainsi les moyens les plus efficaces de faire aboutir nos revendications, pour que, en un mot, ils légitiment les démarches que nous poursuivons.



Nos classes d'appelés comprenant environ 200.000 hommes par an, il y aura, en 10 ans, dans le pays, si cette organisation peut fonctionner grâce au concours civil, 2.000.000 d'hommes de 20 à 30 ans qui sauront qu'on peut calmer très rapidement les douleurs d'origine dentaire, faire une extraction sans douleur par l'anesthésie locale, enfin remplacer par la prothèse les dents disparues.

Ces 2.000.000, joints aux millions de mobilisés qui ont déjà bénéficié de l'organisation dentaire militaire, formant la presque totalité des électeurs, seront donc les premiers à apprécier non seulement l'utilité, mais encore la nécessité absolue d'organiser ou d'améliorer l'hygiène dentaire publique, dans les écoles, dans l'armée, dans les agglomérations, dans les usines, etc. ; ils seront des propagandistes actifs et convaincus. Toute notre spécialité en bénéficiera, et, avec elle, la nation tout entière.

Conformément aux vues précédentes nous avons toujours pensé que chaque confrère devait consacrer à la profession une demi-journée par semaine, selon ses aptitudes, ses goûts ou ses possibilités ; chacun de nous accordait ce temps à l'enseignement, au dispensaire, à la propagation de l'hygiène nous demandons d'y ajouter aujourd'hui : à l'armée.

Celle-ci, d'ailleurs, offre d'indemniser les services des dentistes civils d'une manière appréciable, si nous comparons ces indemnités à celles allouées aux médecins civils employés par l'armée dans les mêmes conditions.

Il est juste de dire qu'on demande au dentiste un travail effectif (cinq opérations définitives par périodes de 2 heures) et que, de cette exigence, découle logiquement la différence signalée.

Les honoraires alloués aux médecins civils employés par l'armée tous les matins sont de 300 francs par mois. Or, ceux qui sont offerts aux chirurgiens-dentistes peuvent atteindre le double.

La dépêche ministérielle spécifie, en effet, que toute heure supplémentaire sera payée au taux de l'heure nor-

male. La rétribution pour six séances de 2 heures par semaine étant de 300 francs par mois, un service journalier de 4 heures par jour — de 8 heures à midi par exemple — donnera droit à une indemnité mensuelle de 600 francs, soit une base d'appointements mensuels de 1.200 francs si le dentiste était employé la journée entière (8 heures).

Cette dépêche ministérielle prouve encore qu'un revirement s'est opéré au Service de santé et qu'on semble vouloir enfin tenir compte des compétences. Il est en effet stipulé que le choix du praticien devra être fait en *tenant le plus grand compte de la valeur technique*. Les propositions devront parvenir au Service de santé en mentionnant les titres et en premier lieu celui de *chirurgien-dentiste*.

Aux termes d'une circulaire précédente, 10 février 1919, un centre d'édentés doit être maintenu par région; le chef de ce centre d'édentés, chef également du cabinet dentaire de garnison régional et prenant le titre de chef du service central de stomatologie de la région, doit être un chirurgien-dentiste. La dernière circulaire, 23 octobre 1919, fait mieux, elle stipule que l'*adjoint technique*, qui doit être désigné par chaque région comme conseiller technique de stomatologie de directeur du Service de santé *sous l'autorité duquel il est placé*, est choisi parmi les *médecins stomatologistes ou les chirurgiens-dentistes* EXPÉRIMENTÉS qui, civils, auront accepté les conditions de collaboration avec l'armée.

Ainsi donc, ces circulaires renferment les éléments qui nous permettent de veiller à ce que le chirurgien-dentiste soit placé là où ses aptitudes le désignent. Lentement, mais sûrement, nous nous acheminons vers la situation légitime que nous ambitionnons, que nos confrères ont acquise dans nombre de pays étrangers et que nous ne méritons pas moins en France. Dans ces conditions nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur l'importance et l'intérêt qu'il y a pour la profession tout entière à ce que ses membres acceptent les offres du Service de santé militaire.



Les chirurgiens-dentistes pendant la guerre se sont montrés dignes de la reconnaissance du pays ; c'est pourquoi l'Administration de la Guerre, celle de la Marine et le Parlement ont pris successivement des mesures améliorant leur situation militaire.

Ces mesures d'amélioration furent prises tardivement et surtout par trop incomplètement, elles n'empêchèrent pas cette injustice qui plaça si souvent les chirurgiens-dentistes, initiateurs et créateurs des services dentaires de l'armée à tous les échelons, sous l'autorité d'un docteur en médecine incompetent qui avait acquis ses grades comme médecin et non comme dentiste et qui souvent, hélas ! spécialiste de la veille, l'était pour les besoins de sa cause.

Par leur dévouement et, disons-le, par leur abnégation devant l'injustice dont ils furent victimes, les dentistes militaires ont justifié non seulement les mesures d'amélioration de leur situation militaire acquise pendant la guerre, ainsi que celles prévues par la dernière circulaire publiée plus loin, plaçant un chirurgien-dentiste comme chef du centre d'édentés et permettant de choisir un chirurgien-dentiste comme adjoint technique au directeur du Service de santé régional, mais aussi celles que nous voulons obtenir pour l'avenir : mêmes autonomie et prérogatives que toutes les autres branches spéciales du Service de santé.

Redevenus civils, nous devons continuer le rôle actif et méritoire que notre profession a joué pendant la guerre par devoir patriotique et professionnel, afin de permettre à nos organisations professionnelles de poursuivre leur action jusqu'à complète satisfaction de nos revendications équitables.

Georges VILLAIN.

---

### Circulaire fixant l'organisation des services de stomatologie et d'édentés dans l'armée avec le concours des dentistes civils

Une circulaire en date du 23 octobre 1919 (n° 3783, 8-5/7), adressée par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé aux Directeurs du Service de santé des Régions, fixe l'organisation des services de stomatologie avec le concours civil, ainsi qu'il suit, en donnant les directives au sujet des centres d'édentés et des cabinets dentaires de garnison qui doivent exister dans chacune des régions du territoire.

#### I

L'organisation des services de stomatologie militaires créés par l'Instruction 8.119-3/7 du 9 juin 1916 doit persister après la guerre.

Par suite de la démobilisation il ne reste dans l'armée aucun dentiste militaire. De même le nombre des mécaniciens-dentistes expérimentés est de plus en plus réduit. Il est donc nécessaire de faire appel au concours des chirurgiens-dentistes civils, ainsi qu'aux mécaniciens-dentistes civils pour assurer le fonctionnement des services jusqu'à ce qu'il soit possible de le faire par les ressources de l'armée active, lorsque celle-ci possédera un nombre suffisant de chirurgiens-dentistes diplômés.

#### II

##### CONDITIONS ACCORDÉES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES CIVILS.

Il est fait appel au concours des médecins stomatologistes et des chirurgiens-dentistes civils dans les conditions suivantes :

800 fr. par mois pour 6 séances de 2 heures par semaine.

200 fr.	—	4	—	—	—
100 fr.	—	2	—	—	—

et proportionnellement pour les heures supplémentaires.

Pendant une séance de 2 heures ces spécialistes devront fournir une moyenne de 5 traitements définitifs (extractions avec anesthésie locale, nettoyages, obturations).

En aucun cas le médecin stomatologiste ou le chirurgien-dentiste ne pourra se faire remplacer par un opérateur non diplômé sans contrevenir à la loi du 30 novembre 1892.

Vous voudrez bien vous efforcer de recruter le personnel nécessaire au fonctionnement des services de stomatologie de votre région, tel qu'il est défini par la présente dépêche, en tenant le plus grand compte de la valeur technique et en faisant appel à la bonne volonté des spécialistes.

Je vous prie de m'adresser les propositions relatives aux collaborateurs qui acceptent les conditions proposées en me fournissant pour chacun les indications suivantes :

Nom — prénoms — âge — diplôme de chirurgien-dentiste ? — diplôme de docteur en médecine ? — date et origine du diplôme — titres



scientifiques ou hospitaliers — a été mobilisé ? — avec quel grade et quelles fonctions ?

Si l'importance d'une place justifiait une consultation journalière, il sera préférable de demander le concours de 3 dentistes venant deux fois par semaine afin que le service ne soit pas arrêté par l'indisponibilité de l'un d'eux.

Dès que vos propositions me seront parvenues et que vous aurez reçu leur approbation, vous serez autorisé à établir des conventions avec les chirurgiens-dentistes agréés, suivant le modèle-type de convention indiqué par l'Instruction du 21 avril 1919<sup>1</sup>, sur l'emploi des médecins, pharmaciens et dentistes civils, en spécifiant sur l'engagement les prescriptions indiquées plus haut (5 traitements définitifs par séance de 2 heures ; interdiction de se faire remplacer par un opérateur non diplômé).

### III

#### CONDITIONS ACCORDÉES AUX MÉCANICIENS-DENTISTES CIVILS.

Pour les mécaniciens-dentistes civils qui pourront être affectés à raison de 1 par centre d'édentés, je vous autorise à traiter à raison de 600 à 800 francs au plus par mois avec ces ouvriers d'art, qui devront être présents tous les jours au laboratoire, dimanches exceptés, à raison de 8 heures par jour.

Le mécanicien-dentiste civil devra être agréé par le chef du centre ; il devra être choisi assez expérimenté et sérieux pour être chargé, sous la responsabilité du chef, de la direction technique et de la surveillance générale du laboratoire de prothèse, au point de vue du personnel et du matériel.

Les autres mécaniciens-dentistes nécessaires au fonctionnement du centre seront recrutés parmi les militaires de l'armée active suivant les indications de la D. M. 3.283-3/7 du 25 février 1918<sup>2</sup>.

### IV

#### FONCTIONNEMENT DES CENTRES D'ÉDENTÉS RÉGIONAUX.

La D. M. 6.402, B. 5/7 du 10 février 1919<sup>3</sup> indique les conditions dans lesquelles doivent fonctionner les centres d'édentés régionaux au point de vue du siège, des locaux, du personnel et du matériel.

L'administration de ces centres, l'établissement des divers états et la justification des appareils livrés se feront selon l'Instruction 6.119-3/7, du 9 juin 1916.

En aucun cas les appareils de prothèse pour édentés ne pourront être fabriqués d'après un tarif à la pièce.

*Aucun appareil de prothèse dentaire pour édentés et aucune réparation ne pourront être exécutés dans les centres d'édentés militaires*

1. V. *Odontologie* du 30 mai 1919, p. 221 à 224.

2. V. *Odontologie* du 30 mars 1918, p. 142.

3. V. *Odontologie* du présent n°, page 563.

*ni pour les civils ni pour les édentés démobilisés qui auront été munis d'un appareil de prothèse dentaire pendant leur mobilisation.*

Seuls pourront être appareillés les édentés porteurs d'un bon régulier d'attribution d'appareil de prothèse qui leur aura été remis avant leur démobilisation.

Il y a nécessité absolue de munir au plus vite d'appareils ces édentés actuellement démobilisés qui sont rentrés dans la vie civile avant d'être appareillés et qui réclament instamment les appareils promis par l'Etat et auxquels ils ont droit.

Les blessés de guerre maxillo-faciaux porteurs d'appareils devront être adressés, s'il y a lieu, aux centres maxillo-faciaux correspondant à leur région.

