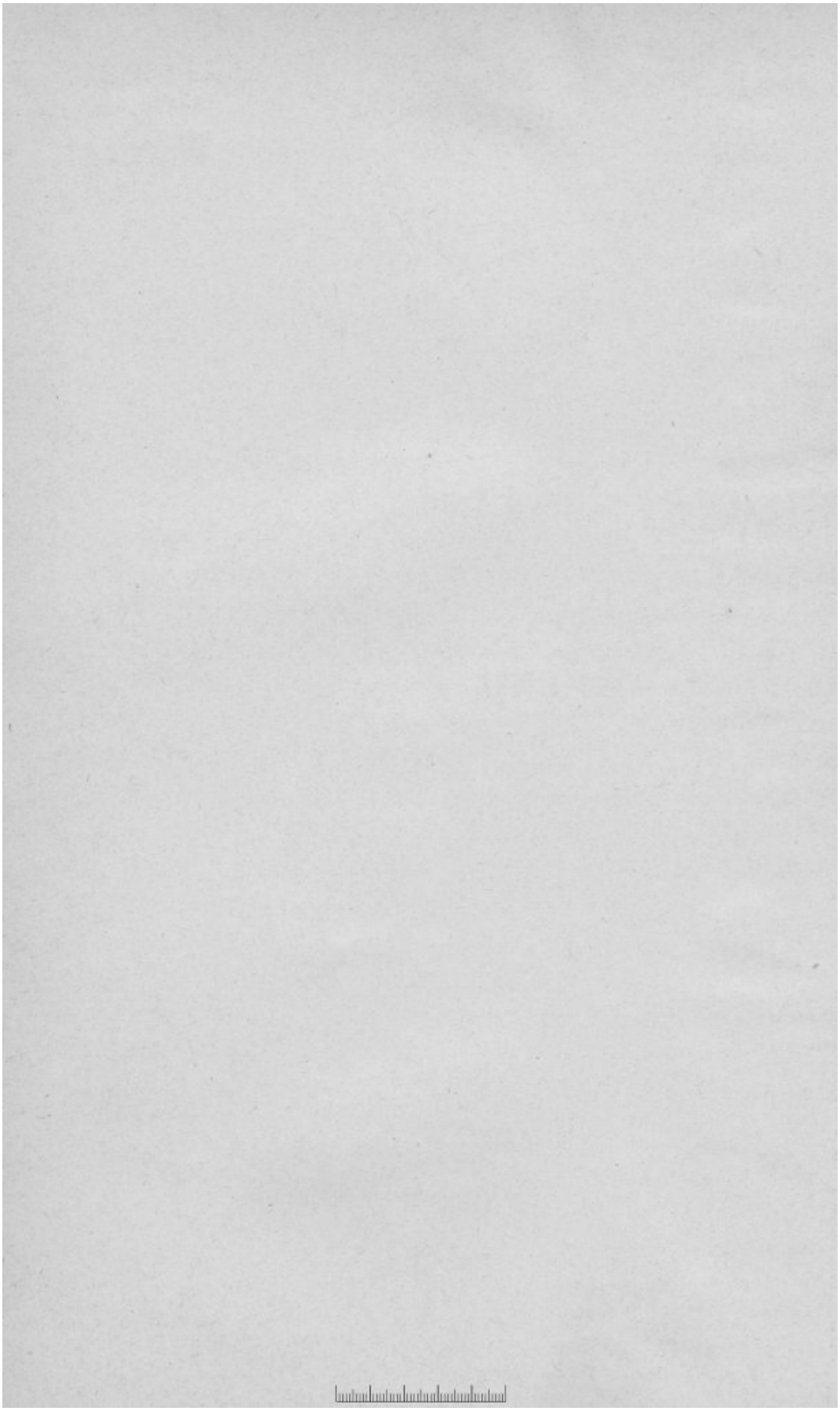
Bibliothèque numérique
medic@

L'Odontologie

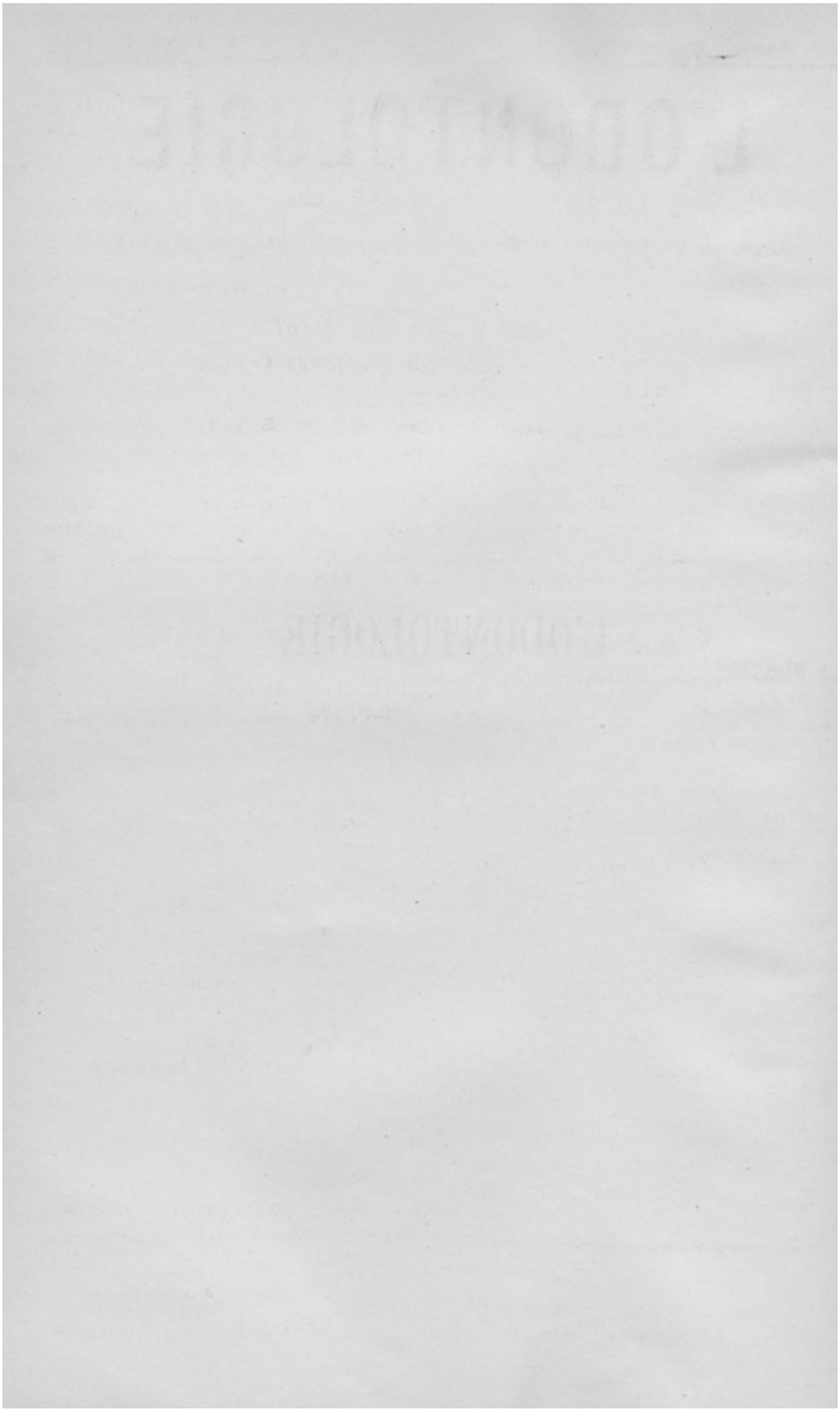
tome 63. - Paris, 1925.
Cote : PF92

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1925



L'ODONTOLOGIE



45e Année. Vol. LXIII. N° 1. 30 JANVIER 1925

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

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

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois
Et de 1896 à 1923 par Charles Godon

DIRECTEUR ET RÉDACTEUR EN CHEF : MAURICE ROY
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux

Secrétaire de la Rédaction :
L. SOLAS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris

45e année. — Vol. LXIII.

Comité de Rédaction et d'Administration :

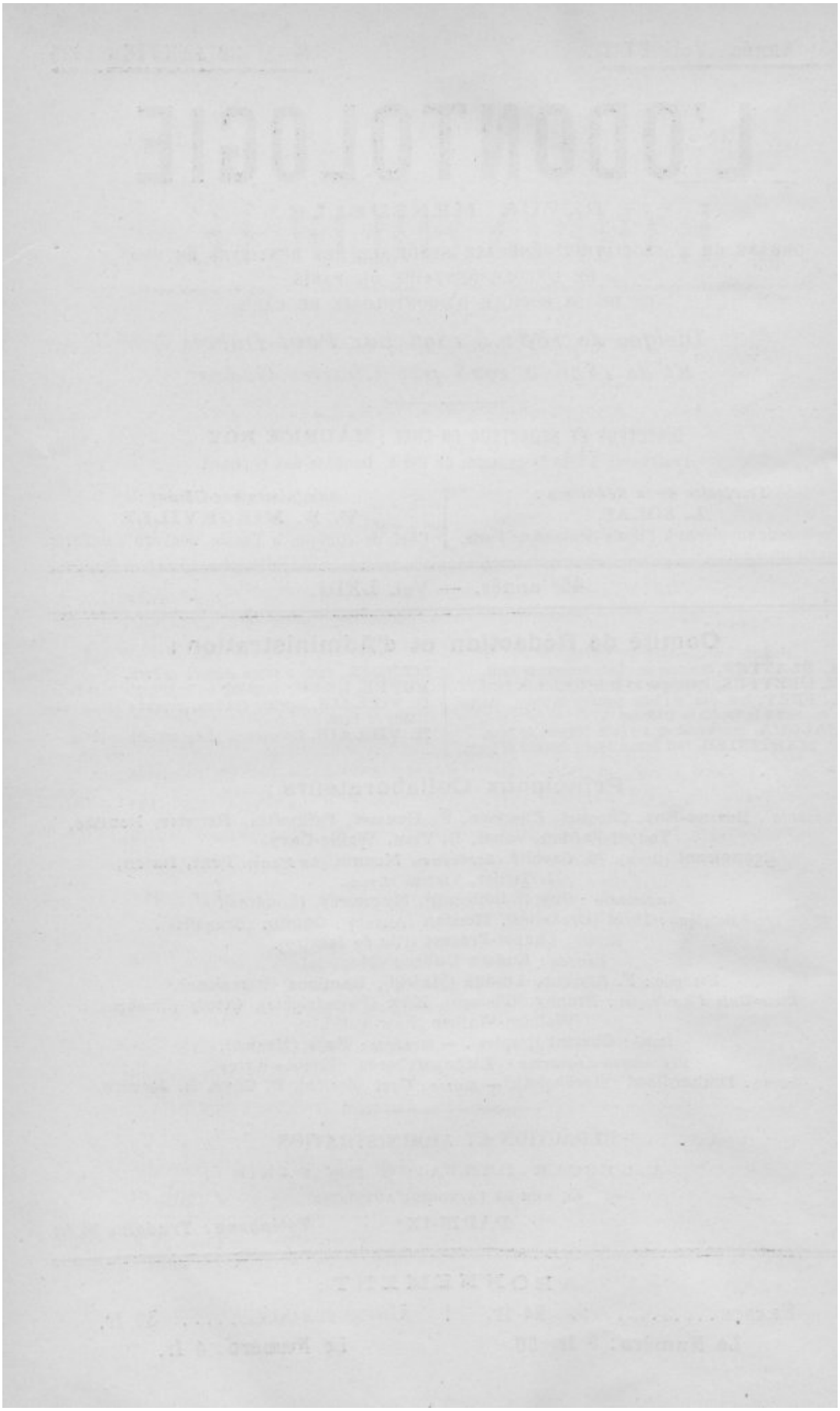
A. BLATTER, Directeur de l'École dentaire de Paris.
H. DREYFUS, Professeur à l'École dentaire de Paris.
L. FREY, Prof. hon. à l'École dentaire de Paris, chargé de cours à la Faculté de médecine.
HALOUA, démonstrateur à l'École dentaire de Paris.
P. MARTINIER, Prof. hon. à l'École dentaire de Paris.
MENDEL, Prof. à l'École dentaire de Paris.
RUPPE, Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.
G. VILLAIN, Directeur de l'Enseignement à l'École dentaire de Paris.
H. VILLAIN, Professeur à l'École dentaire de Paris.

Principaux Collaborateurs :

Paris : Bonnet-Roy, Choquet, Eilertsen, P. Housset, Pailliottin, Retterer, Roussel, Touvet-Fanton, Vanel, G. Viau, Wallis-Davy.
Bennejeant (*Oran*). M. Cavalié (*Bordeaux*). Monnin (*Le Mans*). Pont, Ratton, J. Tellier, Vichot (*Lyon*).
Angleterre : Guy (Edimbourg), Mummery, (Londres).
Belgique : Huet (Bruxelles), Messian (Anvers), Quintin (Bruxelles).
Brésil : Chapot-Prévost (Rio de Janeiro).
Canada : Eudore Dubeau (Montréal).
Espagne : F. Aguilar, Losada (Madrid), Damians (Barcelone).
États-Unis d'Amérique : Brophy (Chicago), Kirk (Philadelphie), Ottofy (Chicago), Wallace-Walker (New-York).
Italie : Guerini (Naples). — *Mexique* : Rojo (Mexico).
République-Argentine : Etchepareborda (Buenos-Ayres).
Suède : Lenhardtson (Stockholm). — *Suisse* : Gysi (Zurich), P. Guye, R. Jaccard.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Trudaine 34.01*

ABONNEMENT :
FRANCE..... 24 fr. | UNION POSTALE..... 36 fr.
Le Numéro : 3 fr. 50 Le Numéro : 4 fr.



45e ANNÉE. N° 1. 30 JANVIER 1925. VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CURETTAGE APICAL

Par le Dr Maurice ROY.

616.314 089.81.81

Il n'est pas exagéré de dire que la dentisterie conservatrice a fait des progrès considérables particulièrement dans le domaine du traitement des dents infectées ; les résultats thérapeutiques que l'on obtient aujourd'hui sont de ceux dont les dentistes peuvent à bon droit s'enorgueillir en même temps qu'ils leur permettent de s'insurger non moins légitimement contre l'opinion abusive que certains médecins et certains dentistes, au sens critique insuffisamment exercé, auraient voulu faire prévaloir ces dernières années ; cette opinion, en effet, ne tendait pas moins à déclarer que, l'infection pulpaire étant impossible à guérir ou *même à éviter* en cas de dépulpation volontaire, l'extraction était le seul traitement à appliquer à toutes les dents à pulpe morte pour mettre leurs porteurs à l'abri des complications résultant de la présence de ces dents.

Incontestablement le traitement des dents infectées est une chose délicate, mais, ainsi que l'ont montré nombre d'auteurs qualifiés, ainsi que je l'ai montré moi-même dans divers travaux et récemment encore, dans un rapport à un de nos derniers congrès [1], on peut, par une technique judicieuse, très minutieuse et bien réglée, obtenir une guérison certaine et définitive dans la grande majorité des cas traités.

Cette guérison peut généralement être obtenue par des interventions qui restent strictement limitées aux canaux

1. Maurice Roy. Le traitement des dents infectées. Rapport au Congrès de Strasbourg, 1920, *Association française pour l'Avancement des Sciences. L'Odontologie*, 1921, p. 65 et 149.

radiculaires de la dent, mais, cependant, il est un certain nombre de cas où ces seules interventions se montrent impuissantes à guérir l'infection qui a gravement intéressé la région péri-apicale ; on est amené dans ces cas à intervenir plus ou moins directement sur cette région profonde, plus difficilement accessible, c'est le but que se proposent d'atteindre des interventions comme la réimplantation, si fréquemment employée autrefois, et les diverses opérations apicales par la voie vestibulaire qui se sont, à juste titre, substituées maintenant à la réimplantation dans l'immense majorité des cas.

C'est de ces opérations et de l'une d'elles en particulier que je veux vous entretenir aujourd'hui.

En 1909, j'ai fait, à la *Société d'Odontologie*, une communication sur le *Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques* [1], opération que je pratiquais déjà à cette époque depuis huit ans. Or, depuis ce temps, mon expérience s'est encore accrue et j'ai été amené, d'une part, à préciser certains faits et, d'autre part, à modifier un peu la technique que j'avais indiquée à cette époque. Ce sont ces différents points que je veux développer ici au sujet de cette opération que je propose de dénommer le *Curettage apical*, dénomination plus simple que celle de Curettage alvéolo-radiculaire que j'avais précédemment choisie et qui, tout en étant très claire, a en outre l'avantage de ne pas prêter à confusion avec d'autres interventions.

***

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit au sujet du traitement des dents infectées par la voie canaliculaire qui permet, à lui seul, je l'ai dit, de guérir un très grand nombre de dents infectées et qui doit toujours être le traitement initial de toute infection pulpaire ; je renvoie pour cela à mon travail précité sur ce sujet [2].

Ce qu'il convient d'étudier tout d'abord ce sont les causes qui entraînent les échecs de ce traitement par voie canali-

1. *L'Odontologie*, 1909, p. 367.
2. *L'Odontologie*, 1921, p. 65 et 149.

culaire que j'appelle *simple* par opposition avec les traitements qui comportent une intervention chirurgicale.