#### *Fonctionnement des cabinets dentaires de garnison.*

La D. M. du 10 février 1919 indique également les conditions dans lesquelles doivent être installés les cabinets dentaires de garnison régionaux au point de vue des locaux du personnel et de la tenue des livres réglementaires. Il est rappelé qu'aucun travail de luxe ne pourra être exécuté dans ces formations.

En dehors du cabinet dentaire de garnison régional qui doit, avec le centre d'édentés, constituer le service central de stomatologie de la région, un certain nombre de cabinets dentaires de garnison devront être installés dans la région à raison de 5 à 6 au plus, particulièrement dans les préfectures et dans les places comprenant un effectif de troupes assez considérable.

Vous voudrez bien désigner les villes dans lesquelles il y aura lieu d'assurer le fonctionnement de ces formations en tenant compte de la D. M. du 10 février, et indiquer le nombre de jours de consultations par semaine qu'il paraîtra nécessaire de fixer pour chaque formation.

### V

#### ADJOINT TECHNIQUE DE STOMATOLOGIE RÉGIONAL.

Un adjoint technique de stomatologie, choisi parmi les médecins stomatologistes ou les chirurgiens-dentistes expérimentés ayant accepté les présentes conditions et au sujet desquels vous m'aurez adressé des propositions, sera désigné pour chaque région par mon Administration centrale.

Cet adjoint technique doit être considéré comme le conseiller technique de stomatologie du directeur du Service de santé sous l'autorité duquel il est placé. Il doit être domicilié dans la Place où se trouve le Service central de stomatologie de la Région.

Il doit prendre connaissance des rapports des cabinets dentaires de garnison et vérifier si le nombre des obturations et des opérations effectuées dans ces formations est conforme aux instructions ; il doit visiter ces formations pour s'assurer du bon fonctionnement du service et de la tenue des livres réglementaires deux fois par an au minimum.

Il doit m'adresser s/c du directeur du Service de santé de la région



le rapport prescrit par l'instruction 8.119-3/7 auquel seront jointes les observations relatives au fonctionnement du service.

Des inspections seront faites par l'Administration centrale pour examiner le fonctionnement du service.

Vous voudrez bien faire toute diligence pour assurer dans ces conditions l'organisation du Centre d'édentés et des cabinets dentaires de garnison de votre Région et, en m'adressant les propositions relatives au personnel civil, me rendre compte de la situation actuelle et de vos projets au sujet des services de stomatologie de votre Région.

Louis MOURIER.

**Extrait de la circulaire du 10 février 1919 concernant  
l'organisation des services de stomatologie dans l'armée.**

Une circulaire du 10 février 1919 adressée par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire aux directeurs du Service de santé des régions sous le n° 6.402-B-5/7, précise *l'organisation des services de stomatologie* en ces termes :

L'organisation des services de stomatologie créés par l'Instruction n° 8.119-5/7 du 9 juin 1916 est destinée dans son principe à subsister après la guerre.

A) Les centres maxillo-faciaux seront réduits à 6 pour l'ensemble du territoire ; à chacun d'eux correspondra un ressort médical comprenant un certain nombre de régions, déterminé conformément au tableau ci-après :

Lille, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> régions.

Paris, G. M. P., 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> régions.

Lyon, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 21<sup>e</sup>.

Marseille, 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> régions et colonies correspondantes.

Bordeaux, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 17<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> régions et colonies correspondantes.

Alger, 19<sup>e</sup> région et Afrique du Nord.

B) Un centre d'édentés subsistera dans chaque région.

C) Des cabinets dentaires de garnison devront être maintenus dans toutes les places où l'effectif des troupes en justifiera l'existence.

Le centre d'édentés régional sera organisé ainsi :

1<sup>o</sup> *Siège* : au chef-lieu de la région, dans des bâtiments militaires.

2<sup>o</sup> *Locaux* : au minimum 3 pièces très claires, l'une de grandeur moyenne pour la prise des empreintes et la livraison des appareils ; la 2<sup>e</sup> assez grande pour le laboratoire de prothèse ; la 3<sup>e</sup>, moyenne, devant servir à la fois de bureau pour le médecin-chef et le personnel administratif.

Ces locaux doivent posséder l'eau, le gaz et, si possible, l'électricité ; ils doivent pouvoir être chauffés et éclairés.

3<sup>o</sup> *Personnel* : 2 dentistes militaires, l'un devant être chef de service lorsque les médecins stomatologistes chefs de service auront été mobilisés ; 1 sous-officier comptable faisant fonctions d'officier d'administration ;

Un nombre variable de mécaniciens-dentistes.

1 infirmier d'exploitation, 1 infirmier secrétaire.

4<sup>o</sup> *Matériel* : le matériel qui existe actuellement est suffisant.

Ces centres seront pourvus du nécessaire comme outillage ou matériel de consommation par demandes régulières.

Un cabinet dentaire de garnison, muni de tout l'outillage nécessaire, devra être installé à côté du centre d'édentés et communiquer avec lui ; les pièces devront être très claires et posséder également l'eau, le gaz, si possible l'électricité, ainsi que les moyens de chauffage et d'éclairage.

Le personnel comprendra 1 dentiste militaire ou 1 chirurgien-dentiste et 1 infirmier d'exploitation.



L'ensemble du centre d'édentés et du cabinet dentaire régional prendra le nom de *Service central de stomatologie de la région* et sera placé sous l'autorité du chef du centre d'édentés.

Les documents indiqués par l'Instruction 8.119-3/7 devront être tenus régulièrement et aucun travail de luxe ne devra être effectué dans ces formations strictement réservées aux militaires.

En dehors du cabinet dentaire faisant partie de service central de stomatologie régional, des cabinets dentaires de garnison devront être installés dans chaque ville de préfecture des départements constituant la région et dans les places comprenant un effectif de troupes assez considérable. Le nombre des cabinets dentaires de garnison devra être diminué autant que possible. Ils seront supprimés dans toutes les villes ne possédant pas de corps de troupe en temps de paix.

Chaque fois qu'il sera possible les dentistes militaires ou les chirurgiens-dentistes devront assurer le service des places voisines, à raison de 1, 2 ou 3 visites par semaine, suivant l'importance des formations. Des ordres de transport devront leur être délivrés à ce sujet.

Les cabinets dentaires destinés à subsister devront être installés dans des bâtiments militaires, si possible à l'hôpital militaire, sinon à l'hospice mixte, à l'infirmerie de garnison ou à l'infirmerie du corps le plus important de la place.

Il est donc indiqué de transférer dès maintenant dans ces locaux les cabinets dentaires de garnison situés actuellement dans les formations complémentaires qui ne doivent pas être conservées après la démobilisation.

.....

Louis MOURIER.

#### *Modèle-type de convention.*

Nous croyons inutile de reproduire ici le modèle-type de convention, qui a été publié, p. 223 et 224 de *L'Odontologie* du 30 mai 1919.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### CONCOURS POUR L'ADMISSION D'UN DENTISTE TITULAIRE ET D'UN DENTISTE-ADJOINT

Aux Hospices civils d'Orléans.

L'Administration des Hospices civils d'Orléans donne avis que le *samedi 24* et le *dimanche 25 janvier 1920, à 9 heures du matin*, un concours aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris, pour une place de Dentiste titulaire et une place de Dentiste-Adjoint desdits Hospices.

#### CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS.

- 1<sup>o</sup> Etre français et jouir de ses droits civils et politiques.
- 2<sup>o</sup> Etre âgé de 25 ans au moins. (Les candidats reçus titulaires et adjoints devront s'engager à résider à Orléans).
- 3<sup>o</sup> Posséder le diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine française, ou celui de docteur en médecine d'une Faculté française.
- 4<sup>o</sup> Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualité et travaux et l'engagement de se conformer aux obligations inhérentes aux postes qui font l'objet du concours.

#### JURY DU CONCOURS.

Le jury du concours sera composé de quatre membres :  
Un membre de la Commission Administrative des Hospices d'Orléans ;  
Trois professeurs de l'Ecole dentaire de Paris désignés par cette Ecole.

#### ÉPREUVE DU CONCOURS.

Le concours comprend :

- |   |           |
|---|-----------|
| 1 <sup>o</sup> Une épreuve sur titres qui compte pour | 30 points |
| 2 <sup>o</sup> Une épreuve écrite.....                | 30 points |
| 3 <sup>o</sup> Une épreuve clinique.....              | 20 points |
| 4 <sup>o</sup> Une épreuve pratique.....              | 30 points |

En dehors de l'épreuve sur titres qui est obligatoirement jugée dans la première séance, l'ordre des autres épreuves est laissé au choix du Jury.



*1<sup>o</sup> Épreuve sur titres.*

Il pourra être attribué aux candidats un certain nombre de points sur titres ; le maximum en est fixé à 30 points :

Diplôme de chirurgien-dentiste.....	5 points
Diplôme de docteur en médecine.....	5 points
Travaux scientifiques, maximum.....	10 points
Titres dentaires, postes occupés dans une école dentaire, un service hospitalier, etc., maximum.....	10 points

Les points attribués de ce chef aux candidats sont fixés dans la première réunion du Jury ; ils ne comptent que pour le classement définitif des candidats en vue des nominations à effectuer.

*2<sup>o</sup> Épreuve écrite.*

Cette épreuve consiste en une composition écrite sans l'aide de livres ou de notes sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire, tiré au sort parmi trois questions fixées au début de l'épreuve par le Jury.

Il est accordé deux heures pour cette composition.

*3<sup>o</sup> Épreuve clinique.*

Examen d'un malade atteint d'une affection dentaire et exposé oral du résultat de l'examen.

Chaque candidat aura vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion et un quart d'heure pour son exposé.

*4<sup>o</sup> Épreuve pratique.*

Exécution de deux opérations de chirurgie dentaire ou de dentisterie opératoire sur le malade. Le candidat fera un exposé oral au cours de son opération. Seuls les fauteuils, tours et davieres seront mis à la disposition des candidats qui devront pour cette épreuve se munir des instruments nécessaires. Cette épreuve a une durée maxima d'une heure pour chaque candidat.

**CLASSEMENT DES CANDIDATS.**

Le classement des candidats sera fait d'après la totalisation du nombre des points obtenus aux diverses épreuves, dont le maximum est de 110 points.

Ne pourront être nommés que les candidats ayant obtenu au moins les deux tiers du maximum des points pour l'ensemble des trois épreuves écrite, clinique et pratique, dont le maximum est de 80 points.

Toutefois l'obtention de ce minimum ne donne pas droit à la nomination qui sera faite d'après le classement des candidats. Pour celui-ci, les points sur titres seront ajoutés aux points obtenus dans les trois autres épreuves.

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de points sera nommé *dentiste titulaire*, celui qui viendra immédiatement après *dentiste adjoint*, à condition qu'ils remplissent l'un et l'autre les conditions stipulées au paragraphe précédent.

Il sera accordé au dentiste titulaire une indemnité annuelle de 800 francs, et au dentiste-adjoint une indemnité annuelle de 400 francs.

Les candidats devront se faire inscrire au Bureau du secrétaire général de l'Administration des Hospices d'Orléans, y déposer leur diplôme et leurs titres scientifiques, leur acte de naissance, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le Maire de leur résidence.

Le registre sera clos le 9 janvier 1920, à cinq heures.

Orléans, le 1<sup>er</sup> décembre 1919.

*Les Membres de la Commission administrative:*

MARCHÉ, vice-président ; BIGOTTEAU-LEROY ; Docteur  
HALMAGRAND ; VIVET ; BOURGENOT ; BRÉDIF.

---

## EXONÉRATIONS CONSENTIES AUX DÉMOBILISÉS

La Société du Gaz de Paris exonère des droits afférents aux frais spéciaux (branchements, location de compteurs, etc.) tous les mobilisés pendant la période d'inoccupation de leur local.

La Compagnie parisienne de distribution d'électricité exonère de 50 0/0 pour les droits équivalents les mêmes intéressés.

Pour bénéficier de ces exonérations adresser une demande au bureau de l'arrondissement, pour le gaz, et au bureau du secteur, dont on dépend, pour l'électricité.

Les droits perçus indûment sont remboursés.

---



## NOUVELLES

### Association générale syndicale des dentistes de France

L'assemblée générale annuelle de l'Association générale syndicale des dentistes de France aura lieu le dimanche 18 janvier 1920, à 9 heures du matin, au siège de la Société, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Correspondance.
- 2<sup>o</sup> Procès-verbal de l'assemblée générale du 18 janvier 1914.
- 3<sup>o</sup> Rapport du secrétaire général.
- 4<sup>o</sup> Rapport du trésorier.
- 5<sup>o</sup> Rapport de l'administrateur-gérant du journal *L'Odontologie*.
- 6<sup>o</sup> Election pour le renouvellement total du Conseil d'administration (16 membres pour Paris, 16 membres pour la province).
- 7<sup>o</sup> Orientation professionnelle : a) Le doctorat en chirurgie dentaire.  
b) L'hygiène dentaire scolaire.  
c) L'exercice illégal.
- 8<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

*NOTA. — Le vote aura lieu à 10 heures précises.*

### RENOUVELLEMENT TOTAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### *Membres sortants rééligibles.*

PARIS	PROVINCE
1 Bioux.	1 Audy (Senlis).
2 Blatter.	2 F. Audy (Senlis).
3 Cernéa.	3 Boudy (Belfort).
4 Crocé-Spinelli.	4 Bouillant (L'Isle-Adam).
5 Debray Albert.	5 Brodhurst (Le Vésinet).
6 Devoucoux.	6 Caron (Nantes).
7 Dupontreué.	7 Drain (St-Quentin).
8 Fouques.	8 Duncombe (Caen).
9 Lalement.	9 Gouthière (Nemours).
10 Miégevillle (V. E.).	10 Hautefeuille (Sannois).
11 Rollin.	11 Jouard (St-Cloud).
12 Roy.	12 Mouton (Châtellerauld).

13 G. Viau.  
14 H. Villain.

Décédé : d'Argent.

Démissionnaire : Dreyfus.

13 Pierret (Dijon).  
14 Pont (Lyon).  
15 Vasserot (Saint-Germain-en-Laye).

Membre honoraire : Thuillier (Rouen).

---

### Fédération dentaire nationale (F. D. N.)

Le Comité exécutif de la Fédération dentaire nationale se réunira le dimanche 25 janvier 1920, à 9 heures du matin, 45, rue La Tour-d'Auvergne.

L'assemblée ordinaire statutaire aura lieu fin avril ; la date en sera ultérieurement fixée.

---

### Société d'Odontologie de Paris

La Société d'Odontologie de Paris se réunira le samedi 10 janvier 1920, à 8 h. 1/2 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Correspondance.
- 2<sup>o</sup> L'évolution clinique des kystes dentaires, par M. le professeur Sebileau.
- 3<sup>o</sup> Sur la métallurgie appliquée à l'art dentaire, par M. Bennejeant.
- 4<sup>o</sup> Communication de M. Vichot (de Lyon), président de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S., au sujet du Congrès de Strasbourg de 1920.
- 5<sup>o</sup> Incidents de la pratique journalière.

\* \* \*

Une séance de démonstrations pratiques aura lieu à l'École dentaire de Paris le dimanche 11 janvier 1920, à 9 heures du matin, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Extraction de dent de sagesse incluse par fraisage alvéolaire, par M. Frey.
- 2<sup>o</sup> Présentation de malades et opérations de stomatologie, par M. Maurice Roy.



3° Application de quelques données scientifiques au meulage et au fraisage des dents, par M. Huet (Bruxelles).

4° Alliages légers d'aluminium : leurs applications en art dentaire, par M. Bennejeant (Clermont-Ferrand).

5° Le stabilisateur dentaire, par M. Rosenthal (Paris).

6° Traitement de l'hyperesthésie dentinaire par l'analgésie au protoxyde d'azote et oxygène, par C. Guebel.

7° Application de l'occlusal, par M. Ruppe.

8° a) Méthode Rubbrecht pour les fractures de la mâchoire.

b) Méthode Lourie pour l'élargissement du rebord alvéolaire au moyen du fil lingual.

c) Appareil de rétention Hawley.

d) Quelques cas de redressement, par M. Anema.

9° Mise en pratique des coiffes d'émail armé (Méthode et procédés Cournand), par MM. Cournand et Coutif.

Un déjeuner amical aura lieu à l'issue de cette séance.

\* \* \*

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 2 décembre 1919, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance.

2° Sur la structure et l'origine du cément et cortical osseux des dents de l'homme et du chien, par M. le professeur agrégé Retterer.

3° Décomposition électrolytique de métal dans la bouche, par le Dr Maurice Roy.

4° L'occlusal, appareil pour déterminer et situer le plan de mastication, par M. Ruppe.

5° Incidents de la pratique journalière.

---

#### Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a eu lieu le mardi 9 décembre 1919, à 8 h. 1/2 du soir, au siège social, avec l'ordre du jour que nous avons publié dans notre numéro de novembre.

81 membres étaient présents, dont 75 de Paris et de la Seine et 6 des départements.

Après lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 9 décembre 1913, le Président, M. Godon, a prononcé une allocution, que nous publierons dans un prochain numéro.

Le secrétaire général a donné lecture d'un rapport sommaire complétant celui qui doit être imprimé et adressé aux sociétaires et qui était annexé à l'*Odontologie* du 30 novembre.

Ces deux documents ont été approuvés.

Lecture a été donnée ensuite du rapport du trésorier qui a été approuvé également.

L'Assemblée a abordé la discussion des questions d'enseignement et d'hygiène dentaire inscrites à l'ordre du jour. Elle a décidé, comme l'a demandé M. Friteau dans une étude critique qu'il a faite, à la suite du discours du président, sur le fonctionnement de l'Ecole et de la Société, la constitution d'une grande Commission, comprenant le Conseil d'administration, le corps enseignant actuel et les anciens membres du corps enseignant, pour examiner les réformes qu'il semble possible et nécessaire d'introduire dans l'enseignement odontologique. Le résultat des travaux de cette Commission serait soumis par la suite à une ou plusieurs assemblées générales extraordinaires pour être sanctionné par elles.

Enfin il a été procédé au renouvellement total du Conseil d'administration, c'est-à-dire à l'élection de 20 membres, à la suite d'une décision de l'assemblée, confirmant celle du Conseil d'administration.

Le scrutin a donné les chiffres suivants :

Votants : 79. — Bulletins blancs : 4.

Suffrages exprimés : 75.

Majorité absolue : 38.

Ont obtenu :

MM.		MM.	
Bioux .....	74 voix, élu.	Pillière .....	69 voix, élu.
Blatter .....	73 — —	L. Viau .....	69 — —
Godon .....	73 — —	Geoffroy .....	68 — —
Miégeville .....	72 — —	Wallis-Davy ...	68 — —
Solas .....	72 — —	G. Villain .....	67 — —
Ruppe .....	72 — —	Cadic .....	67 — —
Fié. ....	71 — —	Eudlitz .....	64 — —
Bruschera .....	70 — —	Crocé-Spinelli ..	63 — —
Dupontreué ...	70 — —	H. Villain ....	61 — —
Haloua .....	69 — —	Guebel .....	61 — —

Divers membres ont obtenu de 6 à 1 voix.



Parmi les conseillers élus, 10 devant l'être pour 2 ans, 10 pour 1 an, la désignation en sera faite par voie de tirage au sort.

L'assemblée s'est séparée à minuit.

---

#### **A l'Académie de médecine**

Nous apprenons l'élection à l'Académie de médecine de M. le D<sup>r</sup> Lucien Camus, chef-adjoint des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous applaudissons au succès du Professeur de l'Ecole et nous lui adressons nos chaleureuses félicitations.

---

#### **Distinction honorifique**

Notre confrère, M. Quarterman, de Bruxelles, a été nommé chevalier de l'ordre de la couronne de Belgique en récompense des services rendus par lui pendant l'occupation allemande aux dentistes belges réfugiés à Londres, où il était lui-même, ainsi qu'au King's Albert Hospital, où il soigna de nombreux soldats belges.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

---

#### **Congrès de l'Union nationale des Associations d'Étudiants.**

Nous avons annoncé dans nos numéros d'octobre et de novembre dernier, la réunion à Strasbourg du 8<sup>e</sup> Congrès de l'Union nationale des Associations d'étudiants.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris y étaient représentés par une délégation de 5 d'entre eux.

---

#### **A l'Association générale des Étudiants.**

La section dentaire vient d'être reconstituée à l'Association générale des étudiants et compte déjà 60 membres.

Elle s'occupe de constituer une bibliothèque dentaire qui serait pour les adhérents d'une incontestable utilité.

L'Ecole dentaire de Paris a mis à sa disposition un certain nombre de volumes ; mais c'est insuffisant et nous croyons devoir faire appel à la générosité et à l'esprit de bonne confraternité des membres de l'A. G. S. D. F. et de la profession pour compléter par des dons ce premier noyau d'ouvrages.

---

### Mariage

Le mariage de notre confrère, M. André Aillerie, de Saint-Maixent, avec M<sup>lle</sup> Renée Diot, a eu lieu à Paris le 18 novembre dernier.

Nous adressons aux nouveaux époux nos vives félicitations et nos souhaits de bonheur.

---

### Nouveau journal

Nous avons reçu le premier numéro de *La Revue d'hygiène et de prophylaxie buccales*, paraissant à Paris tous les deux mois (août 1919).

---

### Sporting-Club interdентаire

#### *Communiqué.*

Le Sporting-Club Interdентаire a fait courir le dimanche 30 novembre, le Prix de la « Chambre syndicale des négociants en fournitures dentaires » en Cross-Country sur un parcours de 6 kil. 700 dans les bois de Fausses-Reposes.

Malgré un temps peu favorable, de nombreux amis étaient venus encourager les coureurs.

A 14 h. 45, les engagés viennent se ranger devant le starter, M. Colignon, délégué de la Chambre syndicale des négociants en fournitures dentaires.

*Résultats :* 1<sup>er</sup> Lebourg, en 35'2".  
2<sup>e</sup> Delahaye, en 37'43".  
3<sup>e</sup> Blanquet, en 37'45".  
4<sup>e</sup> Blaise, en 40'50".

Viennent ensuite, dans l'ordre, Derenne, Sabourin, Delarue, Banne, Jouglet, Jacquet, etc., etc.



Les fonctions de juge à l'arrivée étaient assurées par Boulanger.

Nos remerciements aux commissaires et aux traceurs Panazza, Vieille, Martin, Soulas et Bouchet.

La distribution des prix a eu lieu le samedi 27 décembre à la suite du banquet de fin d'année auquel sont conviés tous les membres du S. C. I. et leur famille.

Pour tous renseignements écrire au président M. Thévenin, 48, rue Richer et au secrétaire M. Boulanger, 25, rue de Citeaux.