En dehors des anomalies de forme des canaux radiculaires, de leur calcification ou du bris d'instrument dans un de ces canaux, les causes d'échec de guérison dans les infections pulpaires sont dues à des lésions graves dont la région apicale est le point de départ et qui se résument en deux cas :

1° Les abcès alvéolaires chroniques ;

2° Les kystes appendiculaires et les tumeurs radiculaires apicales comme les granulomes.

Dans l'abcès alvéolaire chronique on a prétendu que la persistance de la suppuration, malgré la désinfection du canal radiculaire, était due à ce que le périoste radiculaire se trouvait détruit sur une partie de la racine ; on a prétendu que cette portion radiculaire dénudée jouait le rôle du séquestre osseux dans l'ostéo-myélite des os longs et que, comme dans celle-ci, la suppuration ne pouvait disparaître qu'après l'élimination de la partie dénudée de la racine. C'est de ces idées pathogéniques, qu'est née la technique qui consiste, au cours de la réimplantation, à réséquer la portion apicale de la racine avant de remettre la dent dans son alvéole, et ce sont les mêmes raisons théoriques qui ont amené tous les auteurs, avant la publication de mon travail sur le Curettage alvéolo-radiculaire à pratiquer systématiquement la résection apicale dans les interventions faites par voie vestibulaire pour les abcès alvéolaires chroniques.

Dans mon travail de 1909, je me suis vivement élevé contre cette théorie, me basant sur l'anatomie pathologique des lésions que la technique *à ciel ouvert* que j'ai toujours pratiquée m'a permis de préciser, et me basant également sur les guérisons parfaites obtenues malgré la conservation de ces apex dénudés, soi-disant cause de tout le mal. Les nombreuses interventions que j'ai pratiquées depuis lors n'ont fait que confirmer plus fortement encore les affirmations que j'apportais à cette époque.

Mais les idées fausses sont tellement tenaces qu'il me paraît utile de revenir encore sur ce point qui est de la plus grande

importance car il conditionne toute la technique du curettage apical.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ABCÈS ALVÉOLAIRES.

Dans l'abcès alvéolaire chronique les lésions sont à la fois *radiculaires* et *osseuses*. Sans doute elles débutent toujours à l'apex de la racine puisqu'elles sont provoquées par une infection pulpaire qui ne peut se propager au tissu osseux que par l'orifice apical de la racine, mais les lésions nécrotiques se développent bien plus aux dépens du tissu osseux, infiniment plus vulnérable, qu'aux dépens du tissu radiculaire et, dans un grand nombre de cas, on trouve des lésions radiculaires infimes, limitées à une petite dénudation apicale, alors que l'os a été détruit par la suppuration sur une étendue considérable formant une cavité de la grosseur d'une noisette ou plus.

J'ai pu, au cours de mes nombreuses interventions apicales, étudier d'une façon très complète sur le vivant l'anatomie pathologique des abcès alvéolaires, et voici les constatations qu'il m'a été permis de faire :

Que la table alvéolaire et la muqueuse ait été détruite par l'abcès et que celui-ci se trouve *fistulisé*, ou bien que la table alvéolaire ou la muqueuse seule n'ait pas été encore traversée et que l'abcès soit *borgne*, les lésions sont sensiblement les mêmes.

En ce qui concerne les *lésions osseuses*, celles-ci sont représentées par une cavité nécrotique plus ou moins volumineuse, irrégulière, creusée dans l'os, au sommet de la racine ; l'os subit une fonte purulente ; aussi, sauf complication, n'y a-t-il jamais de séquestre libre. Les parois de la cavité sont rugueuses comme de la pierre ponce dont elles donnent la sensation lorsque on les gratte avec la curette, sensation très différente de celle que l'on trouve dans les cavités kystiques non suppurées dont les parois osseuses non nécrotiques sont lisses et régulières. La cavité abcédée est remplie par des fongosités qui sont développées non au dépens de la racine, mais *au dépens de l'os* auquel elles sont attachées et ce sont ces fongo-

sités qui produisent le pus qui s'écoule en plus ou moins grande quantité par le canal radiculaire ou par la fistule, suivant le cas.

On peut rencontrer en outre des productions adhérentes à la racine, mais il s'agit, dans ces cas, de tumeurs du périoste radiculaire. Je le répète dans l'abcès alvéolaire chronique, tel qu'on l'observe habituellement, les fongosités qui remplissent la cavité abcédée et produisent la suppuration ne sont pas développées aux dépens de la racine, mais aux dépens de l'os dont elles détruisent progressivement la substance par la suppuration qu'elles produisent.

Les *lésions radiculaires* sont caractérisées par une dénudation de la racine qui se trouve en contact avec la cavité abcédée dans une étendue plus ou moins considérable ; le ligament et l'alvéole se trouvent détruits à ce niveau et la racine y subit, elle aussi, un travail nécrotique, mais celui-ci, contrairement à ce qui se produit pour le tissu osseux, est infiniment lent en raison de la résistance considérable que les tissus radiculaires, même le cément (cependant si voisin de l'os comme constitution), offrent aux cellules ostéoclastes qui sont les agents de cette destruction. Aussi n'est-ce que dans les abcès chroniques extrêmement anciens que l'on trouve les apex creusés de nombreuses vacuoles, visibles à l'œil nu, qui, en s'étendant, peuvent finalement entraîner la destruction totale d'une portion de cet apex par fonte purulente de celui-ci. Mais, dans les cas moyens, les lésions apicales se bornent à une altération superficielle du cément qui n'est plus lisse mais légèrement rugueux.

L'étendue et la topographie de la portion apicale atteinte sont extrêmement variables ; on peut les ramener néanmoins à trois types que j'ai schématisés dans les figures 1, 2 et 3.

Dans le premier type représenté (fig. 1), la dénudation s'étend circulairement à une portion apicale de 4 à 5 millimètres d'étendue qui se dresse comme un cône dans la cavité abcédée. Contrairement à ce que l'on pense généralement, *c'est là la forme la plus rarement rencontrée.*

Il y a lieu à cet égard de mettre en garde les praticiens contre les erreurs d'interprétation que peuvent entraîner les radiographies. Assez fréquemment les épreuves radiographiques donnent des images assez semblables à celle qui est repré-

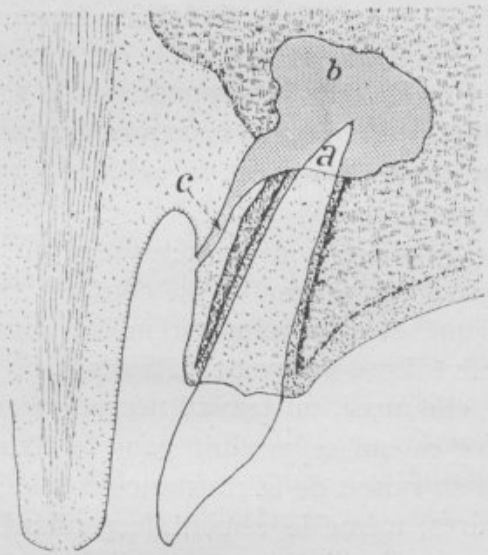


Fig. 1. Type d'abcès alvéolaire dans lequel les lésions radiculaires s'étendent circulairement à une portion étendue de l'apex qui se dresse comme un cône dans la cavité abcédée.

a) Apex dénudé.
b) Cavité osseuse de l'abcès.
c) Trajet fistuleux vestibulaire.

sentée dans cette figure 1. Or, dans la plupart de ces cas, si l'on intervient pour ces abcès par la voie vestibulaire, on est tout surpris de voir que les lésions radiculaires sont beaucoup plus limitées que n'aurait pu le faire croire la radiographie et qu'elles sont du type représenté dans les deux figures suivantes. Cette erreur d'interprétation est due à la transparence relative aux rayons Roentgen de certaines portions osseuses enflammées mais non détruites.

Dans le second type d'altération apicale (fig. 2), les lésions, parties de l'apex, s'étendent, non plus circonférentiellement, comme dans le cas précédent, mais le long d'une des faces de la racine, généralement une face proximale, distale ou mésiale

indifféremment, tout en respectant les autres qui restent recouvertes par le ligament et l'alvéole.

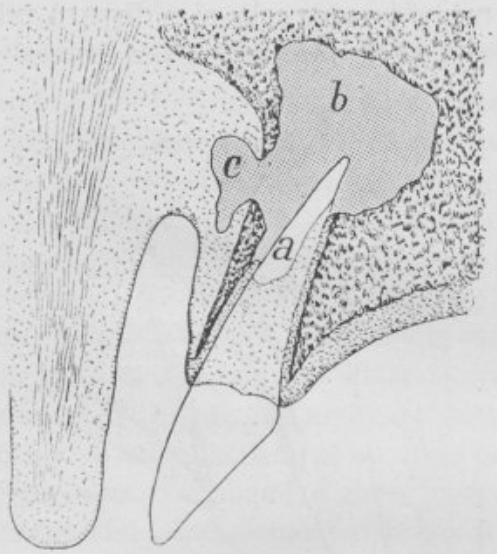


Fig. 2. Type d'abcès alvéolaire dans lequel les lésions radiculaires s'étendent le long d'une des faces proximalesde la racine tout en respectant les autres qui restent recouvertes par le ligament et l'alvéole.
a) Partie de la racine qui est dénudée.
b) Cavité osseuse de l'abcès.
c) Cavité sans muqueuse de l'abcès représenté ici qui est un abcès borgne.

C'est dans le troisième type (fig. 3) que les lésions sont le plus réduites ; elles sont limitées en effet à une toute petite portion radiculaire autour de l'orifice apical et ce n'est que difficilement, dans ce milieu où l'hémostase complète est impossible, que l'on arrive à apercevoir cette petite portion apicale que l'on ne peut parfois mettre en évidence au cours de l'opération qu'en introduisant dans le canal radiculaire une sonde à canaux à laquelle on fait traverser l'apex.

Ce sont les deux dernières formes, c'est-à-dire celles représentées dans les figures 2 et 3, que l'on observe le plus fréquemment, et l'une et l'autre avec une fréquence à peu près identique.

Il résulte des constatations de l'anatomie pathologique :

1° Que, dans les abcès alvéolaires chroniques, les lésions

osseuses sont toujours beaucoup plus considérables que les lésions radiculaires ;

2° Que, quand la suppuration due à l'infection canaliculaire persiste même lorsque celle-ci a disparu, cela est dû à la persistance des lésions osseuses et des fongosités qui les ac-

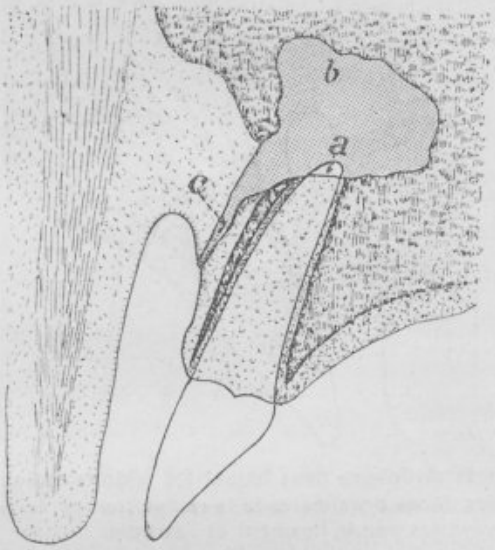


Fig. 3. Type d'abcès dont les lésions radiculaires sont limitées à une toute petite portion autour de l'orifice apical.
a) Partie de la racine qui est dénudée.
b) Cavité osseuse de l'abcès.
c) Trajet fistuleux vestibulaire.

compagnent et non pas à la présence d'une portion apicale dépourvue de ligament ;

3° Que l'étendue de la portion dénudée de la racine n'a aucun rapport avec l'intensité de la suppuration ;

4° De ces constatations il résulte encore un point particulièrement intéressant, c'est que, sauf dans le premier type de dénudation apicale, et nous avons vu que c'était de beaucoup le plus rare, la résection apicale, si on la pratique, enlève non pas seulement la portion dénudée de la racine mais en même temps une portion saine qui contribue à maintenir la vie et la solidité de cette racine. Ainsi donc, non seulement la résection apicale est généralement une complication inutile des interventions radiculaires, le curettage

suffisant généralement, à lui seul, à assurer la guérison, mais encore cette résection apicale est souvent nuisible à la vitalité future de la racine de la dent traitée.

II. — Anatomie pathologique des kystes radiculaires

Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomo-pathologiques que l'on constate dans les kystes paradentaires de petit volume, qui sont les seuls que je veuille envisager ici; ceux-ci, en effet, se différencient très peu cliniquement et radiologiquement des abcès chroniques et ce n'est généralement qu'au cours de l'intervention que le diagnostic peut être établi de par la présence d'une paroi kystique et d'une cavité osseuse régulièrement arrondie avec des parois peu altérées contrairement à celles de la cavité abcédée qui, je l'ai dit, est rugueuse comme de la pierre ponce et se laisse facilement entamer par la curette.

Dans le kyste, non compliqué d'abcès concomitant, les lésions radiculaires sont généralement réduites au minimum ; contrairement à ce que l'on croit trop souvent, la pointe de la racine ne pénètre pas dans le kyste dont la cavité n'est pas normalement en communication avec le canal radiculaire ; lorsque cette communication existe, c'est qu'elle a été établie par les manœuvres opératoires au cours du traitement des canaux radiculaires. La portion apicale mise à nu par le développement du kyste étant d'ordinaire très restreinte ne nécessite généralement pas de résection si la dent est conservée.

***

Ce sont ces lésions anatomo-pathologiques qui doivent conditionner toute la technique opératoire des interventions apicales. C'est la nature de ces lésions qui permet également de comprendre les possibilités et le mécanisme de la guérison des abcès alvéolaires par la simple désinfection canaliculaire.

C'est en effet parce que les lésions osseuses sont bien plus étendues que les lésions radiculaires, qu'un abcès alvéolaire est susceptible de guérir par simple suppression de l'infection du canal radiculaire due à la mortification pulpaire. L'os est un tissu vivant doué d'une puissance de réaction beaucoup

plus grande que le cément de la dent, et c'est pourquoi, si les conditions sont favorables, cet os pourra, consécutivement au traitement radiculaire, résorber les fongosités de l'abcès, cicatriser et souvent réparer ultérieurement les pertes osseuses subies, choses que ne pourrait faire le cément apical de vitalité infiniment plus réduite.

Mais, si un abcès, dans des conditions favorables, peut guérir spontanément à la suite de la simple désinfection canaliculaire, on comprend par contre qu'un kyste, production néoplasique, est incapable de guérir sans une intervention apicale, quelle que soit la perfection de la désinfection obtenue, puisque la paroi kystique est à croissance indéfinie et non susceptible d'être détruite par la suppuration, comme cela peut se vérifier dans les grands kystes suppurés, même depuis de longues années.

Pourquoi tous les abcès alvéolaires chroniques ne sont-ils pas susceptibles de guérir par la simple désinfection canaliculaire ? Ici, interviennent des conditions qui nous échappent un peu; on peut dire cependant que l'étendue des lésions osseuses, les difficultés de désinfection canaliculaire de certaines dents et sans doute aussi le terrain organique des malades jouent certainement un rôle important dans la persistance des abcès malgré la désinfection des canaux de la dent ; ce sont ces cas qui sont justiciables du *curettage apical*.

III. — Technique du curettage apical

Le curettage apical est une opération qui consiste à aller, par la voie vestibulaire, ouvrir largement et nettoyer d'une façon complète le foyer abcédé, cette opération étant précédée ou suivie, suivant le cas, de l'obturation antiseptique du canal radiculaire.

Pour simplifier la description j'envisagerai ici la technique du curettage en ce qui concerne les abcès alvéolaires chroniques et signalerai ensuite brièvement quelques particularités relatives aux interventions sur les kystes.

L'opération devra toujours être précédée de la prise d'une bonne radiographie montrant l'étendue apparente des lésions et la conformation des racines.

L'anesthésie locale est la seule qu'il y ait lieu d'employer pour ces opérations qui sont assez longues et minutieuses et pour lesquelles, en dehors des nombreuses autres contre-indications, l'anesthésie générale serait une gêne préjudiciable à l'exécution méthodique de l'opération.

Cette anesthésie doit se pratiquer comme pour l'extraction des dents, c'est-à-dire, en injectant la solution anesthésique dans la fibro-muqueuse de la région intéressée, ce qui donnera l'anesthésie alvéolaire ; mais, comme l'intervention doit porter sur la région osseuse péri-apicale, il faut étendre l'anesthésie en conséquence à la région supra-alvéolaire en faisant dans la région vestibulaire des injections transmuqueuses, directement au contact de l'os [1], dans une étendue dépassant largement les limites approximatives des lésions indiquées par la radiographie.

On emploiera toujours, à moins de contre-indication tenant à l'état général des patients, des solutions anesthésiques avec adrénaline ; celles-ci, en effet, sans assurer une hémostase complète impossible à obtenir, diminuent notablement l'écoulement de sang qui accompagne toujours cette opération et en facilite ainsi l'exécution.

L'anesthésie obtenue, il faut mettre à jour le foyer de suppuration par une incision vestibulaire. Où doit se faire cette incision?

On dit généralement que cette incision doit se faire le plus près possible de l'apex de la racine de la dent en cause ; c'est là un critérium tout à fait insuffisant car il est un point capital qui régit le siège de cette incision, point que j'ai déjà signalé dans mon premier travail [2], mais sur lequel je n'ai pas alors suffisamment insisté : c'est que, *à aucun prix, cette incision ne doit intéresser, si peu que ce soit, la fibro-muqueuse gingivale*. Faute d'observer cette recommandation on a les plus grandes chances de n'avoir pas une réunion complète de l'incision et d'avoir une fistule permanente malgré la gué-

1. Pour la technique de l'anesthésie, je renvoie le lecteur au travail que j'ai récemment publié sur L'ANESTHÉSIE TRANSCUTANÉE DANS LES OPÉRATIONS DE STOMATOLOGIE. *L'Odontologie*, 1924, p. 353.

2. Loc. cit, p. 11.

rison des lésions apicales et alvéolaires. J'ai, dans des travaux antérieurs, signalé l'importance considérable de la fibro-muqueuse gingivale dans la nutrition de l'os maxillaire[1], aussi faut-il respecter scrupuleusement cette portion de la muqueuse dont l'incision devra toujours être éloignée de trois millimètres au moins, quelle que soit l'étendue de cette fibro-muqueuse, très variable suivant les individus et quelle que soit la longueur de la racine. Chez ceux où cette fibro-muqueuse est très développée ou chez lesquels le sillon vestibulaire est peu profond il ne faut pas craindre de faire cette incision dans le fond du sillon vestibulaire, même au besoin sur la face interne de la lèvre, car il importe à tout prix, si l'on veut que la plaie se réunisse sans fistule, d'observer ce précepte que je considère comme primordial. Si l'incision se trouve ainsi portée au-dessus de l'apex, cela n'a aucun inconvénient, on se fera du jour vers celui-ci en réclinant le bord inférieur de la plaie avec un petit écarteur.

S'il existe une fistule vestibulaire on ne tiendra aucun compte de celle-ci dans le tracé de l'incision. Cette fistule siège parfois dans la fibro-muqueuse, et si l'incision se faisait à son niveau il se produirait fatalement l'accident de non-réunion que je viens de signaler ; tandis que, si l'incision est faite en dehors d'elle et suivant les règles précitées, la fistule se cicatrise spontanément en même temps que la lésion apicale se guérit.

Contrairement à ce que j'indiquais en 1909, je ne pratique plus depuis longtemps l'incision au thermo ou au galvano-cautère, mais au bistouri. Le cautère diminue l'hémorragie, mais, par contre, retarde beaucoup le temps de cicatrisation ce qui n'est pas à rechercher contrairement à ce que je pensais autrefois.

Je pratique une incision horizontale de 2 à 3 cm. de longueur

---

1. Maurice Roy Un cas intéressant de réparation osseuse consécutivement à un abcès alvéolaire grave. *L'Odontologie*, 1913, vol. II, p. 483.
Maurice Roy et Paul Martinier. Le traitement des blessures de guerre de la région maxillo-faciale. Paris, J B. Baillière, 1915 et *L'Odontologie*, 1915.
Maurice Roy et Georges Villain. Quelques observations de blessés des maxillaires. *L'Odontologie*, 1918, p. 97.

allant jusqu'à l'os et dont le milieu répond à la racine de la dent malade. A l'aide d'une petite rugine osseuse de 5 mm. de large je libère les parties molles de l'os et je repère le siège de la cavité abcédée. Pour cela, avec une pointe un

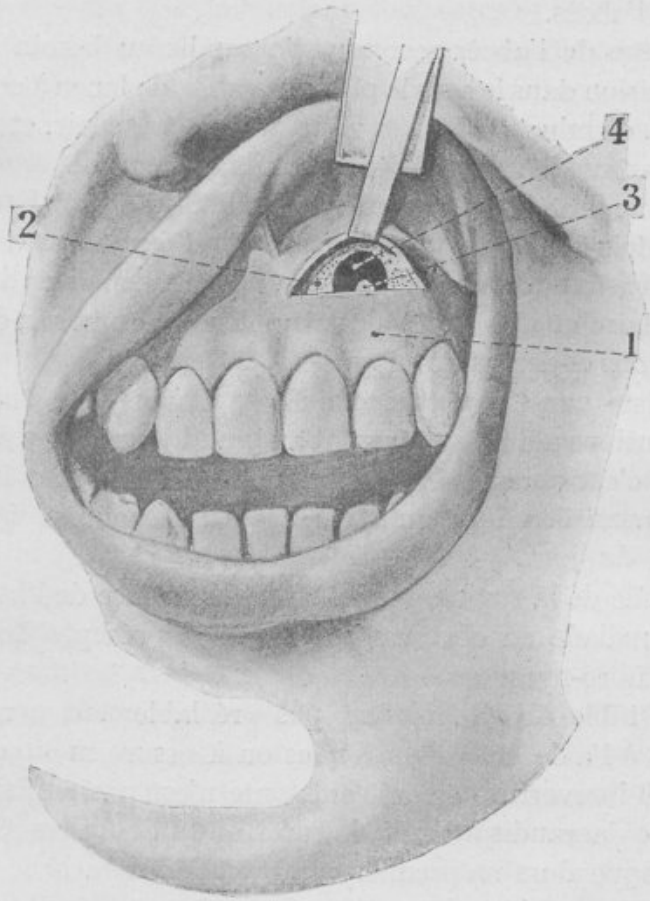


Fig. 4. Le curettage apical.
1. Fibro-muqueuse gingivale dont l'incision doit toujours se tenir éloignée de trois millimètres au moins.
2. Paroi alvéolaire antérieure.
3. Apex dénudé.
4. Cavité intra-osseuse de l'abcès.

peu résistante j'explore la surface de l'os. En général, la table alvéolaire externe est détruite et la pointe, promenée sur la surface du maxillaire, s'enfonce dans un orifice plus ou moins large qui donne accès dans la cavité. Si la table alvéolaire

n'est pas perforée, l'os est néanmoins toujours amincí par le processus nécrotique et, en appuyant un peu fortement avec la pointe exploratrice, on traverse aisément la paroi au point le plus faible qui est celui où l'on devra perforer l'os pour trouver l'abcès.

Le siège de l'abcès reconnu, j'agrandis au besoin un peu mon incision dans le sens le plus favorable, de façon à ce qu'elle ait une étendue suffisante pour y voir très clair, et à l'aide d'un écarteur je fais réclíner les bords de la plaie.

Dans le but d'augmenter les facilités d'accès il m'arrive quelquefois de faire une incision en T en faisant une seconde incision perpendiculaire à la première, mais en direction vestibulaire et non gingivale naturellement en raison des considérations ci-dessus développées.

J'insiste sur l'importance qu'il y a à ce que toutes les interventions apicales se fassent au grand jour et non à l'aveuglette ; c'est pourquoi il est indispensable que les incisions soient aussi étendues qu'il est nécessaire pour se faire largement du jour.

A l'aide de la rugine, je mets à nu la surface de l'os dans la région malade en observant toujours le précepte de ne pas léser la fibro-muqueuse.

Si la table alvéolaire n'est pas préalablement perforée, je l'ouvre à l'aide de fraises rondes ou à fissure montées sur le tour. Si l'ouverture osseuse existante n'est pas suffisamment large, je l'agrandis à l'aide de curettes ou de fraises. Ceci fait, je pratique alors un premier curettage qui détache les grosses fongosités qui remplissent toujours la cavité et saignent abondamment. Je tamponne alors la cavité et il est possible à ce moment d'obtenir une hémostase relative de quelques secondes qui permet de se rendre compte de l'étendue et de la configuration générale des lésions ce qui n'est pas possible avant l'enlèvement de ces fongosités.

Je procède ensuite au curettage complet de la cavité abcédée et de la portion dénudée de la racine qui, ainsi que je l'ai signalé dans le chapitre d'anatomie pathologique, est variable suivant les cas et très souvent d'étendue très minime. Je pra-

tique ce curettage avec de petites curettes à lupus ou de petites curettes qui servent dans les évidements mastoïdiens ; dans les petits abcès ou dans les parties anfractueuses des plus grands, j'emploie des fraises rondes montées sur le tour. Ces fraises doivent être faiblement coupantes et tourner à vitesse modérée de façon à gratter sans détruire inutilement les portions osseuses malades.

Un tamponnement pratiqué pendant quelques instants permet de se rendre compte du résultat obtenu et de voir les points qui peuvent avoir besoin d'une intervention complémentaire.

La cavité étant complètement nettoyée, je la déterge avec un tampon imbibé de chlorure de zinc au 1/10 et la lave ensuite à l'eau bouillie ; je rabats enfin la lèvre du patient en affrontant les bords de la plaie, l'opération est terminée. Il ne reste plus qu'à faire l'obturation du canal, temps opératoire dont nous allons parler dans un instant.

Je ne fais jamais de tamponnement à demeure ; celui-ci est complètement contre-indiqué, car il n'y a généralement pas d'hémorragie post-opératoire et, dans ces conditions, le tamponnement est non seulement inutile, mais nuisible en retardant la réparation des tissus.

Les sutures, de même, sont généralement inutiles ; la lèvre remise en place, les bords de la plaie sont tout naturellement en contact d'une façon aussi parfaite que par une suture et sans les inconvénients de dilacération supplémentaire que celle-ci imprime aux tissus particulièrement dans le lambeau en rapport avec la fibro-muqueuse. Il suffit de recommander au malade de ne pas soulever inutilement sa lèvre pour ne pas écarter les bords de la plaie.

Les suites opératoires sont des plus simples : on prescrit au malade le brossage convenable de ses dents et des lavages après chaque repas avec une solution antiseptique faible. La plaie est surveillée et nettoyée tous les deux ou trois jours et la cicatrisation complète est obtenue dans un délai de dix à quinze jours, trois semaines au maximum. Il se produit en général, 24 heures après l'opération, un léger œdème de la lèvre ou de la joue qui disparaît dans le même temps ; il est

bon de prévenir le patient de ce petit incident pour éviter toute crainte de sa part au sujet de ce phénomène sans aucune importance.

IV. — L'OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES

Lors de ma première publication en 1909, je pratiquais toujours l'obturation des canaux 48 heures après le curettage apical et je faisais précéder cette obturation d'un pansement préalable. Depuis, ma technique s'est un peu modifiée quant au moment où je pratique cette obturation des canaux qui varie un peu suivant les cas.

L'obturation des canaux avant le curettage présente des avantages en simplifiant l'opération et ses suites ; mais cette obturation ne devra se faire que si l'on a pu obtenir préalablement une désinfection et un *asséchement* complet du canal dans toutes ses parties. Or cette sécheresse du canal dans sa partie apicale est assez rarement possible à obtenir dans les abcès alvéolaires chroniques et, dans ces condition, si l'on fait l'obturation du canal, la matière obturatrice se trouve souillée par les sécrétions purulentes du péri-apex et ne présente pas les conditions requises pour une bonne obturation canaliculaire définitive. C'est pour cette raison uniquement que je ne pratique généralement pas l'obturation des canaux avant le curettage ; mais, lorsque cette condition de désinfection et d'asséchement du canal peut être obtenue, je considère qu'il y a avantage à pratiquer l'obturation des canaux préalablement à l'opération péri-apicale.

Si, au contraire, cet asséchement préalable du canal n'est pas possible, l'obturation de celui-ci doit être pratiquée après le curettage immédiatement ou médiatement.

J'ai pendant longtemps procédé à l'obturation médiate, 24 heures généralement après l'opération ; mais, depuis un certain temps, je m'astreins à faire cette obturation immédiatement après le curettage ce qui allonge un peu le temps total de l'opération, mais présente, par contre, l'avantage de tout terminer en une fois.

Je pratique toujours l'obturation du canal avec de la pâte

oxyde de zinc, aristol et eugénol de consistance très épaisse qui est antiseptique, durcit très bien au contact des liquides buccaux et forme, à cette consistance, une obturation hermétique des canaux. Pour cela, je prépare donc, avant l'opération, la pâte et tout le matériel nécessaire au nettoyage et à l'obturation des canaux. Le curettage apical étant terminé, je place dans la cavité abcédée un tampon d'ouate stérilisé de grosseur appropriée destiné à faire l'hémostase et à permettre l'asséchement du canal. Faute de cette précaution du sang s'écoulerait dans le canal par l'orifice apical et l'on aurait les inconvénients que j'ai signalés plus haut.

Ceci fait et la dent se trouvant complètement isolée du milieu buccal, je procède à la désinfection mécanique et à l'asséchement du canal[1]; cette désinfection mécanique est généralement très simplifiée par le fait que, avant de procéder au curettage apical, les canaux ont d'ordinaire été préalablement traités.

Le canal étant donc nettoyé et sec, je procède à la désinfection proprement dite en passant une série de mèches préparées à l'avance dans le chloroforme, je dessèche à l'air chaud puis j'introduis dans le canal du formothymol, je projette à nouveau de l'air chaud, répète au besoin l'application de formothymol, puis je procède à l'obturation avec la pâte oxyde de zinc, aristol, eugénol très épaisse que je foule fortement dans le canal jusqu'à ce qu'elle passe au delà de l'apex au contact du tampon remplissant la cavité péri-apicale que je viens de curetter ; je remplis complètement le canal ainsi que la cavité de la dent où la pâte forme une excellente obturation provisoire. Il ne reste plus qu'à retirer le tampon préalablement placé dans la cavité péri-apicale sur lequel on trouve un peu de pâte, on lave la cavité à l'eau bouillie et la lèvre est rabattue en affrontant les bords de la plaie ainsi que je l'ai dit plus haut.

Si l'obturation immédiate du canal est préférable, il n'y a pas néanmoins d'inconvénient notable à la pratiquer 24 ou 48 heures après le curettage ; j'ai procédé ainsi fort longtemps

1. Maurice Roy. Le traitement des dents infectées. *L'Odontologie*, 1921, p. 149.

et avec les meilleurs résultats. En raison de la durée plus longue de l'opération qu'il comporte, on peut être amené à ajourner ce temps complémentaire de l'opération chez un malade qui peut être un peu fatigué.

Si l'obturation du canal est faite 24 ou 48 heures après l'opération je procède suivant la technique indiquée ci-dessus : après lavage de la plaie, j'en écarte légèrement les bords pour placer dans la cavité péri-apicale un tampon un peu serré destiné, comme précédemment, à absorber les sécrétions séreuses abondantes qui se produisent au niveau des tissus divisés et à permettre l'asséchement du canal et je procède ensuite à l'obturation suivant la technique ci-dessus indiquée. Le tampon est alors retiré, la cavité est lavée pour enlever les fragments de pâte qui peuvent y avoir pénétré par le foulage dans le canal et la cicatrisation se poursuit sans incident pourvu que les précautions d'hygiène buccale et d'antisepsie de la plaie soient observées de façon convenable.

V. — La résection apicale, ses indications, sa technique

Au début de ce travail, je me suis étendu assez longuement, pour ne pas avoir à y revenir, sur l'erreur qui consiste à attribuer à la dénudation de l'apex la cause de la persistance des abcès alvéolaires et sur l'erreur que ces abcès ne peuvent guérir que par la suppression de cette partie radiculaire dénudée ; le nombre considérable de cas d'abcès alvéolaires guéris sans résection apicale par moi et par ceux ayant adopté mes idées à ce sujet est la démonstration péremptoire de l'exactitude des vues que je défends depuis 25 ans.

Cependant, si d'ordinaire la résection n'est pas nécessaire pour la guérison, elle n'en présente pas moins quelques indications :

1° Dans certains cas d'abcès alvéolaires et particulièrement dans la forme représentée dans la fig. 1, la présence de l'extrémité apicale dénudée peut apporter une gêne au curettage de la cavité, notamment dans sa partie postérieure. Il est dans ces conditions contre-indiqué de laisser cette partie dénudée de racine qu'il est préférable d'enlever en vue de

faciliter le curettage minutieux de tous les recoins de ces cavités irrégulières.

2° De même, si l'extrémité apicale présente une nécrose étendue avec des vacuoles qui la transforment en une pointe irrégulière, il est naturellement indiqué de réséquer celle-ci pour donner à la racine une surface lisse ne servant pas de réceptacle à des produits morbides.

3° Chez certains individus, les racines sont très superficiellement situées et le bord alvéolaire externe très mince ; il en résulte que les extrémités apicales forment, à l'état normal, une forte saillie visible dans le sillon vestibulaire. De plus, chez ces individus, le tissu cellulaire vestibulaire est, en général, peu abondant et la muqueuse très mince au niveau de la table alvéolaire externe. Il résulte de cette disposition anatomique que, lorsque l'on a incisé la muqueuse et atteint l'apex, celui-ci pointe entre les lèvres de la plaie qui, étant peu étoffées, ont de la peine à recouvrir le dit apex. Dans ces conditions il y a lieu de faire une résection apicale de hauteur convenable, l'apex fut-il même peu altéré, en vue d'assurer une bonne coaptation des bords de la plaie une fois le curettage de la cavité péri-apicale effectué.