---

### Collège des Etats-Unis

Il s'est formé sous ce nom un comité ayant pour but de fournir aux étudiants américains venant en France pour leurs études universitaires ou autres, tous renseignements dont ils pourraient avoir besoin à cet égard, ainsi que l'appui moral qui leur serait nécessaire.

NOTA. — *L'abondance des matières nous oblige à ajourner au prochain numéro la suite de la publication de EN CAMPAGNE, de M. Filderman.*

### AVIS

En vue de la réimpression de l'Annuaire de la Société et des listes d'expédition de l'Odontologie, tous les membres de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de Paris, de la Seine, des Départements, des Colonies et de l'Etranger, sont instamment priés de faire connaître bien exactement leur adresse actuelle dans le plus bref délai.

---



# INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1919.

## A

- Académie de médecine**, p. 425, 572.
- Académie de Paris (A l')**, p. 376.
- Adresse de confrères espagnols à la Société d'odontologie**, p. 459.
- A. F. A. S. (V. Table méthodique)**.
- Aide confraternelle**, p. 138, 229, 320, 364, 508.
- Allocution de M. Jeay**, p. 80, 500.
- — — **Godon**, p. 82.
- — — **Blatter**, p. 536.
- Alpinisme (Victime de l')**, p. 473.
- Alsace Lorraine (En)**, p. 448.
- Amalgame (Réduction de l'expansion et de la contraction de l')**, p. 117.
- Art dentaire en Amérique en 1918 (L')**, p. 5.
- — — **aux Etats-Unis et au Canada (Conditions à remplir pour obtenir l'exercice de l')**, p. 72.
- — — **en Alsace-Lorraine (L'exercice de l')**, p. 119, 319, 427, 504.
- — — — — **(La situation de l')**, p. 407.
- — — — — **(Vœu sur l'exercice de l')**, p. 408, 412.
- — — **Grande-Bretagne (L'exercice de l')**, p. 128.
- — — **Belgique**, p. 226, 368.
- — — **au Maroc (Exercice de l')**, p. 362, 418, 505.
- Articulateurs anatomiques (Les)**, p. 411.
- Articulation temporo-maxillaire chez l'homme (L')**, p. 58.
- **(Occlusion de l')**, p. 494.
- Assemblée générale**, p. 522, 570.
- Assistance publique (Une lettre de l')**, p. 317.
- — **(Conseil supérieur de l')**, p. 425.
- Association des dentistes d'Alsace et de Lorraine**, p. 426.
- Avis**, p. 234, 522, 575.

## B

- Bandes (Polissage des)**, p. 491.
- Baux (Prorogation des)**, p. 457, 458, 459.
- Bénéfices industriels et commerciaux**, p. 456.

- Bibliothèque dentaire monstre**, p. 97.
- Blanchard (Le prof.)**, p. 96.
- Blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service (Loi du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les)**, p. 218.
- Bouche (Le courant électrique dans la)**, p. 99.
- **(Les courants électriques de la)**, p. 335.
- Bridge (Le principe du)**, p. 216.
- Bridges (Prise de l'articulation pour couronnes ou)**, p. 259.
- **(Pose de couronnes et de)**, p. 490.
- Bureau (Election du)**, p. 503.

## C

- Canaux radiculaires (Traitement des)**, p. 115.
- — **(Méthode Rhein pour l'obturation des)**, p. 259.
- Canton de Zurich**, p. 377.
- Carie dentaire (Opinions erronées touchant l'immunité à la)**, p. 104.
- — **(Au sujet de l'article Opinions erronées sur l'immunité à la)**, p. 114.
- — **(Importance sociale de la)**, p. 404.
- Changement de titre**, p. 281.
- Chirurgien-Dentiste (Diplôme de)**, p. 127.
- — **(Examen de)**, p. 426.
- Chirurgiens-dentistes des régions libérées**, p. 123, 162, 224.
- — **militaires des Etats-Unis (Association des)**, p. 233.
- — **du Rhône et des régions voisines (Syndicat des)**, p. 521.
- Citations à l'ordre du jour**, p. 93, 187, 326, 519.
- Cladotrix et infection d'origine dentaire**, p. 414.
- Cliniques dentaires**, p. 214.
- Collège des Etats-Unis**, p. 574.
- Concours pour l'admission de dentistes aux hospices civils d'Orléans**, p. 565.

**Congrès national de médecine de**  
 Madrid, p. 190.  
 — de l'Union nationale des Étudiants, p. 572.  
 — d'hygiène bucco-dentaire de Lyon, p. 357.  
 — de Strasbourg, p. 462, 509.  
 — national des étudiants, p. 462, 511.  
**Constrictions des mâchoires d'origine**  
 réflexe (Un signe diagnostique des),  
 p. 53.  
**Correspondance**, p. 84, 406, 535.  
 (V. aussi Table méthodique).  
**Cortex de la racine des dents** (Du),  
 p. 413.  
**Couronne de porcelaine** (Confection  
 d'une), p. 116.  
**Couronnes ou bridges** (Prise de l'ar-  
 ticulation pour), p. 239.  
 — et — (Pose de), p. 490.  
**Cunningham**, p. 96, 131.  
**Cyboule** (Armand), p. 133.

## D

**Dent** : origine et structure de la den-  
 tine et de l'émail (De la), p. 475.  
 — (Etat actuel de nos connaissances  
 histologiques et embryologiques),  
 p. 541.  
**Dentier** (Mort après l'ingestion d'un),  
 p. 115.  
**Dentiers en vulcanite** (Plaquage des),  
 p. 491.  
**Dentine** (Structure de l'ivoire ou), p.  
 303.  
 — Histogénèse ( — — — ), p. 306.  
 — et de l'émail (De la dent : origine  
 et structure de la), p. 475.  
**Dentiste militaire** (Décret relatif aux  
 grades de), p. 28.  
 — (Arrestation d'un), p. 330.  
 — régimentaire (Notes et impres-  
 sions d'un), p. 371, 421, 466, 514.  
 — (Les tribulations d'un), p. 464.  
**Dentisterie opératoire** (Tendances  
 actuelles en), p. 112.  
 — (Mesure du rendement des  
 instruments rotatifs en), p. 523.  
**Dentistes militaires** (Instruction rela-  
 tive aux), p. 30.  
 — (Nomination de), p. 262, 417, 451.  
 — cubains, p. 472.  
 — au champ d'honneur (Les), p. 76.  
 — alsaciens et lorrains (Société des),  
 p. 122.  
 — civils utilisés pour les corps de  
 troupe et les hôpitaux militaires  
 (Instructions sur l'emploi des méde-  
 cins, pharmaciens et), p. 221.  
 — démobilisés (Union syndicale des),  
 p. 233.  
 — auxiliaires, médecins et pharma-

ciens auxiliaires (Rengagement des),  
 p. 324.  
 — d'Alsace et de Lorraine (Associa-  
 tion des), p. 426.  
 — aux hospices civils d'Orléans  
 (Concours pour l'admission de), p.  
 565.  
**Dentition et tuberculose** (Mauvaise),  
 p. 313.  
**Dents sensibles au nettoyage** (Insensi-  
 bilisation des), p. 217.  
 — (Du cortex de la racine des), p.  
 413.  
 — en acier, p. 473.  
**Devoucoux** (Raymond), p. 95.  
**Dialogues sur la guerre**, p. 465.  
**Discours de M. Justin Godart**, p. 82.  
**Dispensaire militaire** V. G. 88, p.  
 280, 325, 513.  
 — Distinction honorifique, p. 572.  
**Douleur** (Soulagement de la), p. 239.

## E

**Ecole dentaire de Paris** (V. Table  
 méthodique).  
 — et Dispensaire dentaires de Paris  
 (Société de l') (V. Table métho-  
 dique).  
 — — — Lyon, p. 474.  
**Élections législatives, départemen-  
 tales et communales**, p. 461.  
**Elèves de l'Ecole dentaire de Paris**  
 (Fête annuelle des), p. 135.  
**Email dentaire** (Structure et origine  
 de l'), p. 347.  
 — (De la dent : origine et structure  
 de la dentine et de l'), p. 475.  
**Enseignement supérieur devant le  
 Sénat** (L'), p. 325.  
**Erratum**, p. 98.  
**Étudiants mobilisés** (Décret relatif  
 aux études des), p. 32.  
 — (Les), p. 163.  
 — (Les), p. 377.  
 — (8<sup>e</sup> Congrès de l'Union nationale  
 des associations d'), p. 511, 572.  
 — (A l'Association générale des), p.  
 572.  
**Exonérations consenties aux démobi-  
 lisés**, p. 567.  
**Expertise**, p. 232.  
**Exposition de Strasbourg**, p. 122, 232.  
**Extraction** (Traitement post-opé-  
 ratoire de l'), p. 117.

## F

**F. D. I.** (V. Table méthodique).  
**F. D. N.** (V. Table méthodique).  
**Fédération stomatologique italienne**,  
 p. 521.  
**Fournitures dentaires** (Chambre syn-  
 dicale des négociants en), p. 330.



## G

Guilford (H.), p. 188.

## H

Henry (D<sup>r</sup>), p. 327.

Héros (Un groupe de), p. 78.

Hygiène buccale aux petits français par la Croix-Rouge américaine (Enseignement de l'), p. 90.

— scolaire (Ligue française d'hygiène), p. 231.

— dentaire dans les écoles et dans l'assistance médicale (L'), p. 311.

— — — — — primaires (Pétition au ministre de l'Instruction publique sur l'organisation de l'), p. 352.

— bucco-dentaire de Lyon (Congrès d'), p. 357.

## I

Incidents de la pratique journalière, p. 551.

Inlay pendant la cimentation (Maintien de l'), p. 217.

Inpôts aux démobilisés (Remise des), p. 323.

Inlays de cire (Technique des), p. 116.

— d'or coulé, p. 254, 297.

Isch Wall (D<sup>r</sup>), p. 519.

Ivoire ou dentine (Structure de l'), p. 303.

— — — (Histogénèse de l'), p. 306.

## J

Jenkins, p. 472.

Journal (Nouveau), p. 233, 281, 465, 573.

Joarnaux odontologiques, p. 320.

## K

Kystes paradentaires du maxillaire supérieur (Sur le diagnostic des), p. 530.

## L

Leduc, p. 472.

Légion d'honneur, p. 52, 97, 326.

Lemaire (L.), p. 327.

Leraide (Georges), p. 376.

Leucoplasies (Lichen plan des muqueuses et), p. 390.

Livre d'or des dentistes (V. Table méthodique).

Livres reçus, p. 130, 186, 282, 377, 465.

## M

Mâchoire avec régénérescence osseuse

(Un cas de perte de substance étendue de la), p. 386.

Mâchoires d'origine réflexe (Un signe diagnostique des contractions des), p. 53.

Mariages, p. 189, 231, 281, 328, 376, 426, 472, 521, 573.

Maxillaire inférieur (Les fractures de guerre du), p. 92.

Maxillotomie (23 cas de), p. 370.

Mécaniciens-dentistes (Chez les), p. 98.

— — (Syndicat de), p. 231, 359.

— — (Rapport au sujet des revendications du Syndicat des), p. 38.

Médecins et les bénéfices de guerre (Les), p. 36.

— — chirurgiens-dentistes des régions libérées, p. 123, 162, 224.

Mission aux Etats-Unis d'Amérique, p. 52, 81, 277.

— (Retour de), p. 189.

— sanitaire américaine, p. 232.