4° Enfin, il arrive que l'on se trouve en présence d'un abcès provoqué par une racine dans laquelle se trouve un pivot scellé et qu'il soit impossible de retirer celui-ci sans risquer de compromettre irrémédiablement la racine, comme dans l'observation VII de mon travail précédent sur ce sujet [1].

Le curettage apical seul ne saurait donner la guérison par suite de l'impossibilité de désinfecter la portion apicale du canal infecté. J'estime dans un cas semblable que l'on peut considérer que la portion radiculaire dans laquelle se trouve le pivot a *pratiquement* des chances d'être assez notablement désinfectée par le travail de préparation et d'élargissement du canal à ce niveau et que, si l'on enlève la portion radiculaire située au delà du pivot, on aura des chances (je ne dis pas une certitude) de conserver la racine d'une dent qui peut être très utile au point

1. *Loc. cit.*, p. 23.

de vue esthétique. Dans ces conditions la résection de toute la portion apicale située au-dessus du pivot doit être pratiquée.

La technique de la résection apicale ne diffère de celle du curettage apical qu'en ce qui concerne la dernière partie de l'opération dans laquelle on pratique la résection apicale proprement dite. Je ne saurais trop m'élever contre les résections aveugles, transalvéolaires, pratiquées à travers une petite boutonnière muqueuse par tant d'auteurs, de même que contre l'emploi des trépans et forets variés à l'aide desquels, par ces procédés des plus défectueux et imprécis on se propose d'enlever les portions apicales altérées.

Voici très brièvement la technique que je suis : Après anesthésie locale, la muqueuse est incisée suivant les principes que j'ai exposés, la paroi alvéolaire mise à nu, la cavité abcédée, recherchée et curettée. A ce moment, la portion apicale ayant été bien mise à jour, on procède à sa résection. Pour cela, avec une fraise à fissure montée sur le tour, on sectionne la portion radiculaire au niveau indiqué par la nature des lésions en cause, en respectant toutes les parties saines avoisinantes ; la portion sectionnée tombe dans la cavité d'où il est facile de la saisir et l'enlever ; on complète ensuite le curettage de la cavité et l'opération est terminée dans les mêmes conditions que dans les cas précédemment décrits de curettage apical.

VI. — Indications et contre-indications du curettage apical

Bien que cette opération soit sans aucun danger et donne des guérisons constantes, elle n'en constitue pas moins une intervention un peu délicate qu'il ne faut pas pratiquer sans nécessité, nombre d'abcès alvéolaires étant susceptibles de guérir par la simple désinfection des canaux radiculaires complétée par une cautérisation du foyer abcédé au chlorure de zinc[1].

Le curettage apical sera pratiqué dans tous les cas d'abcès

1. Maurice Roy. Quelques considérations sur la carie du 4e degré simple ou compliquée d'abcès alvéolaire. *L'Odontologie*, 1923, p. 5.

alvéolaire chronique où le traitement par désinfection des canaux radiculaires aura échoué.

On l'emploiera de même dans le traitement des abcès dus à un faux canal.

Les kystes radiculaires de petit volume, dont le diagnostic avant l'opération est généralement assez difficile à établir avec l'abcès alvéolaire chronique, constituent une indication formelle du curettage apical, car, comme je l'ai fait remarquer plus haut, si un abcès alvéolaire chronique est susceptible de guérir par simple désinfection du canal radiculaire, il n'en est pas de même du kyste dont la membrane caractéristique de cette formation néoplasique ne peut se détruire ou se résorber spontanément comme les fongosités des abcès et certains petits granulonnes.

L'opération, dans ce cas, ne se différencie en rien de celle que j'ai décrite ; le curettage, au lieu d'enlever les fongosités que l'on trouve dans l'abcès, enlève la paroi kystique et l'on trouve alors une cavité osseuse, lisse et assez régulièrement arrondie qui caractérise le développement de ces formations néoplasiques.

De même cette opération est indiquée dans toutes les tumeurs apicales (granulomes).

Sur quelles dents peut-on pratiquer le curettage apical ?

Cette opération peut se pratiquer sur toutes les dents et aussi bien à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure ; quelques petites particularités sont simplement à noter pour certaines dents.

Rien de particulier à signaler pour les six dents antérieures incisives et canines aussi bien en haut qu'en bas, ainsi que pour les prémolaires supérieures si ce n'est que ces dents, par leur facilité d'accès, sont celles sur lesquelles l'opération est le plus facile à exécuter.

Pour les prémolaires inférieures, il faut se rappeler que le trou mentonnier se trouve entre les deux prémolaires au voisinage et un peu au-dessous de l'apex de ces deux dents, mais généralement un peu plus rapproché de la seconde prémolaire que de la première. Par suite de cette disposition on est sou-

vent amené, lorsqu'on pratique le curettage apical sur l'une ou l'autre de ces dents, à sectionner des filets du nerf mentonnier ; il peut même arriver de sectionner complètement ce nerf.

Toutefois, il faut savoir que cette section n'a pour effet que de déterminer une anesthésie plus ou moins complète (sans paralysie) de la lèvre inférieure et que cette anesthésie est d'ordinaire transitoire. Néanmoins, il faut respecter le plus possible ces filets nerveux que l'on reconnaîtra sous forme de minces cordons sortant du trou mentonnier. Sans pouvoir toujours éviter la section de quelques filets, on évitera de sectionner le tronc mentonnier en ne faisant pas l'incision trop bas (sous réserve de respecter la fibro-muqueuse, ainsi que je l'ai indiqué plus haut) et en faisant cette incision suffisamment longue pour pouvoir récliner fortement le bord inférieur de la plaie et écarter, sans le sectionner, le nerf mentonnier.

Rien de particulier à signaler pour les grosses molaires inférieures si ce n'est la plus grande difficulté d'accès, vu l'éloignement de ces dents de l'orifice buccal, surtout si la commissure labiale n'est pas très souple ; il ne faut pas craindre de prolonger l'incision vestibulaire à sa partie antérieure en vue de se faire le jour indispensable à une opération apicale rationnelle.

Pour les grosses molaires supérieures, outre ces mêmes conditions de difficulté d'accès, on doit toujours penser au voisinage du sinus maxillaire, dont l'apex peut n'être séparé que par une mince cloison osseuse et celle-ci peut elle-même être détruite, en sorte que l'on n'est séparé de la cavité sinusienne que par la muqueuse seule de cette cavité. Il convient donc, pour les racines des grosses molaires supérieures, après s'être fait le jour nécessaire, de procéder avec précaution au curettage de la cavité abcédée, surtout dans la partie supérieure, pour ne pas pénétrer dans le sinus.

Il reste entendu que si l'on trouvait le sinus malade, en aucun cas on ne tenterait une opération conservatrice et que la dent serait immédiatement enlevée.

En ce qui concerne les contre-indications, on ne pratiquera pas le curettage apical dans les cas d'abcès alvéolaires aigus qui seront simplement incisés aussi précocement que possible

afin d'assurer l'évacuation du pus, si celle-ci n'a pu être obtedue par la voie canaliculaire, et l'on attendra que les phénomènes aigus se soient dissipés pour pratiquer *à froid* le curettage apical, s'il y a lieu de recourir à cette intervention.

On ne pratiquera pas cette opération dans le cas de nécrose osseuse trop étendue, où la dent ne pourrait trouver les éléments d'une consolidation ultérieure convenable, de même en cas de dénudation trop considérable de la racine.

Enfin, cette opération est contre-indiquée dans les kystes trop volumineux où il y a souvent intérêt à pratiquer l'extraction de la dent et la résection du bord alvéolaire pour favoriser la fermeture ultérieure de la cavité osseuse creusée par l'évolution du kyste.

Dès qu'un kyste dépasse le volume d'une grosse noisette, d'une amande, il y a généralement indication à l'extraction de la dent avec ablation de la poche kystique.

VII. — Avantages du curettage apical

Je ne saurais trop insister sur les avantages de cette opération, ils sont considérables. En effet, *le curettage apical permet, tout en conservant la dent, de guérir d'une façon que l'on peut donner comme constante et avec une certitude absolue, tous les abcès alvéolaires chroniques et les kystes radiculaires de petit volume.*

Cette opération permet de reconnaître et de traiter *directement* les parties malades et d'obtenir leur guérison avec la sécurité la plus grande ; sous ce dernier rapport de la sécurité d'avenir elle est supérieure à tous les traitements par voie radiculaire en ne la considérant toutefois, bien entendu, que comme le corollaire de la désinfection et de l'obturation radiculaires sans lesquelles cette opération serait absolument sans effet.

Le curettage apical, en suivant la technique que j'indique, est une opération qui peut être facilement pratiquée par tout dentiste ayant un peu l'expérience de la petite chirurgie buccale et les complications qu'il présente, en observant cette technique, sont tellement rares et insignifiantes que l'on ne doit pas hésiter à y recourir dans tous les cas où le traitement par voie canaliculaire ne donne pas de résultat satisfaisant ou présente

quelque doute quant aux garanties de guérison pour l'avenir.

Après une expérience de 25 ans, je puis dire que cette opération, rationnellement faite, élargit considérablement le champ de la dentisterie conservatrice en ce qui concerne le traitement des complications péri-apicales de l'infection pulpaire, lesquelles constituent une des plus grosses indications de l'extraction des dents.

Je ne puis donc, en terminant ce travail, que répéter les conclusions que je formulais dans ma première publication en les modifiant simplement un peu en ce qui concerne les détails de technique que ma pratique m'a amené à modifier ou à préciser plus particulièrement.

VIII. — Conclusions

I. — Dans les abcès alvéolaires chroniques les lésions sont à la fois radiculaires et osseuses.

II. — Les lésions osseuses sont toujours beaucoup plus considérables que les lésions radiculaires.

III. — Quand la suppuration due à l'infection des canaux radiculaires persiste même lorsque celle-ci a disparu, cela est dû à la persistance des lésions osseuses et des fongosités qui les accompagnent et non pas à la présence d'une portion apicale dépourvue de ligament.

IV. — La conservation d'une partie importante de racine dépourvue de ligament n'empêche pas la disparition de la suppuration et la fermeture des trajets fistuleux, pourvu que l'infection canaliculaire, cause première de l'abcès, ait disparu et que le foyer abcédé ait été soigneusement nettoyé.

V. — La résection apicale est donc généralement une complication inutile des interventions apicales ; elle est en outre susceptible de nuire à la vitalité future de la racine de la dent traitée en enlevant souvent des parties saines de la racine.

VI. — Le *curettage apical* est une opération qui consiste à aller, par la voie vestibulaire, ouvrir largement et nettoyer d'une façon complète le foyer abcédé, cette opération étant précédée ou suivie, suivant le cas, de l'obturation antiseptique du canal radiculaire.

VII. — Sans se livrer à des délabrements inutiles cette opération doit cependant se faire à ciel ouvert, en se donnant pour cela tout le jour nécessaire pour voir les parties altérées et les curetter.

VIII. — L'incision faite dans la région vestibulaire ne devra intéresser à aucun prix la fibro-muqueuse gingivale dont elle devra se tenir éloignée d'au moins trois millimètres dans toutes ses parties.

IX. — L'obturation des canaux pourra se faire avant le curettage lorsque la désinfection et l'asséchement complets du canal auront pu être obtenus préalablement à l'opération. Dans le cas contraire, cette obturation devra se faire après le curettage ; soit et de préférence, immédiatement après, soit 24 ou 48 heures plus tard.

X. — La résection apicale n'est indiquée au cours du curettage de l'abcès que quand la présence de l'apex dénudé gêne les manœuvres opératoires nécessaires à cette intervention.

XI. — Le curettage apical doit être pratiqué dans tous les cas où la désinfection par voie canaliculaire aura échoué ou présentera quelque doute quant aux garanties de guérison pour l'avenir. De même en cas de kystes paradentaires de petit volume, de granulomes, de faux canal.

XII. — Il est contre-indiqué en cas d'abcès aigu ou de lésions nécrotiques ou kystiques trop étendues.

XIII. — Le curettage apical peut être pratiqué sur toutes les dents, aussi bien les multiradiculaires que les uniradiculaires et à la mâchoire inférieure comme à la mâchoire supérieure.

XIV. — Le curettage apical, pratiqué suivant les règles que j'indique permet, *tout en conservant la dent*, de guérir d'une façon que l'on peut donner comme constante et avec une certitude absolue quant à l'avenir tous les abcès alvéolaires chroniques n'ayant pas entraîné des désordres susceptibles d'empêcher, par leur étendue, la reprise de la dent. Il permet dans les mêmes conditions, c'est-à-dire avec conservation de la dent, de guérir les kystes de petit volume et les petites tumeurs périostiques de l'apex (granulomes).

DES CORPS ÉTRANGERS D'ORIGINE DENTAIRE DANS L'ŒSOPHAGE ET LES VOIES AÉRIENNES, LEUR EXTRACTION PAR LA BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE

Par le Dr Jean GUISEZ,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 2 décembre* 1924)

616.329 003.6

Cette conférence semble sortir du cadre ordinaire de celles qui sont faites ou plutôt seront faites dans ce nouvel amphithéâtre que vous inaugurez aujourd'hui, et cependant pourquoi cette question doit-elle, à notre sens, intéresser au plus haut point les dentistes ? Parce que, dans l'ensemble

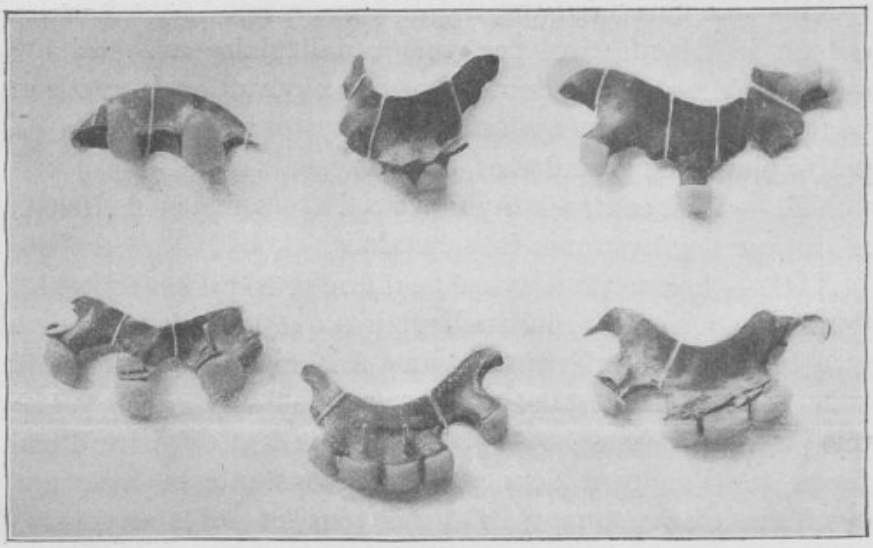


Fig. 1. Quelques dentiers extraits de l'œsophage par l'œsophagoscopie. (1/2 grandeur naturelle).

des corps étrangers que nous avons extraits de l'œsophage et des voies aériennes par la broncho-œsophagoscopie chez les adultes, les corps d'origine dentaire (dentiers, dents,

culots de dents, etc.), viennent en second plan, immédiatement après les os.

En effet, dans notre statistique personnelle, le nombre total de nos corps étrangers est actuellement de 202 dans l'œsophage et 76 dans les voies aériennes, 278 au total. Parmi eux il y avait 182 adultes, avec 41 corps dentaires dans l'œsophage et 7 dans les voies aériennes supérieures, on peut donc dire que chez l'adulte, *une fois sur quatre*, il s'agissait d'un corps étranger d'origine dentaire, et, comme on le voit, cette proportion est très élevée.

Cet accident, relativement rare en France (cependant bien moins qu'on ne le croit en général), est plus fréquent en Amérique où l'on emploie sans doute beaucoup plus l'anesthésie générale. C'est ainsi que le Pr. Chevalier Jackson, dont les travaux en Amérique sont contemporains des nôtres, a réuni dans la collection dont il vient de nous envoyer la photographie cinq instruments extraits des voies aériennes (fig. 1). Nous-même avons observé deux cas de ce genre. Enfin, chose intéressante pour vous, dans un certain nombre de cas la responsabilité du dentiste était très engagée puisqu'il s'agissait d'*accidents opératoires* ; il est donc utile que vous sachiez comment éviter cet accident et quel remède y apporter quand il est arrivé.

Etiologie. — Dans la grande majorité des cas, le corps avalé suit les voies naturelles et est éliminé de cette façon ; quelquefois, cependant, quand il est volumineux ou irrégulier, tel un dentier, il peut s'arrêter dans l'œsophage, d'autres fois il est véritablement aspiré, tombant dans les voies aériennes, s'arrêtant rarement dans le larynx ou la trachée et filant plus bas dans l'une ou l'autre bronche.

Comment cet accident peut-il se produire ? Dans les cas que nous avons observés, c'est le plus souvent *pendant le sommeil* que le dentier a été avalé. Plus ou moins bien fixé, il se détache pendant la nuit, et est avalé inconsciemment par le malade. Nous avons, au début de notre carrière d'œsophagoscopiste, en mars 1907, assisté à pareil accident assez dramatique, survenu chez une femme âgée de 81 ans ;

cette femme est réveillée brusquement dans la nuit en criant de façon inarticulée, sans pouvoir dire ce qui venait de lui arriver, elle montrait vainement sa bouche et son cou où était le siège de ses douleurs. Personne, ni sa femme de chambre, ni sa fille, ne pouvait comprendre ce qui lui était arrivé. Elle avait soigneusement caché qu'elle portait un dentier et depuis 30 ans que son dentiste l'avait posé, elle ne l'avait jamais retiré de sa bouche !

Un de ces dentiers avalé pendant le sommeil était non pas dans l'œsophage, mais dans la trachée, chez une femme (adressée par le Dr Bourdeloy), venue de Belle-Isle et opérée par nous en pleine crise d'asphyxie, en février 1911.

D'autres fois, c'est en *mangeant* qu'une petite pièce dentaire se détache et file plus bas avec le bol alimentaire. Il s'agit souvent d'une pièce plus volumineuse et la chose était fréquente lorsque les dentiers étaient en caoutchouc vulcanisé, qui se brisent en deux ou plusieurs morceaux, dont un ou même plusieurs fragments peuvent être déglutis. Dans trois cas nous dûmes enlever successivement chacun des fragments d'un dentier ainsi brisé du 1/3 moyen de l'œsophage et dans l'un d'eux, chez un homme de 26 ans adressé par le Dr Dantan, de St-Germain, en octobre 1911, nous avons cru débarrasser notre patient en enlevant d'abord un volumineux fragment composé de deux dents et d'un crochet. Devant la persistance de la dysphagie, nous dûmes refaire deux jours après une nouvelle œsophagoscopie qui nous permit d'enlever un deuxième fragment un peu plus bas que le premier et de guérir cette fois définitivement notre patient.

Cet accident peut très bien arriver au cours du *sommeil anesthésique* (chloroforme, éther ou chlorure d'éthyle) et une des précautions élémentaires avant toute anesthésie générale est de s'assurer que le malade n'a pas de pièces dentaires dans la bouche. Brusquement surviennent des troubles respiratoires, on croit que le malade avale sa langue et c'est son dentier qui est à l'entrée du larynx, dans l'hypopharynx ou même vient d'être dégluti par le patient.

Clerf, de Philadelphie, cite le cas d'un appareil de redressement qui disparut pendant l'anesthésie générale durant une opération abdominale et ne fut découvert que quatorze mois après dans la bronche gauche du patient lors d'un examen aux Rayons X pour une pseudo tuberculose pulmonaire [1].

Dans les *crises d'épilepsie* cet accident n'est pas rare et trois pièces dentaires, les plus volumineuses que nous possédons, puisqu'il s'agit de dentiers à peu près complets, ont été avalés dans ces conditions. Dans l'un d'eux, chez un jeune homme de vingt-cinq ans adressé par le Dr Moutrier, le dentier s'était, par une de ses branches, engagé dans le larynx et le malade asphyxiait littéralement quand nous fûmes appelé auprès de lui. Dans un autre le dentier était enclavé dans l'hypopharynx depuis la crise. Dans le troisième il avait franchi la bouche œsophagienne et était enfoui dans les parois de celle-ci d'où nous avons eu beaucoup de peine à l'extraire, les crochets étant solidement fixés dans la paroi.

Le dentier peut être avalé *dans un but de suicide* chez les aliénés, les neurasthéniques et nous avons été appelé deux fois dans des maisons de santé de nerveux dans de semblables circonstances. Une de ces malheureuses, qui s'était enfoncé avec la main un volumineux dentier dans l'hypopharynx, avait encore le cou tailladé, car huit jours auparavant elle s'était coupé le cou avec un canif. Cet accident n'est pas rare non plus dans la strangulation et plusieurs fois les médecins légistes ont constaté un dentier dans le pharynx ou au 1/3 supérieur de l'œsophage chez des malades morts subitement assassinés ou non (Cas de l'affaire Steinheil).

Enfin au cours de vos *interventions* une petite pièce dentaire peut très bien être avalée par le patient, une dent peut échapper d'un davier, en particulier une dent du fond de la bouche, une dent de sagesse. Cet accident n'a pas grande

1. Clerf, U. S. Nasal Medical Bulletin, juillet 1923.

importance quand le corps est simplement avalé ; mais il peut prendre le chemin des voies aériennes, tomber dans le larynx, la trachée et les bronches pouvant alors amener des complications graves (broncho-pneumonie). Nous avons enlevé une couronne dentaire en or d'une bronche gauche, une molaire d'une bronche droite; et nous avons vu un malade en 1910 qui affirmait que tous les accidents de toux, suffocation, suppuration fétide broncho-pulmonaire dataient nettement de l'extraction sous chloroforme d'une dent qui avait été avalée au cours d'une extraction ; ce qui a été démontré ultérieurement par l'expulsion de cette dent dans une vomique purulente, peu de jours avant la mort du patient sans que nous ayons pu intervenir, nous verrons plus loin pourquoi. Clerf cite le cas d'un amalgame qui tomba dans une bronche au cours de l'extraction de six dents sous anesthésie générale.

Un des instruments que vous maniez tous les jours peut se briser et un des fragments être dégluti ou filer dans les voies aériennes ; nous avons ainsi observé un fragment de davier dans une des bronches. Notre collègue Chevalier Jackson, de Pittsburgh, a réuni dans sa collection quatre tire-nerfs et une aiguille extraits des petites bronches (fig. 2). Cet accident arrive en général lorsque le malade est anesthésié tête très renversée en arrière lors de l'extraction des grosses molaires ou des dents de sagesse; il faut en être prévenu car alors la responsabilité de l'opérateur est tout à fait engagée.

Enfin citons comme mécanisme d'introduction dans les voies aériennes d'un corps étranger le suivant : le malade vient d'avaler une pièce dentaire, les témoins de l'accident, un médecin ou même un dentiste, comme nous avons noté le cas dans trois de nos observations, s'efforcent de l'extraire avec leurs doigts, ils le sentent très bien au fond de la bouche, dans le pharynx, ils s'efforcent de le ramener, peine inutile, ils l'enfoncent davantage, parfois dans l'œsophage, mais quelquefois aussi à travers les voies aériennes. C'est de cette façon qu'un canif, une balle de fusil que nous

possédons dans notre collection ont été pour ainsi dire énucléés à travers la glotte et ont filé dans la bronche, en somme par la faute des témoins de l'accident.

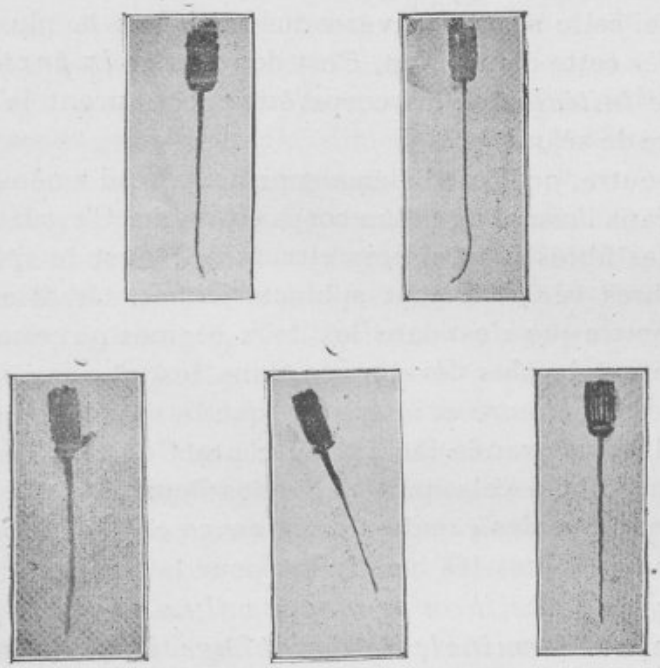


Fig. 2. Instruments extraits des bronches.
Collection du Pr Chevalier Jackson (Philadelphie).

1° *Pathogénie.* — Pourquoi un *corps étranger séjourne-t-il dans l'œsophage* et pourquoi, s'il a franchi la portion initiale de ce conduit, n'est-il pas avalé et chassé dans les portions suivantes du tube digestif?

Les *auteurs classiques*, qui considéraient l'œsophage *comme un canal*, notion tirée du seul examen cadavérique, nous enseignent que[1] « le siège des corps étrangers est assez fixe en trois points principaux correspondant aux trois rétrécissements normaux de l'œsophage : à l'orifice supérieur, au point de croisement avec la crosse de l'aorte et au niveau du cardia ».

1. Voir Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, article du Prof. Hartmann.

Mais l'œsophagoscopie nous a amené à considérer l'œsophage tout à fait différemment : il est *en réalité cavitaire à sa partie moyenne, tubulaire à ses deux extrémités.* Des deux portions canaliculaires, la supérieure est la plus longue, celle sise au niveau du cardia est la plus courte. D'après cette disposition, c'est donc *dans la portion cervicale initiale* que les corps étrangers auront le plus de chance de séjourner.

En outre, quel est l'élément principal qui amène la fixation dans l'œsophage d'un corps étranger? C'est la contraction des fibres musculaires circulaires, c'est le *spasme* de ces fibres véritablement sphinctériennes. Or, il est facile d'admettre que c'est dans les deux régions où cette musculature est la plus développée, dans les régions sphinctériennes supérieure et inférieure, que le spasme se produira avec la plus grande facilité au contact du corps étranger. Si l'on joint à cela qu'il s'agit des deux régions les plus étroites et seules canaliculaires de ce conduit, il y a donc là réunies toutes les conditions pour la fixation des corps étrangers de *petit ou de moyen volume dans la portion initiale et terminale de l'œsophage.* La partie moyenne dilatée cavitaire de l'œsophage ne renfermera qu'exceptionnellement le corps étranger. Cependant, lorsque celui-ci est *volumineux,* lorsqu'il est *irrégulier* et lorsque surtout l'on aura fait des manœuvres d'extraction qui, souvent, n'auront réussi qu'à le refouler, il pourra siéger dans la portion moyenne de l'œsophage. C'est ainsi que des dentiers siégeront de préférence à la partie moyenne de l'œsophage. On peut même dire qu'un corps étranger volumineux n'est toléré et n'occasionne plus d'accidents sérieux de suffocation que s'il a passé dans cette partie moyenne.

Vous allez voir qu'il en est de même des corps étrangers des voies aériennes. Comme nous l'avons dit plus haut le corps étranger peut franchir la glotte, au moment d'une large inspiration, il peut s'arrêter dans le larynx ou la trachée (circonstance rare (2/10), ou plutôt il tombe dans l'une des deux bronches, principalement la droite qui est

la plus large. Parmi les corps dentaires, que nous avons observés, il y en avait seulement 7 dans les voies aériennes (pour 41 dans l'œsophage), dont 2 dans le larynx, 1 dans la trachée, 4 dans les bronches.

2° Comment reconnaître qu'un dentier par exemple est arrêté dans l'œsophage ?

Le diagnostic exact de présence d'un corps étranger dans l'œsophage était des plus difficiles, ainsi que nous allons le voir avant l'usage de l'œsophagoscopie ; les *signes cliniques, fonctionnels et physiques* ne constituaient que des probabilités, souvent susceptibles de nous induire en erreur.

Le *commémoratif*, lorsqu'il est très net, a évidemment une grande importance. Un adulte a avalé son dentier ou un os en mangeant, il y a de fortes chances pour que ces corps étrangers, étant donné leur volume et leur forme, soient restés dans l'œsophage et souvent l'arrêt d'un corps étranger dans l'œsophage détermine *au moment de l'accident* des troubles caractéristiques. C'est un *accès de suffocation* qui débute soudainement dès la déglutition du corps étranger. Mais la notion de *l'accident initial peut manquer*, l'enfant qui a avalé un sou, un bouton, un jouet cache sa faute à ses parents ou bien le dentier peut être avalé pendant le sommeil ou pendant l'anesthésie chloroformique. La pièce de monnaie, l'os dans une bouchée de viande peuvent être déglutis sans donner lieu dès le début à aucun trouble. C'est ainsi que tout récemment nous avons extrait chez un jeune enfant un petit tube de fer de la région supérieure de l'œsophage, alors que l'on pensait sérieusement à un mal de Pott, l'accident étant passé inaperçu. Il en fut de même dans le cas de cette femme de 81 ans dont nous parlions plus haut et chez les malades qui avaient avalé leur dentier dans un but de suicide ou dans une crise d'épilepsie.

Les *signes cliniques* sont-ils plus caractéristiques ? La *douleur* peut être ou *spontanée* ou *provoquée* par les mouvements de déglutition et donner lieu à de la *dysphagie*.

Cette dysphagie est évidemment de règle, due à la fois à la douleur occasionnée par le corps étranger *(dysphagie douloureuse)* et au volume ou à la position de celle-ci dans le conduit *(dysphagie mécanique)*. La première est généralement beaucoup plus accusée que la seconde. Elle se produit, soit à l'occasion de la déglutition des aliments et principalement des aliments solides, soit à vide au moment de la déglutition de la salive. Cette dysphagie douloureuse (dentier) est surtout accusée dans le cas de corps étranger irrégulier qui détermine des lésions de l'œsophage et paraît surtout sous la dépendance de celles-ci.

Mais souvent, par le peu de symptômes dysphagiques auxquels ils donnent lieu, les corps étrangers peuvent être tout à fait *latents* et leur présence n'est révélée que par hasard. C'est ainsi que nous avons extrait de l'œsophage d'un jeune garçon de dix ans une pièce de 0 fr. 10 qui était depuis quatre ans dans ce conduit [1]. Il en fut de même d'un dentier qui séjournait depuis deux mois dans l'œsophage d'un patient sans qu'il en fût bien incommodé ; à part une légère gêne à la déglutition pour les aliments mal mastiqués, l'alimentation était restée tout à fait normale, et c'est par hasard que l'attention a été attirée du côté de l'œsophage.

Du reste, tôt ou tard, après une période d'accalmie de tous les symptômes de début ou après une latence absolue, les phénomènes locaux reprennent le premier plan, le corps étranger manifeste alors sa présence par des *symptômes secondaires* caractéristiques. La douleur qui reparaît affecte un caractère de continuité et d'intensité croissantes. La dysphagie, augmentant progressivement, indique que les lésions de destruction débutent, pouvant amener les plus *graves complications* (Abcès de l'œsophage, abcès péri-œsophagiens, médiastinite, pleurésie purulente).

Les signes fonctionnels sont donc, comme on le voit, tout à fait insuffisants, inconstants au début, ils n'apparaissent que très tardivement et il est indispensable de recourir à

1. Malade opéré dans le service du Dr Routier en mars 1908.

d'autres modes d'exploration pour établir le diagnostic de façon plus précoce.

Les *signes physiques* fournissent-ils des données plus précises ?

La *palpation* du cou ne peut renseigner que dans les corps très haut situés dans l'œsophage par la douleur qu'elle provoque en un point précis.

Le *cathétérisme* avec les olives ou les bougies olivaires en gomme doit être sévèrement proscrit.

La *radioscopie* ou la *radiographie* constituent un véritable progrès dans la recherche des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes et donnent des résultats beaucoup plus précis : *mais ce procédé n'a de valeur que lorsque ses résultats sont nettement positifs.* Seuls les corps étrangers métalliques et les os (lorsqu'ils sont volumineux) donnent une ombre nette sur l'écran, et alors le renseignement fourni par ce procédé d'exploration présente la plus grande valeur. Les dentiers, les pièces en métal sont très faciles à voir. Au contraire, les pièces vulcanisées, les dents en émail ne se voient pas à l'écran. Il existe en outre des causes d'erreur : dans l'image de Röntgen, l'ombre du corps étranger peut être couverte par celle de la colonne vertébrale ou par celle du cœur (Gottstein). Beaucoup de corps étrangers ne donnent pas d'ombre (dentier en gutta, arêtes, petits os, boutons de corozo). L'ombre d'une dent dans une bronche peut être masquée par la côte, c'est ce qui s'est produit dans le cas relaté plus haut, le malade qui avait cependant tous les signes cliniques d'un corps étranger des voies aériennes (toux, accès de suffocation, suppuration broncho-pulmonaire) ne nous permit pas de lui faire une bronchoscopie, parce qu'un radiographe lui avait affirmé, se basant sur une épreuve négative, qu'il n'avait pas de dent dans la bronche. Il expulsa cette dent dans une vomique purulente quelques jours avant sa mort.