— p. 474.

Morestin, p. 95.

Moufle pour examen (Ouverture du), p. 491.

Moufles (Nettoyage des), p. 491.

## N

Nomination, p. 137, 378, 425.

Nota, p. 575.

Novarsénobenzol (Guérison rapide des stomatites par le), p. 331.

## O

Obturations radiculaires (Enlèvement des), p. 216.

Obturation des canaux radiculaires (Méthode Rhein pour l'), p. 259.

Office économique de Toulouse, p. 327.

Officiers-Dentistes (Les nominations d'), p. 118.

— — (Nomination d'), p. 262.

Opératrices dentaires (Instruction à donner aux infirmières pour en faire des), p. 91.

## P

Pétition au Sénat pour appuyer la proposition de loi de M. le sénateur Chéron, p. 350.

— au ministre de l'Instruction publique sur l'organisation de l'hygiène dentaire dans les écoles primaires, p. 352.

Plâtre de Paris (Amollissement du), p. 216.

Point de contact convenable (Importance d'un), p. 116.

**Pratique** journalière (Incidents de la), p. 343.

**Préapprentissage** et apprentissage, p. 182.

**Prévoyance**, p. 180.

**Profession** dentaire (La), p. 366.

**Protestation** et rectification, p. 419.

**Pulpe** (Protection de la), p. 490.

**Pyorrhée** par des pâtes médicinales (Traitement de la), p. 68.

— alvéolaire (Pathogénie et prophylaxie de la), p. 139, 191, 241, 408.

— — (Quelques recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la), p. 235, 283, 339.

— — (Discussion des communications sur la), p. 542.

## Q

**Question écrite** (Réponse à une), p. 507.

## R

**Rapports** interprofessionnels (Les), p. 318, 358.

**Rapport** du secrétaire général, p. 402.

**Rectification** (Protestation et), p. 419.

— p. 462.

**Réformés** n° 2 (Souscription en faveur de l'œuvre de protection des), p. 75.

**Remerciements**, p. 97.

**Rouille** (Protection des instruments contre la), p. 217.

## S

**Sauvetage**, p. 473.

**Service** de santé (Modifications au règlement sur le), p. 218.

— — — à l'intérieur (Décret modifiant le règlement sur le), p. 455.

— — — militaire après la cessation des hostilités (Loi relative à l'organisation provisoire du), p. 506.

**Services** chirurgicaux de l'armée (Inspection des), p. 264.

**Services** dentaires d'après-guerre (Commission spéciale d'étude des), p. 50.

— — militaires d'après-guerre (Organisation des), p. 535.

— — de l'armée et le concours civil (Les), p. 552.

**Services** dentaires dans les écoles de la ville de Paris (Proposition de création de), p. 315.

— — dans les écoles de la Ville de Paris (A propos d'une proposition de création de), p. 354.

— — militaires pendant la guerre (Les), p. 452.

**Société** d'odontologie de Paris (V. l'able méthodique).

— nouvelle, p. 97.

**Société** odontologique et nouveau journal (Nouvelle), p. 52.

— — suisse, p. 377.

**Soins** dentaires et l'assistance médicale (Les), p. 312.

**Souscription** en faveur de l'œuvre des réformés n° 2, p. 490.

**Sporting Club** interdentaire, p. 573.

**Stomatites** par le novarsénobenzol (Guérison rapide des), p. 331.

**Stomatologie** à l'école de médecine de Marseille (Leçon d'ouverture du cours de), p. 130.

— (Nouvel établissement de), p. 137.

**Syndicat** belge, p. 330.

— des mécaniciens-dentistes (Rapport au sujet des revendications du), p. 358.

— — — p. 359.

**Szwaycarski** (Jules), p. 230.

## T

**Tamisier** (Albert), p. 230.

**Thérapeutique** dentaire (De quelques préjugés en), p. 343.

**Transactions** of the Panama Pacific Dental Congress, p. 185.

**Troubles** oculaires d'origine dentaire (A propos de), p. 260.

**Tubercule** de Garabelli (Démonstration anatomique du), p. 260.

## V

**Vie** professionnelle en Belgique pendant l'occupation allemande (La), p. 409.

**Vulcanisateur** (Nettoyage du), p. 490.

**Vulcanisation** (Erreur dans la), p. 490.

**Vulcanite** rose (Pointillage de la), p. 491.

— (Plaquage des dentiers en), p. 491.



## TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS de Strasbourg, p. 462, 509.  
CONSEIL d'administration du 3 mars 1919, p. 137.  
RECTIFICATION, p. 462.

### ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE.

ASSEMBLÉE générale du 18 janvier 1920, p. 568.

### BIBLIOGRAPHIE.

FRACTURES de guerre du maxillaire inférieur (Les), p. 92.  
DIALOGUES sur la guerre, p. 405.  
IMPORTANCE sociale de la carie dentaire (L'), p. 464.  
LEÇON d'ouverture du cours de stomatologie à l'école de médecine de Marseille, p. 130.  
LIVRES reçus, p. 130, 186, 465.  
TRANSACTIONS of the Panama Pacific Dental Congress, p. 185.  
TRIBULATIONS d'un dentiste militaire (Les), p. 464.

### BULLETIN.

LES SERVICES dentaires de l'armée et le concours civil, p. 552.

### CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

AIDE confraternelle (L'), p. 229.  
ART dentaire en Belgique, p. 368.  
DENTISTES au champ d'honneur (Les), p. 76.  
ENSEIGNEMENT supérieur devant le Sénat (L'), p. 325.  
EXERCICE de l'art dentaire en Grande Bretagne, p. 128.  
— — — — — Belgique, p. 369.  
GROUPE de héros (Un), p. 78.  
MISSION de la F. D. I. (La), p. 270.  
— en Amérique, p. 277.  
PRÉAPPRENTISSAGE et apprentissage, p. 182.  
PRÉVOYANCE, p. 180.  
PROFESSION dentaire (La), p. 366.

### ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

DISPENSARE militaire V. G. 88, p. 280, 325, 513.  
CONSEIL de direction du 14 janvier 1919, p. 123.

### F. D. N.

BUREAU du 21 janvier 1919, p. 71, 125.  
Cinq années d'action de la F. D. N. p. 262.  
COMITÉ exécutif, p. 567.

### HYGIÈNE DENTAIRE.

CONGRÈS d'hygiène bucco-dentaire de Lyon, p. 357.  
A PROPOS d'une proposition de création de services dentaires dans les écoles de la ville de Paris, p. 354.  
ENSEIGNEMENT de l'hygiène buccale aux petits Français par la Croix Rouge américaine, p. 90.  
HYGIÈNE dentaire dans les écoles et dans l'assistance médicale (L'), p. 311.  
INSTRUCTION à donner aux infirmières pour en faire des opératrices dentaires, p. 91.  
LETTRE de l'Assistance publique (Une), p. 317.  
MAUVAISE dentition et tuberculose, p. 313.  
PÉTITION adressée au Sénat pour appuyer la proposition de loi de M. le Sénateur Chéron, p. 350.  
— — — ministre de l'Instruction publique sur l'organisation de l'hygiène dentaire dans les écoles primaires, p. 352.  
PROPOSITION de création de services dentaires dans les écoles de la ville de Paris, p. 315.  
SOINS dentaires et l'assistance médicale (Les), p. 312.

### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ADRESSE de confrères espagnols, p. 459.  
AIDE confraternelle (L'), p. 320, 365, 508.

- ALSACE-LORRAINE (En), p. 448.  
 ART dentaire en Belgique (L'), p. 226.  
 BAIL à loyer, p. 458 et 459.  
 BÉNÉFICES industriels et commerciaux, p. 456.  
 CHIRURGIENS-Dentistes des régions libérées, p. 123, 162, 224.  
 COMMISSION spéciale d'étude des services dentaires d'après-guerre, p. 30.  
 CONCOURS pour l'admission de dentistes aux hospices civils d'Orléans, p. 565.  
 CONDITIONS à remplir pour obtenir l'exercice de l'art dentaire aux Etats-Unis et au Canada, p. 72.  
 DÉCRET relatif au grade de dentiste militaire, p. 28.  
 — aux études des étudiants mobilisés, p. 32.  
 — modifiant le règlement sur le service de santé à l'intérieur, p. 455.  
 DIPLOME de chirurgien-dentiste, p. 126.  
 ELECTIONS législatives, départementales et communales, p. 491.  
 ETUDIANTS mobilisés (Les), p. 163.  
 EXERCICE de l'art dentaire en Alsace-Lorraine (L'), p. 119, 310, 594.  
 — — — au Maroc (L'), p. 301, 418, 595.  
 EXONÉRATIONS consenties aux démobilisés, p. 567.  
 EXPOSITION de Strasbourg, p. 122.  
 INSPECTION des services chirurgicaux de l'armée, p. 264.  
 INSTRUCTION du 11 janvier 1919 relative aux dentistes militaires, p. 30.  
 — sur l'emploi des médecins, pharmaciens et dentistes civils utilisés par les corps de troupes et d'hôpitaux militaires, p. 221.  
 LOI du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service, p. 218.  
 — relative à l'organisation provisoire du Service de santé militaire après la cessation des hostilités, p. 506.  
 MÉDECINS et les bénéfices de guerre (Les), p. 56.  
 — chirurgiens-dentistes des régions libérées, p. 123, 162, 224.  
 MODIFICATIONS au règlement sur le Service de santé, p. 218.  
 NOMINATION d'officiers dentistes (Les), p. 26, 118, 417.  
 — de dentistes militaires, p. 451.  
 PROROGATION des baux, p. 457, 458.  
 PROTESTATION et rectification, p. 419.  
 RAPPORT au sujet des revendications du Syndicat des mécaniciens dentistes, p. 358.  
 RAPPORTS interprofessionnels (Les), p. 318, 358.  
 RÉGLEMENTATION de l'exercice de l'art dentaire au Maroc, p. 362.  
 REMISE des impôts aux démobilisés, p. 323.  
 RENGAGEMENTS des dentistes auxiliaires des médecins et pharmaciens auxiliaires, p. 324.  
 RÉPONSE à une question écrite, p. 507.  
 SERVICES dentaires militaires pendant la guerre (Les), p. 452.  
 SOCIÉTÉ des dentistes alsaciens et lorrains, p. 122.  
 SOUSCRIPTION en faveur de l'œuvre de protection des réformés n° 2, p. 75.  
 SYNDICAT des mécaniciens dentistes, p. 359.
- LIVRE D'OR DES DENTISTES.**  
 CITATION à l'ordre du jour, p. 93, 134, 187, 326, 519.  
 LÉGION d'honneur, p. 326.
- NÉCROLOGIE**  
 BLANCHARD (Le prof.), p. 96.  
 CYBOULE (Armand), p. 133.  
 CUNNINGHAM, p. 96, 131.  
 DEVOUCOUX (Raymond), p. 95.  
 DIVERS, p. 133, 189, 520.  
 GUILFORD (H.), p. 188.  
 HENRY (Dr), p. 327.  
 ISCH WALL (Dr), p. 519.  
 JENKINS, p. 472.  
 LEDUC, p. 472.  
 LEMAIRE (L.), p. 327.  
 LERAIDE (Georges), p. 376.  
 MORESTIN, p. 95.  
 SZWAYCARSKI (Jules), p. 230.  
 TAMISIER (Albert), p. 250.
- NOTES PRATIQUES**  
 AMOLLISSEMENT du plâtre de Paris, p. 216.  
 CONFECTION d'une couronne de porcelaine, p. 116.  
 ENLÈVEMENT des obturations radiculaires, p. 216.  
 ERREUR dans la vulcanisation, p. 490.  
 IMPORTANCE d'un point de contact convenable, p. 116.  
 INSENSIBILISATION des dents sensibles au nettoyage, p. 217.  
 MAINTIEN de l'inlay pendant la cimentation, p. 217.  
 MÉTHODE Rhein pour l'obturation des canaux radiculaires, p. 259.  
 NETTOYAGE du vulcanisateur, p. 490.  
 — des moules, p. 491.  
 OUVERTURE du moule pour examen, p. 491.