En outre, les corps étrangers, en particulier les corps arrondis, cheminent facilement dans l'œsophage et, dans de nombreux cas que nous avons eu à examiner, bien qu'une

radiographie très nette accompagnât le malade, le corps du délit était au moment de l'examen dans l'estomac ou même dans l'intestin. Il en est de même pour les corps bronchiques qui, par les quintes de toux, peuvent passer d'une bronche dans l'autre. Sur la foi d'une radiographie, nous

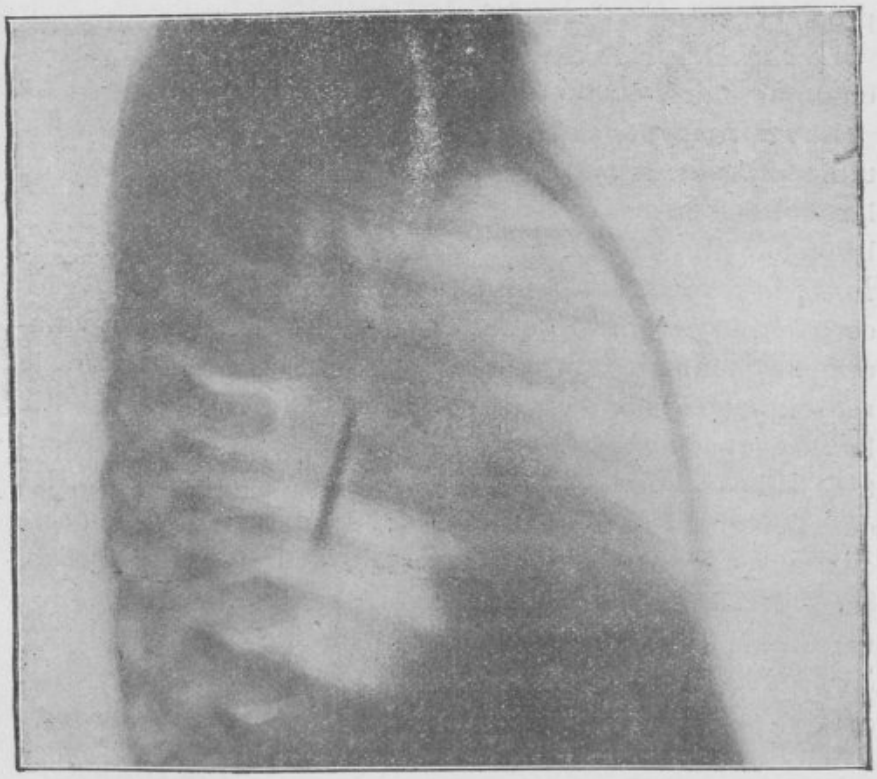


Fig 3. Clou dans la bronche droite.

avons recherché deux corps étrangers qui étaient dans la bronche gauche alors que l'examen aux Rayons X les avait situés dans la bronche opposée et inversement. Ce moyen, quoique précieux, donne donc des résultats inconstants, et sur l'ensemble de nos cas de corps étrangers broncho-œsophagiens qu'il nous a été donné de soigner, dans un tiers seulement la radioscopie nous a donné des renseignements précis.

Il faut savoir aussi que, dans l'œsophage et les voies

aériennes, comme dans toutes les cavités, les corps étrangers *imaginaires* donnent lieu à une série de troubles qui peu-

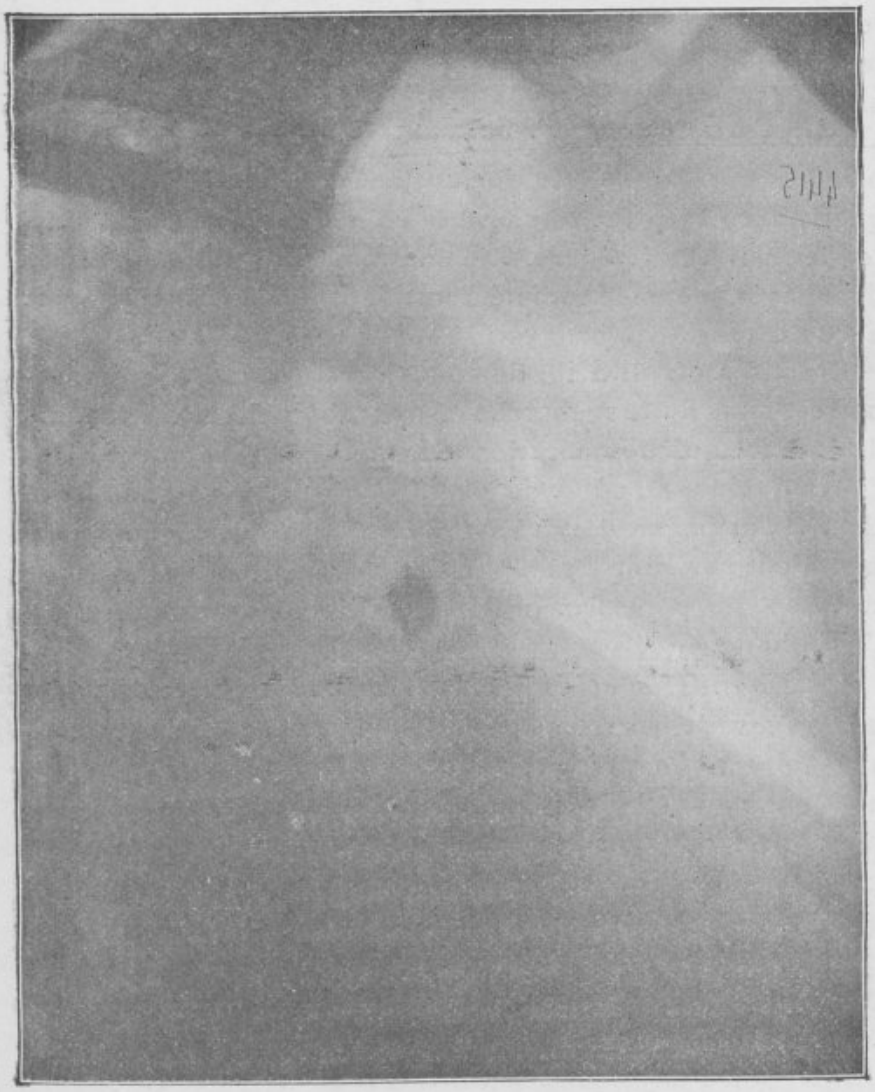


Fig. 4. Couronne de molaire en or tombée dans la bronche gauche.

vent en imposer pour des corps étrangers réels. C'est ainsi que nous avons été poursuivi, à de nombreuses reprises, par des malades qui nous suppliaient d'enlever leur os, leur épingle, leur dentier, qu'ils montraient en un point précis

du cou. Krönlein rapporte l'histoire d'une femme qui voulait à tout prix qu'on l'opère pour lui enlever son dentier avalé pendant son sommeil. Elle indiquait le siège de la douleur, sentait jour et nuit son corps étranger dans le cou lorsqu'on le retrouva derrière son lit. Nous avons été nous-même appelé auprès d'une malade qui était dans la plus vive angoisse depuis son réveil, elle disait avoir avalé son dentier pendant son sommeil, la déglutition était douloureuse, alors que son dentier fut retrouvé le soir même dans une pantoufle où il s'était égaré. Rien ne manquait : la douleur, la dysphagie, même le commémoratif : cependant il n'y avait aucun corps étranger.

Il nous a été difficile de convaincre ces malades imaginaires, mais notre recherche œsophagoscopique a eu moins de gravité qu'une opération externe.

Ainsi donc, au point de vue diagnostic, les signes fonctionnels et physiques avant l'œsophagoscopie ne nous permettaient pas, dans la plupart des cas, de poser un diagnostic exact de présence, ni de siège de corps étranger dans l'œsophage.

Le *diagnostic clinique* de *corps étranger des voies aériennes* est basé sur la triade symptomatique suivante : 1° le *commémoratif* avec accès de suffocation initial très net, le malade étouffe au moment de l'accident et cet accès peut être fatal ; ensuite 2° les *petits accès de suffocation* plus ou moins espacés ; 3° une toux incessante quinteuse qui débute immédiatement après l'accident. Mais lorsque le corps est petit il peut être ici encore bien plus que dans l'œsophage tout à fait *latent* et parfaitement toléré, surtout s'il est métallique.

Les *signes physiques* sont liés à la situation et au volume du corps étranger qui obstrue une bronche plus ou moins grosse : diminution dans le mouvement des côtes, diminution ou suppression du murmure vésiculaire dans le territoire pulmonaire correspondant, signes de bronchite unilatérale et plus tard des signes de broncho-pneumonie, pneumonie, pleurésie purulente, etc.

Mais il n'y a rien là de bien caractéristique, plusieurs malades que nous avons soignés étaient étiquetés *phtisiques* et avaient simplement un os dans la bronche, dans l'exemple cité plus haut, le malade avait un fragment d'appareil dentaire dans la bronche gauche alors qu'on le soignait pour de la phtisie.

Nous avons enlevé récemment un clou de la bronche d'un enfant de 4 ans qui avait fait deux pleurésies purulentes antérieurement et le clou qui en était cause fut découvert par hasard à la radioscopie (v. fig. 3). Ainsi donc les

Fig. 5. Principe de l'éclairage à l'extrémité du tube.

corps étrangers bronchiques sont encore plus souvent méconnus que ceux de l'œsophage, les rayons X eux-mêmes sont, comme nous l'avons vu, souvent en défaut.

Plus précises que leurs devancières, les méthodes de *l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie* vont permettre d'établir ce diagnostic de façon rigoureuse et vont donner à la thérapeutique tous les renseignements indispensables pour agir en pleine connaissance de cause.

1° On sait en quoi consiste la méthode de l'œsophagoscopie : c'est en la vision directe dans l'intérieur de l'œsophage ou des voies aériennes supérieures (larynx, trachée et bronches) à l'aide d'un tube rectiligne et d'un appareil d'éclairage que l'on peut fixer, soit à l'extrémité du tube, soit dans le manche du tube, soit de préférence sur le front de l'opérateur (miroir de Clar à long foyer (v. fig. 5). Ce dernier

mode d'éclairage a l'avantage de laisser libres les mains de l'opérateur. Dans la plupart des cas, chez l'adulte, l'anesthésie locale par badigeonnage à la cocaïne est tout à fait suffisante ; mais si l'on suppose que les manipulations se-

Fig. 6. Œsophagoscopie en position latérale.

ront longues ou si l'on a affaire à un sujet pusillanime, à une femme nerveuse, comme l'immobilité doit être absolue, on doit employer le *chloroforme*. Chez l'enfant entre 2 et 12 ans, l'anesthésie sera toujours générale (chlorure d'éthyle, chloroforme) ; chez l'enfant au-dessous de 2 ans on ne donne aucun anesthésique, ou quelques gouttes de chlorure d'éthyle.

Le malade doit être, pour la recherche d'un corps étranger, quel que soit le mode d'anesthésie employé, en *position couchée*, ou *latérale*, être maintenu dans la rectitude par un aide expérimenté.

Une fois l'œsophagoscope introduit dans l'œsophage suivant la technique générale de cette methode on doit le descendre [1] sous le contrôle de la vue ; on suit exactement sa descente au fur et à mesure que l'on déplisse la portion cervicale de l'œsophage ; en l'inclinant dans différents sens, on fouille la portion thoracique jusqu'au cardia.

Il est toujours facile de *reconnaître la nature du corps étranger ;* sa coloration, son relief se détachent nettement de la muqueuse œsophagienne. Certaines difficultés peuvent cependant exister dans ce diagnostic. La muqueuse peut se contracter au pourtour du corps étranger, formant un véritable *bourrelet ou repli muqueux* qui le cache. La cocaïnisation locale fait cesser en partie ces contractures locales, et, en déplaçant l'extrémité du tube, on déplisse facilement la muqueuse et le corps étranger apparaît. D'autres fois, enfin, le corps étranger est *enfoui dans les parois mêmes de l'œsophage;* un os que nous avons extrait ne nous apparaissait que par l'une de ses extrémités, l'autre avait embroché la muqueuse. Un petit dentier était caché au voisinage de la bouche œsophagienne, un autre dans un des replis de la muqueuse au voisinage de la région cardiaque (V. fig. 7).

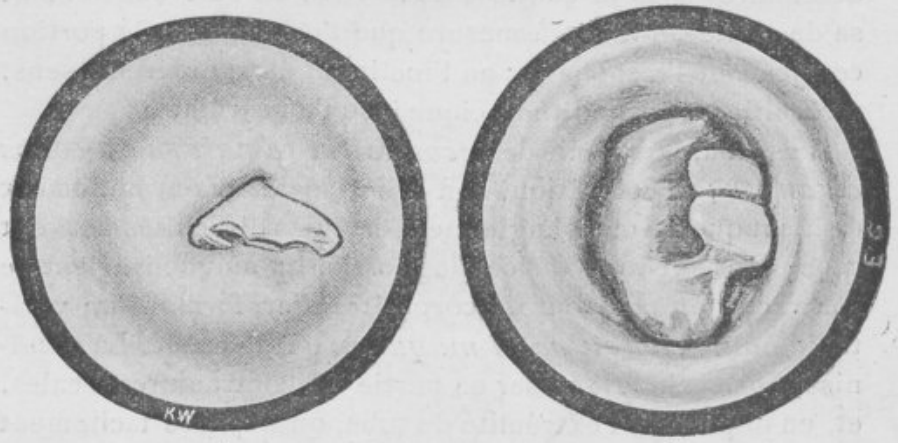
Il est facile de se rendre compte si le corps étranger est *mobile* ou *fixe*. Il est, du reste, comme nous l'avons vu, généralement enclavé, maintenu en place par le spasme réflexe, et les cas de corps étrangers mobiles spontanément ou mobilisés par les efforts de vomissements ou de déglutition sont exceptionnels.

L'œsophagoscope permet d'apprécier l'*état de la muqueuse* au pourtour du corps étranger et les *complications* déterminées par la présence de celui-ci.

---

1. Voir Guisez, Maladies de l'œsophage, œsophagoscopie. Baillière, 1911.

Une chose qui nous a frappé dans nos examens œsophagoscopiques, c'est la *remarquable tolérance* de la muqueuse œsophagienne pour tous les corps étrangers *arrondis*. Au contraire les corps irréguliers (dentiers), les corps étrangers pointus et septiques (os, arêtes) amènent rapidement de la rougeur, du gonflement à leur pourtour, cela



A B

Fig. 7. Dentier inclus au 1/3 supérieur de l'œsophage.
A. Le corps est complètement enclavé et enfoui dans la paroi œsophagienne. B. Le même après désenclavement sous-cocaïne.

même parfois dès le deuxième et troisième jour après l'accident, et, s'il y a plus longtemps, il se produit un véritable *phlegmon sous-muqueux* avec gonflement, tuméfaction et issue de pus de cette cavité qui peut décoller assez loin la muqueuse. Le pus contenu à son intérieur a une odeur fétide, gangréneuse, sphacélique.

On voit donc que l'œsophagoscope nous donne toute la précision possible, nous amenant à poser d'une façon sûre le diagnostic de corps étranger œsophagien, nous indiquant où il siège exactement et s'il est enclavé ou non, il nous met aussi dans les meilleures conditions pour agir au point de vue thérapeutique.

2° La technique de la *trachéo-bronchoscopie* repose sur les mêmes principes. Anesthésie locale du larynx et introduction du tube à travers la glotte, puis de la trachée et

enfin dans les bronches qui, mobiles dans le thorax, épousent la direction d'un tube également rectiligne, le bronchoscope (V. fig. 8).

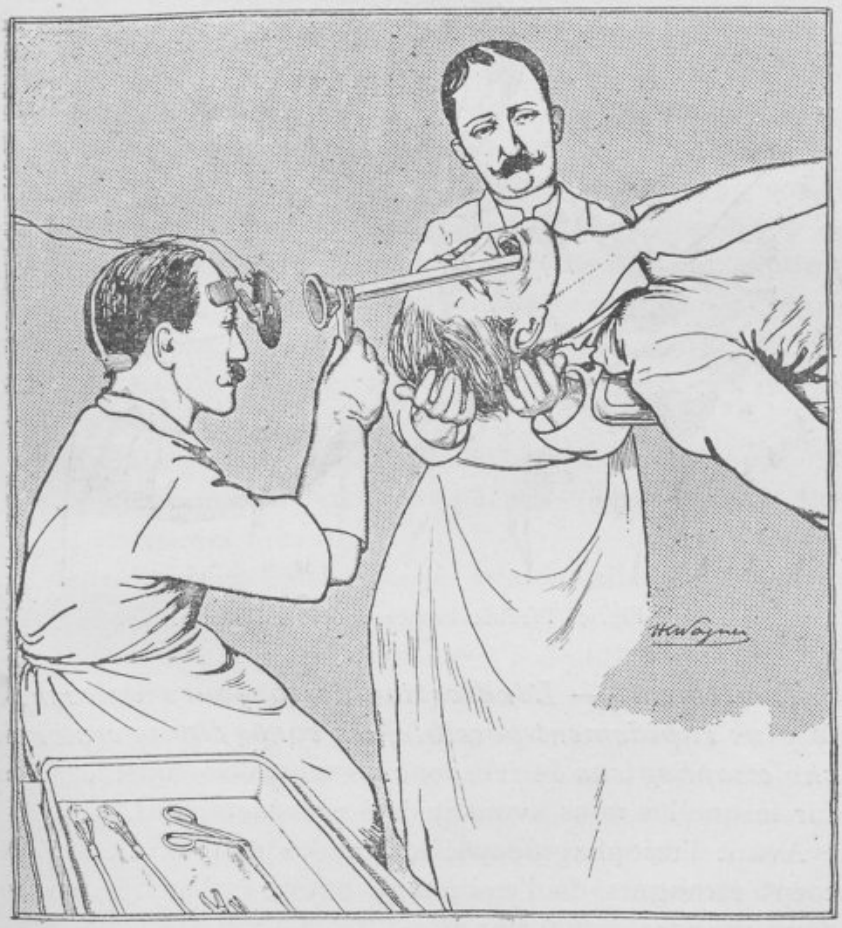


Fig. 8. Trachéo-bronchoscopie supérieure (exploration de la bronche gauche).