PLAQUAGE des dentiers en vulcanite, p. 491.  
 POLISSAGE des bandes, p. 491.  
 POINTILLAGE de la vulcanite rose, p. 491.  
 POSE de couronnes et de bridges, p. 490.  
 PRINCIPE du bridge fixe (Le), p. 216.  
 PRISE de l'articulation pour couronnes ou bridges, p. 250.  
 PROTECTION des instruments contre la rouille, p. 217.  
 — de la pulpe, p. 490.  
 RÉDUCTION de l'expansion et de l'extraction des amalgames, p. 117.  
 TECHNIQUE des inlays de cire, p. 110.  
 SOULAGEMENT de la douleur, p. 259.  
 TRAITEMENT post-opératoire de l'extraction, p. 117.

### NOUVELLES.

AIDE confraternelle, p. 138.  
 ACADÉMIE de Paris (A l'), p. 376.  
 ACADÉMIE de médecine (A l'), p. 572.  
 ARRESTATION d'un dentiste, p. 330.  
 ASSOCIATION de chirurgiens-dentistes militaires des Etats-Unis, p. 233.  
 — générale des Etudiants (A l'), p. 572.  
 AVIS, p. 234, 522, 575.  
 BIBLIOTHÈQUE dentaire monstre, p. 97.  
 CANTON de Zurich, p. 177.  
 CHAMBRE syndicale de négociants en fournitures dentaires, p. 330.  
 CHANGEMENT de titre, p. 281.  
 CHEZ les mécaniciens-dentistes, p. 98.  
 CLINIQUES dentaires, p. 234.  
 COLLÈGE des Etats-Unis, p. 574.  
 CONGRÈS national de médecine de Madrid, p. 190.  
 — de l'Union nationale des associations d'étudiants, p. 572.  
 DENTISTES militaires cubains, p. 472.  
 DENTS en acier, p. 473.  
 DISTINCTION, p. 136.  
 — honorifique, p. 572.  
 ÉCOLE dentaire de Lyon, p. 474.  
 ERRATUM, p. 98.  
 ETUDIANTS, p. 377.  
 EXPERTISE, p. 233.  
 EXPOSITION de Strasbourg, p. 232.  
 FÉDÉRATION stomatologique italienne, p. 521.  
 FÉLICITATIONS, p. 136.  
 FÊTE annuelle des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, p. 135.  
 JOURNAUX odontologiques, p. 329.  
 LÉGION d'honneur, p. 52, 97.  
 LIGUE française d'hygiène scolaire, p. 321.  
 LIVRES reçus, p. 282, 377.  
 MARIAGES, p. 189, 231, 281, 327, 376, 472, 521, 573.

MISSION aux Etats-Unis d'Amérique, p. 52.  
 — p. 136, 474.  
 — militaire américaine, p. 232.  
 NOMINATION, p. 137, 378.  
 NOTA, p. 575.  
 NOUVEAU journal, p. 233, 281, 573.  
 NOUVEL ÉTABLISSEMENT de stomatologie, p. 137.  
 NOUVELLE société odontologique et nouveau journal, p. 52.  
 ŒUVRE de guerre, p. 320.  
 OFFICE économique de Toulouse, p. 327.  
 REMERCEMENTS, p. 97.  
 RETOUR de mission, p. 119.  
 SAUVETAGE, p. 473.  
 SOCIÉTÉ nouvelle, p. 97.  
 — odontologique suisse, p. 377.  
 SOUSCRIPTION en faveur de l'œuvre des réformés n° 2, p. 190.  
 SPORTING-CLUB interdentaire, p. 573.  
 SYNDICAT de faconniers mécaniciens-dentistes, p. 231.  
 — belge, p. 330.  
 — des chirurgiens-dentistes du Rhône et des régions voisines, p. 521.  
 UNION syndicale des dentistes démobilisés, p. 233.  
 VICTIME de l'alpinisme, p. 473.

### RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès national des étudiants, p. 462, 511.

### REVUE ANALYTIQUE

MORT après ingestion d'un dentier, p. 115.  
 SUJET de l'article « Opinions erronées touchant l'immunité à la carie » (Au), p. 114.  
 TRAITEMENT des canaux radiculaires, p. 115.

### REVUE DES REVUES

ARTICULATION temporo-maxillaire chez l'homme (L'), p. 57.  
 DIAGNOSTIC des Kystes paradentaires du maxillaire supérieur (Sur le), p. 530.  
 INLAIS d'or coulé, p. 254, 297.  
 LICHEN plan des muqueuses et leucoplasies, p. 390.  
 OPINIONS erronées touchant l'immunité à la carie dentaire, p. 104.  
 TENDANCES actuelles en dentisterie opératoire, p. 112.  
 TRAITEMENT de la pyorrhée par des pâtes médicinales, p. 68.

# **SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DEN- TAIRES DE PARIS.**

ASSEMBLÉE générale du 9 décembre  
1919, p. 522, 570.

## **SOCIÉTÉS SCIENTIFI- QUES**

### **SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS**

SÉANCE du 1<sup>er</sup> juillet 1919, p. 329, 492.

I. Rapport du secrétaire général,  
p. 492.

II. Occlusion de l'articulation, p. 494.

III. Allocution du président, p. 500.

IV. Election du Bureau, p. 503.

SÉANCE du 4 novembre 1919, p. 520.

SÉANCE du 15 janvier 1919, p. 80.

I. Allocution de M. Jeay, p. 80.

II. Compte rendu d'une mission en  
Amérique, p. 81.

III. Allocution de M. Godon, p. 82.

IV. Correspondance, p. 84.

V. Discours de M. Justin Godart, p. 84.

SÉANCE du 1<sup>er</sup> avril 1919, p. 137, 339.

I. Recherches sur la pathogénie et le  
traitement de la pyorrhée alvéolaire,  
p. 339.

II. De quelques préjugés en théra-  
peutique dentaire, p. 343.

III. Incidents de la pratique journa-  
lière, p. 343.

SÉANCE du 13 mai 1919, p. 231, 406.

I. Correspondance, p. 406.

II. Situation de l'art dentaire en  
Alsace-Lorraine, p. 407.

III. Pathogénie et prophylaxie de la  
pyorrhée alvéolaire, p. 408.

IV. Questions diverses, p. 403.

SÉANCE du 3 juin 1919, p. 282, 409.

I. La vie professionnelle en Belgique  
pendant l'occupation alle-  
mande, p. 409.

II. Ajournement de la discussion sur  
la pyorrhée alvéolaire, p. 141.

III. Les articulateurs anatomiques,  
p. 412.

IV. Vœu sur l'exercice de l'art den-  
taire en Alsace-Lorraine, p. 412.

SÉANCE du 14 octobre 1919, p. 535.

I. Correspondance, p. 535.

II. Organisation des services den-  
taires militaires d'après-guerre,  
p. 535.

III. Allocution de M. Blatter, p. 536.

IV. La dent ; état actuel de nos con-  
naissances histologiques et em-  
bryologiques, p. 541.

V. Discussion des communications  
sur la pyorrhée alvéolaire,  
p. 542.

VI. Incidents de la pratique journa-  
lière, p. 551.

SÉANCE du 10 janvier 1920, p. 569.

SÉANCE de démonstrations pratiques  
du 11 janvier 1920, p. 569.

SÉANCE du 2 décembre 1919, p. 570.

### **ACADÉMIE DE MÉDECINE**

DÉMONSTRATION anatomique du tuber-  
cule de Carabelli, p. 260.

### **SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.**

DU CORTEX de la racine des dents, p. 413.

HISTOGENÈSE de l'ivoire ou dentine,  
p. 306.

STRUCTURE de l'ivoire ou dentine, p. 303.

— et origine de l'émail dentaire, p. 347.

CLADOTHRIX et infection d'origine  
dentaire, p. 444.

SOCIÉTÉ médico-chirurgicale militaire  
A PROPOS de troubles oculaires d'ori-  
gine dentaire, p. 260.

## **TRAVAUX ORIGINAUX**

ART dentaire en Amérique en 1918  
(L'), p. 5.

CAS de perte de substance étendue de  
la mâchoire avec régénérescence  
osseuse, p. 386.

COURANT électrique dans la bouche  
(Le'), p. 99.

DENTI: origine et structure de la den-  
tine et de l'émail (De la), p. 475.

EXERCICE de l'art dentaire en Alsace-  
Lorraine (Sur l'), p. 427.

COURANTS électriques de la bouche  
(Les'), p. 335.

GUÉRISON rapide des stomatites par  
le novarsénobenzol, p. 331.

MESURE du rendement des instru-  
ments rotatifs en dentisterie opéra-  
toire, p. 523.

PATHOGÉNIE et prophylaxie de la pyor-  
rhée alvéolaire, p. 139, 191, 243.

QUELQUES recherches sur l'étiologie  
et la pathogénie de la pyorrhée alvéo-  
laire, p. 236, 283.

SIGNE diagnostique des constrictions  
des mâchoires d'origine réflexe  
(Un), p. 53.

VINGT TROIS cas de maxillotomie,  
p. 379.

## **VARIA**

NOTES et impressions d'un dentiste  
régimentaire, p. 371, 421, 466, 514.



## NOMS D'AUTEURS <sup>1</sup>

AMOEDO (D <sup>r</sup> ), p. 495.	LEMIÈRE (D <sup>r</sup> ), p. 492.
BLATTER (A.), p. 118, 264, 448, 536.	MARTINIER (P.), p. 497.
<i>Blatter</i> , p. 551.	MENDEL-Joseph (D <sup>r</sup> ), p. 235, 283.
DEBAT (D <sup>r</sup> ), p. 331.	<i>Mendel-Joseph</i> (D <sup>r</sup> ), p. 341, 342.
FERRAND, p. 497.	MIÉGEVILLE, p. 448.
<i>Ferrand</i> , p. 542.	PITOT, p. 410.
FILDERMAN, p. 371, 421, 466, 514.	POULIO (D <sup>r</sup> ), p. 90, 379.
FOVEAU de Courmelles (D <sup>r</sup> ), p. 335.	QUINTIN, p. 409.
FREY (D <sup>r</sup> ), p. 340, 341.	RETTERER (Prof.), p. 475.
<i>Frey</i> (D <sup>r</sup> ), p. 542.	ROY (D <sup>r</sup> ), p. 55, 139, 191, 243, 386.
GODART (Justin), p. 84.	<i>Roy</i> (D <sup>r</sup> ), p. 339, 341, 346, 547.
GODON (D <sup>r</sup> ), p. 82, 311.	SAUVEZ (D <sup>r</sup> ), p. 427, 535.
<i>Godon</i> (D <sup>r</sup> ), p. 345, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 493.	<i>Sauvez</i> (D <sup>r</sup> ), p. 427.
HUET, p. 523.	VICHOT (D <sup>r</sup> ), p. 509.
JEAY, p. 80, 500.	VILLAIN (G.), p. 553.
<i>Jeay</i> , p. 344.	<i>Villain</i> (G.), p. 406, 408, 545.