Dans certains cas dictés par la jeunesse du sujet, les troubles respiratoires inquiétants, le volume du corps étranger, on peut et on doit même faire une trachéotomie, réalisant ainsi ce que l'on appelle la *bronchoscopie* et introduire le tube par la plaie trachéale *inférieure*, plus facile que la *supérieure* (v. fig. 9) par la glotte. La recherche dans les petites bronches est particulièrement délicate à

cause de la petitesse des tubes à employer et de l'enclavement fréquent du corps étranger.

Fig. 9. Trachéo-bronchoscopie inférieure.

Traitement. — L'indication de toujours enlever, et le plus rapidement possible, les corps étrangers broncho-œsophagiens dérive donc de toutes les considérations sur lesquelles nous avons insisté précédemment.

Avant l'œsophagoscope, les méthodes d'extraction des corps étrangers de l'œsophage pouvaient se répartir en deux grandes catégories :

1° La *propulsion* simple qui, pratiquée telle qu'elle, n'était guère recommandable, sauf peut-être dans le cas de bol alimentaire un peu gros ou de corps arrondi ; elle doit être *proscrite de façon absolue* dans les corps étrangers irréguliers (os, dentier), comme aggravant les conditions préexistantes et précipitant l'éclosion des accidents : enfoncement plus grand du corps étranger, déchirures de la muqueuse œsophagienne, etc. Ce ne peut être là, en somme,

qu'un moyen d'exception et un pis-aller thérapeutique et, sur 22 cas de propulsion [1], Martin avait relevé 8 morts, par suite d'accidents œsophagiens ou abdominaux ultérieurs.

2° *L'extraction par les voies naturelles* se pratiquait autrefois à l'aide de *pinces*, de *crochets* et de *paniers*. Les pinces, quelle que soit la méthode employée, n'ont jamais pu saisir que les corps étrangers de la région cervicale supérieure. Bien plus souvent c'est la muqueuse qui était prise et arrachée entre leurs mors.

Les méfaits du panier de Greafe sont trop connus pour que nous insistions longtemps sur ce procédé qui devrait être définitivement rayé de l'arsenal thérapeutique. Que de fois le panier de Graefe, enfoncé, *n'a pu être enlevé* ! (cas rapportés par Walther Le Dentu, Lejars, Guisez). Il peut amener l'*arrachement* et la *rupture* de la paroi œsophagienne.

Martin, dans son mémoire très étudié, cite 127 insuccès sur 157 tentatives d'extraction par les voies naturelles, avec les crochets extracteurs.

Aussi les opérations externes avaient-elles rallié de nombreux partisans. Elles comprennent l'*œsophagotomie* et la *gastrotomie*. Cette dernière n'a d'indications que dans des cas très limités de corps situés au voisinage du cardia.

Pour ce qui est de l'œsophagotomie externe, la statistique globale de Balesco-Coper [2] donne une mortalité de 20 o/o. Pour notre part, nous avons dû y avoir recours dans deux cas de corps étrangers dont un dentier où, au début de notre pratique, l'œsophagoscopie avait échoué, et dans un autre cas de broche définitivement enclavée chez un enfant de 12 mois : invariablement, le malade est mort des suites de l'opération.

Bien plus satisfaisants sont les résultats de l'œsophagoscopie.

Lorsqu'on s'est assuré de la présence et de la situation

1. Martin. Des corps étrangers et de leur traitement. *Thèse de Paris*, 1868.
2. Balesco-Coper. *Revue de Chirurgie*, février 1905.

exacte du corps étranger dans l'œsophage, lorsque l'on a déterminé *de visu* l'état de la muqueuse à son pourtour, que l'on s'est rendu compte de son degré d'enclavement, on peut pratiquer l'extraction œsophagoscopique avec toutes les chances de succès possibles.

L'extraction œsophagoscopique comporte, en réalité, deux temps principaux : la *mobilisation* du corps étranger et l'*extraction proprement dite.*

A. — Ainsi que nous l'avons vu, le corps étranger est maintenu en place surtout par le spasme et un peu par sa conformation même, par les saillies, les arêtes qu'il présente. *La mobilisation constitue le premier temps et le temps le plus important,* pourrions-nous dire, dans l'extraction du corps étranger. Le chloroforme n'est point suffisant pour faire cesser le spasme local et la cocaïnisation locale en badigeonnage avec un long porte-coton est indispensable pour remplir ce but.

B. — *Pour l'extraction proprement dite*, de deux choses l'une, ou bien le corps étranger est *de petit volume* (os, arête) et il est facile de l'*extraire par la lumière du tube*, ce qui doit constituer l'idéal de toute extraction ; ou bien il est *de gros volume* et il est *impossible de le ramener tel quel par la lumière du tube.*

Dans certains cas on est obligé de désenclaver l'extrémité qui est enfoncée dans la paroi pour pouvoir diriger le corps étranger suivant l'axe même du tube (os). D'autre fois, si ce désenclavement paraît difficile ou dangereux, il peut être utile de le fracturer par son milieu et d'extraire ensuite par la lumière du tube les deux fragments ainsi obtenus. C'est ainsi que nous avons fait construire un instrument destiné à fracturer les os (*brise-os*) et qui, dans plusieurs cas, nous a rendu de grands services.

Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger volumineux comme un dentier, il faut essayer de se rapprocher des conditions précédentes, surtout s'il présente des aspérités, en le fragmentant par exemple. L'anse galvanique permet de sectionner les corps en ébonite, ou en caoutchouc. Dans cer-

tains cas, nous avons scié le dentier, à l'aide d'une chaîne montée sur un conducteur spécial. Mais parfois (dentier à monture métallique) on est obligé de toute nécessité d'extraire le corps étranger en même temps que le tube. C'est alors que souvent, au moment de l'extraction, les crochets, les aspérités du corps étranger peuvent s'accrocher dans les replis de la muqueuse de l'œsophage et que l'extraction devient des plus malaisées.

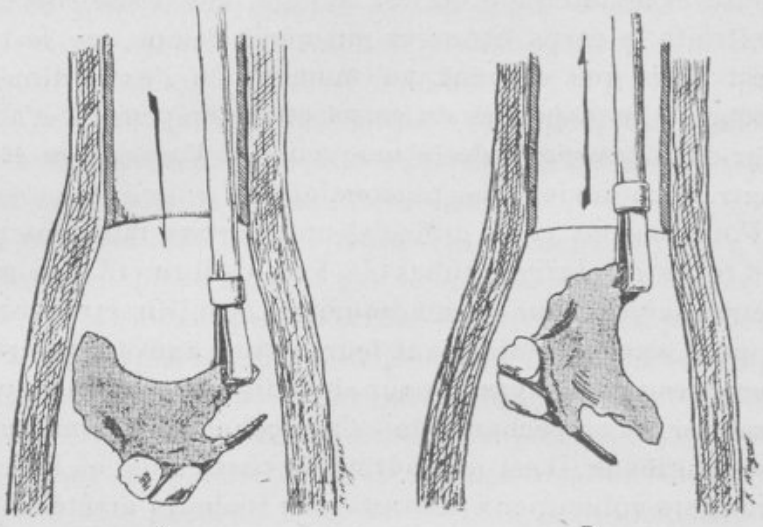
Pour tourner cette difficulté nous avons fait construire des tubes *ovalaires,* tubes de fort calibre (18 à 20 millimètres suivant leur grand diamètre, 15 millimètres suivant le petit axe). En dirigeant leur grand axe transversalement, ces tubes ouvrent, pour ainsi dire, le chemin au corps étranger, l'empêchant de s'accrocher à la muqueuse œsophagienne. Il est un endroit, en particulier, où les corps étrangers volumineux sont presque toujours arrêtés : c'est le bord inférieur du chaton cricoïdien. Grâce à l'emploi de ces tubes ovalaires que l'on dirige transversalement au moment où ils atteignent le bord inférieur de ce cartilage, il nous a été possible d'extraire de très volumineux corps étrangers, sans encombre.

Dans ce but, nous avons eu recours également à un *tube dilatateur* qui est construit de la façon suivante :

Ce tube est composé de deux douilles qui rentrent l'une dans l'autre. La douille externe présente à son extrémité deux valves qui peuvent s'écarter à l'aide d'un mouvement de pas de vis que l'on imprime à l'entonnoir placé à l'extrémité opposée et qui va agir sur la douille interne. En faisant tourner cet entonnoir, on fait rentrer la douille interne, de telle façon qu'elle vient buter sur le rebord des deux valves et les écarte de l'axe du tube. Leur écartement dilate les parois de l'œsophage au-dessus même du point où le corps étranger est enclavé et les protège pendant toute l'extraction.

Au moment où l'on arrive au niveau du chaton cricoïdien, on a soin de diriger les valves du tube de façon que l'ovale dessiné par l'écartement de celle-ci se mette dans le sens transversal.

Dans certains cas, nous avons dû recourir à de véritables manœuvres pour extraire le corps étranger ; c'est ainsi que,



A. B.

Fig. 10 et 11. Les deux temps de l'extraction d'un dentier du 1/3 de l'œsophage.

A. Refoulement et désenclavement. B. Extraction après version.

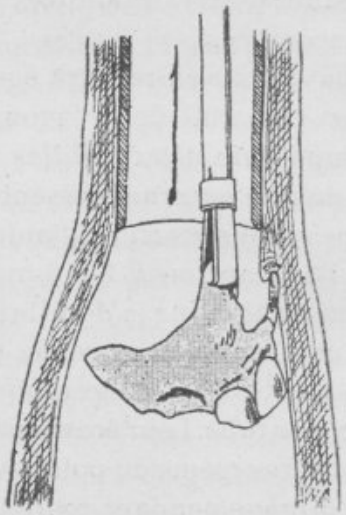


Fig. 12. Tractions en mauvaise position enfonçant le crochet dans la paroi.

dans le cas de dentier, nous avons fait *une véritable version*. Une fois le désenclavement obtenu, nous avons

amené le corps étranger dans la partie large de l'œsophage (tiers moyen) en le refoulant un peu ; puis nous l'avons retourné en le saisissant au niveau de son pôle inférieur, de façon qu'il présente, au moment de l'extraction, ses aspérités et ses crochets orientés dans tel sens qu'il soit possible de le retirer sans danger (v. fig. 10 et 11).

Parfois, il peut arriver que, la mobilisation du corps étranger obtenue, celui-ci *soit dégluti spontanément*. Nous avons vu des os, des pièces de monnaie, des boutons, deux dentiers avalés, pour ainsi dire, sous nos yeux par les mouvements péristaltiques de l'œsophage, avant que nous ayons eu le temps de prendre notre pince pour les extraire. Il s'est agi là, en réalité, d'un mode de guérison tout à fait favorable, puisque l'évacuation se fait alors par les voies naturelles.

L'œsophagoscope permet également de soigner les *complications* dues à ces corps étrangers. C'est ainsi que nous avons eu à traiter des malades chez qui les corps étrangers avaient déterminé des abcès de la paroi œsophagienne. Chez plusieurs d'entre eux, bien que la déglutition du corps étranger ne datât que de quatre et six jours, il existait nettement à l'œsophagoscope une sorte de tuméfaction et de gonflement de la paroi au milieu de laquelle le corps étranger était comme enfoui (v. fig. 13). L'extraction à la pince a amené à sa suite l'issue d'une certaine quantité de pus à odeur gangréneuse très fétide ; rien n'a été plus facile pour nous que d'agrandir l'orifice d'évacuation de ce foyer purulent, d'écouvillonner son intérieur et de le toucher avec des solutions modificatrices et cicatrisantes (eau oxygénée, teinture d'iode). Dans trois autres cas il y avait phlegmon très volumineux [1]. La guérison, bien qu'assez longue à survenir, a été cependant complète, sans aucun incident, et on se demande ce qu'aurait pu faire, dans ces cas, une opération externe (œsophagotomie externe) : le pus n'aurait,

1. Voir Guyez : Rétrécissement de l'œsophage et de la trachée (Masson, éditeur, 1923).

certes, pas tardé à infecter la plaie et à amener des complications graves, rapidement mortelles.

2° Lorsque le *corps étranger est dans les voies aériennes* (larynx, trachée, bronches) la technique pour l'extraction est basée sur les mêmes principes. Nous avons vu le moyen de le localiser exactement par les signes cliniques joints à l'exploration physique et aux rayons X. Ici encore son extraction peut être effectuée par les voies naturelles.

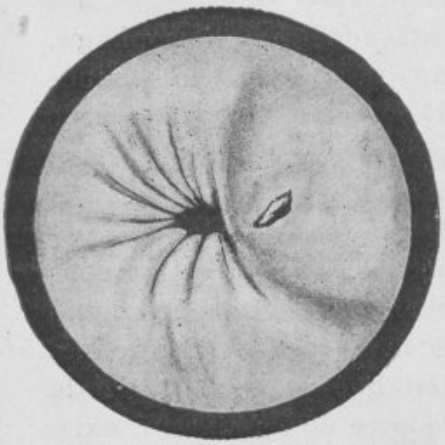


Fig. 13. Phlegmon de l'œsophage par corps étranger.

Fig. 14. Dentier sous-glottique, aspect à la laryngoscopie directe.

a) Dans le larynx, *sous laryngoscopie directe*, c'est-à-dire à l'aide d'un tube court dit tube-spatule, il est possible, après cocaïnisation locale de la muqueuse pharyngo-laryngée, d'inspecter toute la cavité laryngée et la partie supérieure de la trachée qui y est incluse ; c'est de cette façon que nous avons enlevé un dentier qui, comme la figure le montre, apparaissait à la sous-glotte entre les cordes vocales (fig. 14). Il est évident que dans ces manœuvres sur les voies aériennes tout doit être prêt pour une *trachéotomie*, l'asphyxie immédiate étant possible, et même celle-ci doit être faite d'emblée avant toute autre intervention quand le malade présente du tirage et asphyxie.

b) Lorsque le corps est à la partie inférieure de la *tra-*

chée ou dans une *bronche*, l'extraction devra être faite le plus tôt possible. Les corps étrangers des bronches sont en effet particulièrement dangereux par les phénomènes d'infection auxquels ils donnent rapidement lieu (abcès du poumon, broncho-pneumonie, pleurésie purulente) en général mortels à brève échéance. Les corps septiques surtout, tels les appareils dentaires, les dents, doivent être extraits sur l'heure, mais cependant sans aucune précipitation quand le diagnostic d'existence et de siège dans les voies aériennes aura été exactement posé.

Ici encore le corps étranger peut être extrait par les voies naturelles et par une technique analogue à celle de l'œsophagoscopie, mais en introduisant cette fois un tube approprié aux dimensions de la glotte, puis de la trachée. En l'inclinant vers l'une ou l'autre des commissures il est possible de pénétrer dans la bronche droite, ou inversement dans la bronche gauche. On peut explorer non seulement les grosses bronches, mais même leurs ramifications et extraire ainsi des corps étrangers très petits, tels des clous, des épingles, et le premier corps étranger que nous avons extrait (le premier qui l'ait été avec succès en France, novembre 1908) était un clou qui siégeait dans la ramification bronchique inférieure droite.

Si pour des raisons spéciales, gros volume du corps étranger, œdème de la glotte, quand le patient asphyxie, on a échoué dans la recherche par la glotte (*bronchoscopie supérieure*), il faut trachéotomiser immédiatement son patient et se servir de la plaie trachéale pour l'introduction du tube réalisant ainsi la *trachéo-bronchoscopie inférieure*, beaucoup plus facile, mais la création de cette plaie de trachéotomie comporte évidemment une complication que l'on devra éviter autant que possible.

Ainsi donc en résumé le corps étranger dentaire dans l'œsophage ou dans les voies aériennes peut être extrait par les voies naturelles par la broncho-œsophagoscopie et alors que, par les interventions externes la mortalité était très élevée, dans notre statistique globale

qui porte actuellement sur 278 cas de corps étrangers des voies aériennes ou de l'œsophage, la guérison a été la règle pour 98 o/o de cas — pour les opérations externes les meilleures statistiques comptent 20 o/o de mortalité (par l'œsophagotomie externe) et 100/100 pour les bronches (Bronchotomie externe).

En terminant, quelques mots au sujet de la *responsabilité du dentiste :* évidemment, elle ne peut être envisagée que lorsqu'un corps étranger dentaire est avalé au cours d'une intervention. Si le malade est en anesthésie générale et qu'une dent, qu'un fragment d'instrument échappe et soit avalé, ou dans l'œsophage ou dans les voies aériennes la responsabilité du dentiste n'est pas discutable ; si le malade est à l'état de veille et si l'intervention a été faite sous anesthésie locale la responsabilité du dentiste est très atténuée, nulle ou discutable : le malade se rendant compte de ses actes ne doit pas avaler l'objet qu'il sent dans sa bouche.