---

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.

## ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

*Assemblée générale du 18 janvier 1920.*

RAPPORT DE M. HENRI VILLAIN,  
Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Notre dernière assemblée générale remonte au 18 janvier 1914. La guerre, qui a entraîné la mobilisation de la plupart d'entre nous, nous a empêchés, je n'ai pas besoin de vous le dire, de nous réunir depuis.

Maintenant que les hostilités sont terminées et que tous ceux qui ont été épargnés sont rentrés dans leurs foyers, rien ne s'oppose à ce que notre Société reprenne sa vie normale.

### I. — ADMINISTRATION, CONSEIL ET BUREAU.

Malgré de grandes difficultés, sur lesquelles il est oiseux de s'arrêter, le fonctionnement de l'Association n'a pas cessé et celle-ci a donné de multiples preuves de son activité, ainsi que vous le savez, mais que je crois utile de rappeler plus loin.

Le Conseil d'administration s'est réuni toutes les fois que les circonstances l'ont exigé ou l'ont permis ; il a tenu trois séances ; votre Bureau en a tenu dix-huit.

Le rapport présenté à l'assemblée générale du 9 décembre dernier y a exposé l'administration et le rôle de l'Ecole et de ses annexes pendant les six années écoulées.

### II. — STATISTIQUE DES MEMBRES.

#### *Admissions.*

Les admissions en ces six années se sont élevées à 77, dont 55 de Paris ou du département de la Seine, 16 des départements, 1 des colonies et 5 de l'étranger.

#### *Démissions.*

Les démissions ont été au nombre de 21 ; les radiations pour défaut de paiement de la cotisation de 16.

#### *Décès.*

La mort nous a enlevé 27 sociétaires, savoir, par ordre chronologique : MM. Pillette, Meng, Szwaycarski (Hugo), Billet (François), Noël (Jules), en 1914 ; Chaboseau, Ronnet (Alfred), Erny (Joseph), Boissier, Dufrasse, en 1915 ; Stener, Blocman (Georges), Huguet (André), Ash (Robert), en 1916 ; Heidé (Raynwald), Legret (Eugène), Renhold (Max), Denninger (Paul), en 1917 ; Levett (Meyr), d'Argent (Jules), Claser, Lanos (Henri), Chautemps, en 1918 ; Cyboule, Schweitzer, Henry (Dr), Leduc, Isch-Wall (Dr), en 1919.

Vous voudrez bien renouveler à leurs familles les condoléances que nous leur avons adressées.

#### *Membres honoraires.*

Il a été prononcé deux admissions à l'honorariat, celles de MM. Magub et Godart.



### *Pertes causées par la guerre.*

Nous devons une mention spéciale aux sociétaires tombés au champ d'honneur ou qui ont succombé à leurs blessures ou à des maladies. Ces sociétaires, au nombre de treize, sont MM. Raffanti (Eugène), en 1914 ; Legrand (Léonce), Jouillard (Jean), Delionnet (Edmond), en 1915 ; Tamisier (Albert), Labarraque, Pointis, Chameau, en 1916 ; Despré, Daunis, en 1917 ; Borcier (Emile), Gody, Bonnafous (Henri), en 1918.

Gloire à eux et honneur à leur mémoire ! Leur souvenir vivra parmi nous, et ils sont inscrits sur le livre d'or de la profession.

Vous exprimerez de nouveau à leurs familles les regrets et la sympathie que nous leur avons témoignés quand ils leur ont été enlevés.

Associions à cet hommage aux morts les pupilles de l'Association qui ont eu une fin glorieuse en défendant le pays.

Nous ne saurions oublier non plus que quelques-uns de nos membres ont été frappés dans leurs plus chères affections par la perte d'un fils bien-aimé, tombé pour la défense du pays. Nous tenons à témoigner à ces confrères, MM. Roy, Francis Jean, Devoucoux, Grimbert, Ledoux et Huguet, nos condoléances avec l'expression de nos regrets et l'assurance de notre cordialité.

Nous adressons également un souvenir ému à la mémoire du comptable de l'Association, M. Jules Godin, caporal-fourrier au 130<sup>e</sup> d'infanterie, tombé en octobre 1915.

Comme conséquence de ces mutations l'Association compte actuellement 868 membres, dont 104 honoraires, 764 titulaires, plus 396 pupilles, au total 1.266, soit une augmentation de 170 sur les chiffres de 1913.

### III. — RÉCOMPENSES, DISTINCTIONS HONORIFIQUES, NOMINATIONS.

Comme cela vous a été dit le mois dernier dans l'assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, nous avons eu le plaisir d'enregistrer les nominations, distinctions honorifiques et récompenses suivantes. Commençons par les récompenses de guerre :

Une rosette d'officier de la Légion d'honneur attribuée à M. Sauvez, 12 croix de chevalier de la Légion d'honneur décernées à MM. Frey, G. Lemerle, de Croës, Prost-Maréchal, Gernez, Friteau, Pont, Millas, Chemin, Raymond Lemièrre, Georges Robin, Henri Dreyfus.

Une médaille militaire et une croix de guerre anglaise (military cross) obtenues par M. Michel Renhold ; d'autre part 48 croix de guerre françaises avec 56 citations, conférées aux titulaires de citations ci-après, au total 63 décorations militaires.

Nous enregistrons avec fierté les 56 citations dont ont été l'objet MM. Georges Lemerle, Gennessaux, Audefroy, Vais, Raymond Lemièrre, Michel Renhold (5 fois), Wallis-Davy, de Croës, Bruschera Louis, Chameau, Frinault, Achille Audy, Georges Robin, Vicat, Cottarel Anthelme (2 fois), Cottarel Nizier, Bonnafoux (2 fois), Walter (2 fois), Soleilland, Cecconi Arnold, Lenthionne, Millas, Cramér, Despré, Richard-Chauvin (2 fois), Huguet Georges, Daunis-Touquet Georges, Cadic, Maurion, Borcier Emile, Aillerie, Lubetzki, Papillaud, Godefroy, Billet Pierre, Gaignon, Isnard, Redelinger, Cagnoli, Co-

blentz, Rambaud, Tacail, Zula, Housset, Viel, Wintergerst, Robinson, Vichot (J.).

Tous ces confrères, qui ont vaillamment fait leur devoir, ont droit non seulement à nos félicitations, mais aussi à la reconnaissance de la profession, qu'ils ont brillamment distinguée, et à la gratitude du pays.

..

Dans ces listes ne sont mentionnés que nos sociétaires, mais bon nombre de nos élèves sont également tombés au champ de gloire et beaucoup d'autres ont été l'objet de récompenses. Les noms des uns et des autres figurent sur le tableau d'honneur apposé ici et leurs noms demeureront inscrits dans le livre d'or professionnel, pour passer à la postérité en souvenir du sacrifice des premiers et des hauts faits des seconds.

Nous comprenons dans ces félicitations M. Lamari, chef du secrétariat, capitaine commandant une compagnie de mitrailleuses, cité à l'ordre du jour devant Verdun, décoré de la croix de guerre.

..

A côté de ces récompenses de guerre il reste à vous énumérer les distinctions honorifiques obtenues soit par des membres de notre corps enseignant, soit par nos sociétaires pour reconnaître leurs mérites ou leurs services civils.

Dans la Légion d'honneur nous avons eu le plaisir de voir attribuer la croix de chevalier, en juin 1914, à M. Barthelat, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, alors chargé du cours de bactériologie dans notre Ecole ; en septembre 1915 à M. Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine, professeur d'anatomie générale dans notre Ecole.

Le prix Claude Martin, de la Faculté de médecine, a été attribué en 1917 au Dr Pont (Lyon) ; M. Morche a reçu de l'Académie de médecine en 1914 une médaille d'argent pour son traité d'hygiène dentaire.

Ont été nommés officiers de l'Instruction publique en 1914 : MM. Caillouet, Catton, Indjéyan, Staviski, Tzanck, Vichot (Lyon), May.

Officiers d'Académie en 1914 : MM. Amoureux, Gatineau, Isnard, Lalement (Nevers), Léger, Sosson, Thuillier, Dr Chemin, J. Raymond, Rousset, M<sup>me</sup> Uhry, M<sup>lle</sup> Weil.

Commandeurs du Nicham-Iftikhar : MM. Godon, Pont.

Officier du Nicham-Iftikhar : M. Vichot (Lyon).

Chevalier du Mérite agricole : M. Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole.

..

Parmi les nominations diverses il y a lieu de faire part de la nomination, en 1914, de M. Dubeau (de Montréal) comme membre du Conseil d'hygiène de la Province de Québec, et en 1916 comme maire suppléant de Montréal. Il a été réélu le 23 mars 1918.

M. B. Rozenberg a été en 1914 nommé dentiste de la poudrière nationale de Sevran-Livry.

M. Godon a été en mai 1915 nommé docteur ès sciences de l'Université de Pensylvanie.



M. P. Martinier a été, en octobre 1915, nommé membre du jury pour la collation du grade de chirurgien-dentiste en remplacement de M. Ronnet, décédé; M. Bioux a été également nommé membre de ces jurys.

M. J. d'Argent a reçu en février 1917 le diplôme de professeur honoraire de l'Université Laval, de Montréal (Canada).

Le Dr Frey a été chargé en 1918 à la Faculté de médecine de Paris, d'un cours de stomatologie qui a commencé le 2 mars.

M. G. Villain a été en février 1919, nommé membre honoraire de l'American Institute of dental teachers, docteur Honoris Causa et professeur honoraire de l'Université Laval (Canada).

Le prof. Sebileau a été, en septembre 1919, nommé professeur titulaire de la chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie créée à la Faculté de médecine de Paris.

M. le Prof. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine et à l'Ecole dentaire de Paris, a été élu membre de l'Académie de médecine en septembre dernier également.

M. le Dr Lucien Camus, professeur à l'Ecole, a de même été tout récemment élu membre de cette Académie.

Vous renouvelerez assurément avec nous les félicitations déjà adressées à ces sociétaires.

#### *Missions.*

En juin 1916, le secrétaire général de l'Ecole fut chargé par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire d'une mission au Congrès de l'Association dentaire britannique.

En septembre 1916 une mission fut confiée par le Gouvernement français à M. J. d'Argent à l'occasion du Congrès des dentistes canadiens. Notre confrère assista à cette réunion à Montréal comme délégué.

En juillet 1918, M. G. Villain fut envoyé également par le Gouvernement (sous-secrétariat d'Etat du Service de santé) pour représenter la profession et le gouvernement français au Congrès mixte de la National Dental Association des Etats-Unis et de l'Association dentaire canadienne, tenu à Chicago. Au cours de cette mission, sur la demande du gouvernement américain, M. G. Villain fut chargé d'aller faire une série de conférences à la Medical training school de l'armée américaine à Chattanooga, ainsi qu'à l'Ecole médicale navale de Washington et Great Lake. Son rapport a été publié dans *L'Odontologie* de décembre 1918 et du mois suivant.

En janvier 1919, M. G. Villain, chargé d'une nouvelle mission par le Gouvernement français, retournait aux Etats-Unis, où il était demandé par l'Institut des professeurs des Facultés dentaires d'orthodontie pour y faire connaître par des conférences dans la plupart des Facultés dentaires des Universités américaines, ainsi que devant un très grand nombre de sociétés dentaires et médicales, les travaux exécutés en France pendant la guerre par les dentistes français en prothèse maxillo-faciale.

En octobre dernier, M. Pont a été désigné par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire comme membre de la délégation

française chargée de participer à Rome à la 3<sup>e</sup> conférence interalliée pour l'étude des questions intéressant les invalides de la guerre.

Enfin, en octobre également, MM. Blatter et V. E. Miégevillle ont été envoyés à Strasbourg pour prendre contact avec les associations professionnelles existantes.

#### *Manifestations de sympathie.*

A l'occasion de la promotion dans la Légion d'honneur de notre confrère Pont une manifestation de sympathie eut lieu le 10 novembre 1917 à Lyon. M. Blatter y fut délégué.

Tout récemment une manifestation de sympathie a de nouveau été organisée à Lyon, le 8 novembre, en l'honneur de M. Justin Godart, député du Rhône, qui a tant fait pour la profession. L'Association s'est également associée à cette manifestation due à l'initiative du Syndicat des dentistes du Rhône et des régions voisines.

### IV. — ACTIVITÉ DE L'ASSOCIATION.

#### *A. Activité extérieure.*

##### *1<sup>o</sup> Fédération dentaire nationale.*

La Société a participé, par l'intermédiaire de ses délégués, aux assemblées générales des 21 février et 16 mai 1914 et s'est associée aux démarches diverses entreprises par la Fédération dentaire nationale au sujet de différentes questions professionnelles.

D'ailleurs il a été rendu compte tout récemment de l'action de la Fédération de 1914 à 1919 par *L'Odontologie* de juin 1919 dans un article rappelant et résumant toutes ces interventions, annoncées d'ailleurs par cet organe à leurs dates respectives.

##### *2<sup>o</sup> Fédération dentaire internationale.*

La Fédération a tenu sa session annuelle le 3 août 1914 à Londres. Les diverses Commissions se réunissaient le même jour et le Conseil exécutif les 6, 7 et 8 août. En raison de la déclaration de guerre nous n'avons pu y participer.

##### *3<sup>o</sup> Sixième Congrès dentaire international.*

Le 6<sup>e</sup> Congrès dentaire international s'est tenu à Londres du 3 au 8 août 1914, en même temps que la session de la F. D. I. Bien que 90 adhérents français fussent inscrits pour y prendre part, la déclaration de guerre empêcha nos membres de s'y rendre.

##### *4<sup>o</sup> Association française pour l'avancement des sciences.*

Le Congrès annuel de l'A. F. A. S. s'est tenu pour la dernière fois les 27, 28, 29, 30, 31 juillet et 1<sup>er</sup> août 1914 au Havre; 63 adhérents y étaient inscrits. Une exposition de la Section d'odontologie y était annexée. Ce Congrès a eu un plein succès.

Le prochain Congrès se réunira en 1920 à Strasbourg, où la Section d'odontologie sera présidée par M. J. Vichot (de Lyon).

##### *5<sup>o</sup> Congrès international d'hygiène bucco-dentaire.*

La Société a participé au Congrès international d'hygiène bucco-dentaire, organisé par l'Association des dentistes du Rhône et de la région et tenu à Lyon du 24 au 28 septembre 1914, ainsi qu'à l'Expo-



sition urbaine organisée par la ville de Lyon et comprenant une classe d'art dentaire.

6° *Congrès dentaire interallié.*

Vous vous rappelez certainement tous le grand succès du Congrès dentaire interallié, qui a eu lieu à Paris en novembre 1916, et auquel les membres de l'Association ont pris une large part.

B. *Activité intérieure.*

1° *Impôt général sur le revenu.*

Nous avons demandé, sur cette importante question, à l'avocat-conseil de l'Association une consultation qui a été publiée dans le numéro du 30 avril 1916 de *L'Odontologie*.

Nous sommes revenus sur cette question dans *L'Odontologie* du 28 février 1918 en publiant un avis relatif à ce que chacun de nos membres devait faire.

2° *Impôt sur les bénéfices de guerre.*

Nous avons de même, en vue de l'application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1916 sur les bénéfices de guerre, demandé à notre conseil judiciaire une consultation qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 30 décembre 1916.

3° *Chauffage des chirurgiens-dentistes.*

Le 31 août 1917, nous avons demandé au Préfet de la Seine — nous ne pouvions le faire pour tous les départements — d'examiner la situation des chirurgiens-dentistes au point de vue du chauffage pour l'hiver 1917-1918.

Le Préfet nous a avisés qu'il y avait lieu de remplir le questionnaire relatif au charbon pour le petit commerce et la petite industrie.

4° *Déclaration du platine et des métaux dérivés.*

Le 4 mai 1918, nous avons été invités par le ministère du Commerce et de l'Industrie à recommander à nos sociétaires de déclarer la quantité de platine et de métaux dérivés qu'ils avaient en leur possession.

5° *Question des assurances.*

Nous avons demandé à notre conseil judiciaire une consultation sur la question des assurances (suspension de l'exécution du contrat, résiliation, paiement des primes), consultation publiée dans *L'Odontologie* du 30 juin 1918.

6° *Exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine.*

Comme suite au vœu émis par la Société d'Odontologie le 3 juin dernier sur l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine et aux entrevues antérieures avec des chirurgiens-dentistes alsaciens venus à Paris, la Société a adressé aux autorités compétentes le 10 juillet dernier le vœu en question pour en demander la réalisation.

7° *Exercice de l'art dentaire au Maroc.*

Un décret chérifien du 12 août 1916 interdisait aux chirurgiens-dentistes diplômés de l'Etat français l'administration générale de l'anesthésie. Aussitôt que la Société en a eu connaissance, elle a provoqué

l'envoi par la F. D. N. d'une réclamation au ministre des Affaires étrangères et au Résident général au Maroc.

Les réponses parvenues à ce sujet et qu'on a pu lire dans *L'Odontologie* de septembre, d'octobre et de novembre 1919 ont donné satisfaction à notre légitime revendication.

#### 8° *Expositions diverses.*

Aux expositions mentionnées ci-dessus (Lyon, San-Francisco, Londres, Chicago, Atlanta) il y a lieu d'ajouter l'exposition de Strasbourg de 1919, à laquelle la Société a pris part et qui a été l'occasion de la mission de MM. Blatter et V. E. Miégeville, mentionnée ci-dessus.

#### 9° *Hygiène dentaire.*

Le Conseil municipal de Paris a été saisi le 19 avril 1919 par un de ses membres d'une proposition tendant à créer dans les écoles de la Ville pour les maladies de la bouche des consultations dont seraient chargés des *médecins stomatologistes*.

Dès le 14 mai, la Société adressait au Conseil municipal une protestation contre l'exclusion des spécialistes de l'art dentaire.

Le 24 juin, la Société adressait spontanément au ministre de l'Instruction publique une pétition demandant l'organisation de services dentaires dans les écoles primaires de France.

Enfin, le 4 juillet, elle adressait au Sénat une requête appuyant la proposition de loi de M. Chéron, tendant à assurer des soins dentaires aux personnes bénéficiant de l'assistance médicale gratuite.

#### 10° *Assistance aux dentistes victimes de la guerre.*

Nous avons participé à l'organisation d'un Comité chargé d'ouvrir une souscription pour venir en aide aux infortunes professionnelles franco-belges causées par la guerre.

En août 1915 la Société était définitivement constituée sous le nom « l'Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre » et commençait son rôle bienfaisant et philanthropique. Elle compte un grand nombre de nos sociétaires et a pu rendre de précieux services; par notre intermédiaire, de nombreuses souscriptions sont allées à cette œuvre et grâce à une Ligue américaine plus de 50.000 fr. ont déjà été souscrits aux Etats-Unis.

Cette belle œuvre est présidée par notre confrère M. G. Viau, auquel il y a lieu d'adresser des félicitations.

#### 11° *Le service militaire et les chirurgiens-dentistes.*

Je ne puis omettre cette importante question qui a été l'objet constant des préoccupations de l'Association et cependant, pour en refaire l'historique, que vous connaissez tous, qui a été publié dans *L'Odontologie* de juin dernier, sous le titre de *5 ans d'action de la F. D. N.* et tout récemment encore dans le rapport du secrétaire général à l'assemblée du 9 décembre dernier, annexé au numéro de novembre de *L'Odontologie*, je serais obligé de tomber dans des redites, qui allongeraient outre mesure ce rapport.

Je me bornerai donc à vous dire que l'Association s'est jointe à toutes les démarches du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la F. D. N. — et elles ont été nombreuses — qui ont abouti, après



beaucoup de peine, au statut militaire qui nous a été enfin octroyé par la loi du 18 octobre 1918, qui crée des officiers dentistes.

Je rappellerai toutefois que, dès le 30 octobre 1914, l'Association adressait spontanément au ministre de la Guerre une demande tendant à la création de dentistes militaires.

Ce qui est dit des dentistes de l'armée de terre s'applique également à ceux de l'armée de mer, dont la charte a été plus aisée à obtenir.

*12° Etudiants en chirurgie dentaire sous les drapeaux.*

Pour mémoire, je rappelle également que l'Association n'est pas demeurée étrangère à ce qui a été fait pour améliorer la situation des étudiants en chirurgie dentaire sous les drapeaux.

*13° Journal L'Odontologie.*

Bien que vous deviez entendre un rapport spécial de l'administrateur-gérant sur la gestion de notre organe, j'en dirai quelques mots.

En raison de la mobilisation générale, *L'Odontologie* s'est vue dans l'obligation de suspendre sa publication en août, septembre, octobre et novembre 1914. Elle la reprit en décembre 1914 avec un numéro mensuel contenant un nombre de pages variable, suivant les matières dont elle disposait. A partir de 1918 le numéro a été régulièrement de 40 pages et il est actuellement toujours de 48.

Nous nous sommes efforcés d'y traiter largement et fréquemment toutes les questions offrant un intérêt professionnel ; le côté utilitaire n'a jamais été perdu de vue et nous croyons avoir réussi à renseigner exactement tous nos membres sur tout ce qui faisait l'objet de leurs préoccupations.

## CONCLUSIONS

Pendant cette longue période où vous n'avez pu être réunis en assemblée générale, votre Conseil d'administration et surtout votre Bureau n'ont jamais oublié les principes odontologiques, les statuts et le but de l'Association. Le Bureau a travaillé de son mieux au relèvement moral de la profession par l'activité qu'il a déployée pour améliorer la situation militaire des chirurgiens-dentistes, la défense des intérêts professionnels de ses membres et l'assistance aux confrères malheureux.

Nous avons obtenu des résultats qui sont de nature à satisfaire les esprits exigeants et qui ont contribué à donner au chirurgien-dentiste une position en rapport avec les études qu'il a faites, le diplôme qu'il possède et la fonction utile qu'il remplit dans la société. Le corps dentaire y a gagné en considération et en prestige et ses membres ont acquis aux yeux de tous, la légitime consécration de leur spécialité.

Notre rôle est loin d'être terminé et, si nous avons fait un peu, il nous reste beaucoup plus à faire encore. C'est ainsi que trois questions importantes ont été mises à l'ordre du jour de cette assemblée : Orientation professionnelle : a) le doctorat en chirurgie dentaire ; b) l'hygiène dentaire scolaire ; c) l'exercice illégal.

Puisse la discussion en être fructueuse et nous permettre de réaliser de nouveaux progrès et d'obtenir de fructueux résultats !