En réalité tous ou à peu près tous les accidents de déglutition de corps étrangers dentaires semblent pouvoir être évités assez facilement. D'abord en recommandant au patient de toujours enlever son dentier avant de se mettre au lit, en l'avertissant qu'il peut avaler un appareil usé qui peut se briser ou qui n'a plus ses moyens de fixité. Dans les interventions sous anesthésie générale de toujours s'assurer qu'il n'y a pas dans la bouche d'appareils amovibles, de ne faire chez des personnes sujettes à des crises d'épilepsie ou chez des vésaniques que des appareils fixes et scellés.

Dans vos interventions d'extraction dentaire et principalement de molaires et de dents de sagesse, pensez que la dent peut s'échapper du davier et filer dans les voies aériennes ; peut-être conviendrait-il de placer une sorte de cloison-étanche, un barrage dans l'arrière-bouche au-devant du pharynx, de même pour la pose de couronnes ou de plombages dans les mêmes dents ; ces considérations s'appliquent aux appareils à redressement.

Si, pendant une extraction, une dent est avalée ou un autre corps dentaire, si un fragment d'instrument s'est brisé pendant une intervention, ne pas considérer cet accident à la légère et penser qu'il a pu rester dans l'œsophage ou dans les voies aériennes, rechercher alors les gros signes diagnostics sur lesquels nous avons insisté précédemment. En cas de doute faire faire toujours une exploration aux rayons X, et, s'il y a lieu, une recherche directe par la broncho-œsophagoscopie, et c'est le cas de répéter cette maxime que la première condition pour éviter un accident c'est de savoir qu'il peut exister, et dans quelles circonstances il peut se produire.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 2 décembre 1924

PRÉSIDENCE DE M. HENRI VILLAIN

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — CORRESPONDANCE

M. le président. — Aux excuses de M. le ministre de l'Hygiène Justin Godart et de M. Quintin (de Bruxelles) je dois ajouter celles de notre confrère P. Martinier, qui est très malade, d'après ce que vient de nous annoncer M. G. Viau.

Je propose que l'Assemblée se joigne au Bureau de la Société pour lui envoyer des vœux de prompt rétablissement que nous prierons M. G. Viau de bien vouloir lui transmettre (Approbation).

II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Le président prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Les suffrages dont vous avez bien voulu m'honorer en juillet dernier m'appellent dorénavant à diriger vos débats. C'est là une tâche bien délicate, pour laquelle je ne crois pas posséder les qualités nécessaires; mais vous en avez sans doute jugé différemment, puisque vous avez décidé de me la confier. Mon premier devoir est donc de vous exprimer ma profonde gratitude pour m'avoir élevé à un poste qui sera l'honneur de ma vie professionnelle.

Je m'efforcerai de me rendre digne de votre confiance en prenant pour modèles tous mes devanciers, dont la liste est déjà bien longue, en faisant appel à la bonne collaboration des collègues que vous m'avez donnés au Bureau, en particulier au concours actif de notre dévoué secrétaire général, et en vous demandant dès à présent votre bienveillance pour me faciliter l'accomplissement de mon mandat.

Les circonstances veulent que j'inaugure ma fonction en même temps que nous inaugurons cet amphithéâtre, témoin depuis 1897 de tant de discussions scientifiques, mais qui a été transformé pour offrir plus de commodités et aussi plus de modernisme dans nos appareils de projection. Cette transformation a été faite sous

les ordres de notre architecte, M. Duvaux, que nous avons l'honneur d'avoir parmi nous ce soir ; permettez-moi de le féliciter bien sincèrement.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a voulu que cette salle porte le nom d' « Amphithéâtre Charles Godon » et que le portrait de notre éminent président d'honneur y soit placé. En effet, quel nom plus synonyme de « Travail », « de coopération scientifique », « de dévouement au bien public », pouvait mieux sonner à nos oreilles que celui de notre vénéré maître ? N'a-t-il pas fondé, il y a plus de quarante ans, avec un petit groupe d'amis dont Georges Viau est à peu près le seul survivant parmi nous, le *Cercle des Dentistes*, destiné précisément à l'enseignement mutuel ? N'est-ce pas là le but principal de la Société d'Odontologie de Paris qui invite tous les travailleurs, tous les chercheurs, tous ceux qui veulent s'instruire pour le plus grand bien de la profession et du public qui réclame nos soins ?

Nous ne faisons aucune distinction politique professionnelle, sachant bien qu'en science il n'y a pas de barrière et qu'au contraire c'est là le seul terrain sur lequel toutes les doctrines peuvent se rencontrer sans se heurter.

La science, précisément, peut servir au rapprochement momentané des partis, sans pour cela les confondre aux heures de défense professionnelle ; il y a temps pour tout.

En m'asseyant dans ce fauteuil, ma première pensée sera pour ceux qui l'ont occupée avant moi et qui sont aujourd'hui disparus. En quarante-quatre années, combien d'activités se sont éteintes, combien d'intelligences ont cessé de concevoir, combien de vides se sont creusés dans nos rangs, comblés aussitôt par de nouveaux venus ! Mais, si la vie cesse, l'œuvre demeure, le nom reste et le souvenir des morts trouve sa place à côté des vivants.

Nous avons le regret de ne pas voir parmi nous ce soir, comme il se l'était promis, le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. Justin Godart, qui avait bien voulu honorer de sa présence cette séance de notre société. Son titre de ministre ne lui fait pas oublier le titre beaucoup plus modeste de professeur de droit médical et de déontologie dans cette école, qu'il porte avec tant de distinction et de compétence et c'est dans cette salle même qu'il fait aux élèves ses leçons si suivies ; nous ne séparons pas en lui l'un de l'autre, et si nous lui sommes reconnaissants de son précieux enseignement, nous lui exprimons notre profonde gratitude pour son puissant appui et les marques réitérées d'intérêt qu'il ne cesse de donner à notre institution.

Une œuvre comme la nôtre, toute d'impersonnalité et de mutualité, ne peut vivre et prospérer qu'avec la coopération de tous.

En particulier les séances de la Société d'odontologie sont une tribune ouverte où chacun peut librement apporter ses idées, le fruit de ses travaux pour contribuer à l'instruction de ses confrères. Que nul n'hésite à nous faire profiter du moindre perfectionnement, du plus petit progrès, de la plus simple méthode ; nous accueillerons avec le même empressement toutes les contributions qui nous seront présentées.

Un bel édifice ne se compose pas uniquement de gros moellons, il entre aussi dans sa construction des pierres de plus petite dimension, des briques, des cailloux et même des grains de sable. A défaut de moellons, nous recevons des grains de sable qui sont d'ailleurs d'un maniement plus facile.

Que les nouveaux venus dans la profession ne craignent pas de nous montrer leur ingéniosité, leur habileté ; qu'ils se gardent surtout de s'aventurer sur un terrain qui ne leur serait pas familier. S'ils éprouvent la tentation de se lancer dans le domaine de l'hypothèse ou seulement dans une région qui ne nous appartient pas en propre, qu'ils y résistent. Sachons demeurer dans notre sphère, elle est vaste, et n'oublions pas que si notre profession comprend la science odontologique, elle comprend aussi l'art dentaire, et que nous sommes surtout des praticiens.

Du reste les deux tendances peuvent également se manifester ici : les communications écrites ou verbales, qui comportent une discussion, dans nos réunions du soir ; les démonstrations pratiques, dans des séances qui y sont spécialement consacrées. Une séance de ce genre est en préparation pour le dimanche matin 18 janvier ; permettez-moi de solliciter dès aujourd'hui des collaborations par cette date.

Et puisque je vous adresse un appel, vous ne trouverez pas mauvais que je vous convie au prochain congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences qui se tiendra à Grenoble en juillet-août 1925 et la Section d'odontologie, dont on a bien voulu me donner la présidence, sera heureuse d'accepter les contributions de tout genre.

Je me reprocherais de prolonger plus longtemps cette allocution, que je me suis promis de rendre très brève pour ne pas retarder l'audition des travaux inscrits à notre ordre du jour, qui sera certainement plus profitable pour vous que le plus traditionnel discours que mon poste m'appelait à vous infliger.

Je vous remercie de votre bienveillante attention et je déclare la séance ouverte.

III. — CORPS ÉTRANGERS D'ORIGINE DENTAIRE DANS L'ŒSOPHAGE ET LES VOIES AÉRIENNES, PAR LE Dr GUISEZ.

M. le Dr Guisez donne lecture de la communication (v. p. 30).

DISCUSSION

M. Bonnet-Roy. — J'ai été très intéressé par la communication de M. Guisez et crois pouvoir dire que tous les spécialistes français qui font de l'œsophagoscopie sont plus ou moins, à titre direct ou indirect, ses disciples, puisqu'il a été le propagandiste le plus actif de cette méthode depuis 25 ans.

Je voudrais lui demander un ou deux renseignements et attirer l'attention de la Société sur un ou deux points, à l'occasion de constatations que j'ai faites à plusieurs reprises.

Je me demande si l'élément spasme joue un rôle aussi constant que le disait M. Guisez. Il ne paraît pas toujours très facile de s'en rendre compte, mais j'ai vu faire et j'ai fait moi-même passablement d'extractions de corps étrangers de l'œsophage sous anesthésie générale et j'ai éprouvé souvent, très souvent même, des difficultés d'extraction très grandes. Or, sous anesthésie générale, et sous anesthésie générale fortement poussée, il semblerait que le spasme dût cesser, que les difficultés d'extraction fussent alors purement mécanique, et non pas d'ordre spasmodique.

En second lieu, je me permets d'attirer l'attention de nos confrères sur le danger extrême et la grande difficulté, quand on n'a pas l'expérience et l'habileté de M. Guisez, de l'extraction des dentiers et des appareils munis de crochets particulièrement. La version, qui est fort bien représentée sur le schéma que nous a montré M. Guisez, est l'opération idéale, relativement facile à réaliser quand il s'agit de corps étrangers de petit volume, mais elle devient extrêmement difficile, malgré tout, à exécuter quand on a affaire à un dentier portant un assez grand nombre de dents et portant un ou quelquefois deux crochets.

Parmi les raisons qu'on peut invoquer il y en a une qui saute aux yeux la première : c'est que si bonne que soit la radiographie, nous ne nous rendons pas compte toujours exactement de l'endroit où le crochet est placé ; si nous commençons notre version de la droite vers la gauche par exemple, nous risquons d'opérer du mauvais côté et d'aggraver l'accrochage au lieu de le réduire. Or ces manœuvres et ces versions, comme le disait fort justement M. Guisez, sont extrêmement délicates, la muqueuse œsophagienne est peu tolérante, et j'ai vu pour ma part un assez grand nombre d'accidents dramatiques, se résolvant par la mort en 48 heures, à la

suite d'extraction ou de tentatives d'extraction de corps étrangers de cette nature.

A ce même sujet il y a une remarque à faire, c'est qu'on rencontre autour de certains corps étrangers, d'os par exemple, des phlegmons considérables comme ceux que M. Guisez nous a représentés, et une fois le corps étranger enlevé et le phlegmon ouvert, les choses rentrent dans l'ordre facilement, tandis qu'au contraire, quelquefois, après une tentative d'extraction de petite durée faite très prudemment sur un dentier, on a vu — et j'ai vu pour ma part malheureusement souvent — des catastrophes qui étaient dues à une ulcération très limitée de l'œsophage.

La conclusion pratique qu'il convient pour les membres de la Société de tirer de ces faits, c'est que de tous les corps étrangers à extraire de l'œsophage et des voies aériennes les plus redoutables, sont au premier chef, les dentiers. Je n'ai pas de statistique, de pourcentage à donner ; mais je vois tous les ans plusieurs accidents dramatiques se terminant par la mort dans des conditions effroyables, chez des sujets qui ont avalé des pièces de prothèse à crochets et chez lesquels l'extraction a été faite trop tard ou n'a pu être faite parce que le corps à enlever était trop volumineux et impossible à mobiliser.

Il y a donc danger chez tous les malades qui portent des dentiers, à les garder pendant la nuit, car j'ai vu un grand nombre de drames parfaitement évitables qui n'avaient pour origine que cette imprudence.

M. Thibonneau. — M. Guisez a fait entre l'examen œsophagobronchoscopique et l'examen radiologique un parallèle très juste et en substance très équitable ; mais je crains qu'ayant forcément, à cause de son sujet, laissé un peu dans l'ombre le second, une impression quelque peu défavorable à ce dernier ne soit resté dans l'esprit de ses auditeurs.

Je pense pour ma part que l'examen radioscopique s'impose dans tous les cas, et qu'il faudra souvent le compléter par l'examen radiographique. Ils ont l'avantage de n'apporter aucun traumatisme et ne peuvent être négligés que pour des motifs d'urgence. Je suis persuadé que c'est aussi la pensée de notre éminent conférencier, puisque nous voyons dans ses travaux les plus anciens quel usage heureux il a su faire du radiodiagnostic alors encore dans l'enfance.

Evidemment un examen négatif ne devra pas en radiologie comme ailleurs, comporter une conclusion absolue ; mais ces examens qui ne montrent rien quand il y a quelque chose, sont rares. L'examen radiologique est sans doute assez délicat, car il s'agit souvent de corps très petits dans une région épaisse et complexe.

Il faut savoir reconnaître non seulement de petits corps opaques, mais aussi des corps transparents par des moyens indirects.

Il faut aussi ne pas voir ce qui n'existe pas comme j'en ai vu un exemple, dans un cas où l'image des cartilages du larynx ayant été interprétée comme étant celle d'un dentier, la malade avait l'obsession d'un corps étranger gênant la déglutition. Je ne méconnais donc pas que le radiologiste devra être particulièrement averti et prudent dans ses conclusions.

M. Guisez nous a montré une riche collection d'appareils prothétiques retirés des voies digestives ou respiratoires, mais il a dû se référer pour les extractions d'appareils de chirurgie dentaire aux collections de ses collègues américains, les chûtes accidentelles de ces instruments lui paraissant assez rares en France. Cette observation est à l'honneur de l'habileté des praticiens français, mais tout le soin possible ne met jamais complètement à l'abri d'un accident fortuit et si M. Guisez n'a pas eu à intervenir dans des cas de ce genre, c'est sans doute d'abord parce qu'ils sont rares, mais aussi parce que, comme il nous l'a dit, les corps métalliques sont assez bien tolérés.

J'ai pour ma part eu l'honneur de présenter devant vous il y a 18 mois un tire-nerf qui avait été avalé par le patient. Un simple examen radioscopique me permit d'explorer très rapidement les voies digestives et respiratoires et de localiser l'instrument dans la bronche inférieure droite, alors qu'on le croyait dans l'estomac, le patient ne présentant aucun trouble d'aucune sorte. L'instrument avait été avalé deux jours auparavant et j'étais parvenu à convaincre le patient (qui ne souffrant pas n'était pas pressé) d'aller le surlendemain chez M. Guisez, lorsque le lendemain dans une quinte de toux, la première depuis l'accident, le patient sentit un corps dur heurter son arcade dentaire, et retrouva l'instrument dans sa bouche. Il s'en est donc fallu de bien peu que la collection de M. Guisez ne s'enrichît de cette intéressante pièce.

Je suis en résumé persuadé que par sa simplicité, sa rapidité, et l'étendue de son champ la radioscopie doit toujours être pratiquée d'emblée lorsqu'elle est possible, et que l'œsophago-bronchoscopie a un rôle plus restreint (quoique parfois indispensable), au point de vue diagnostic, mais au contraire un rôle de premier ordre au point de vue opératoire et curateur, ce qui est d'ailleurs tout à son avantage.

M. Roy. — Je désire attirer l'attention des confrères sur l'importance de ne pas faire d'appareils avec une rétention insuffisante ; bien souvent les accidents qui se produisent viennent de la faute des patients qui portent des appareils qui ne

sont plus adaptés à leur bouche. Mais ce qu'il faut dire aussi c'est que souvent les patients sont responsables de ces accidents, car il s'agit, dans la plupart des cas, d'appareils qui ont perdu tous leurs points d'appui et ne tiennent plus que par la force de l'habitude. Il faut prévenir ces patients du danger extrêmement grave qu'ils courent.

En ce qui concerne les instruments de petit volume comme les tire-nerfs, les broches de Kerr, etc , le danger de chute dans les voies respiratoires ou digestives est très grand et l'on doit toujours y songer surtout quand on les emploie pour les molaires. A propos de la communication faite par M. Thibonneau, j'ai signalé ce fait que lorsque j'emploie des broches de Kerr, pour les grosses molaires supérieures ou inférieures, je les attache toujours avec un long fil. De cette façon-là, si par hasard l'instrument s'échappait, j'ai un long fil de soie ou de métal (laiton très fin) qui me permettrait de le rattraper à temps.

M. le Dr Guisez. — Je répondrai à M. Bonnet-Roy qui a dit tout à l'heure que l'anesthésie générale profondément poussée devait faire cesser le spasme qui entoure un corps étranger que le reflexe spasmodique œsophagien existe même dans l'anesthésie générale très poussée. Au contraire si l'on joint la cocaïnisation locale, on voit le muscle se relâcher et le corps étranger se mobilise. Les accidents dont parlait M. Bonnet-Roy sont toujours dus à ce qu'on fait l'extraction avant d'avoir attendu que la mobilisation se fasse, parce qu'on n'a pas la patience d'attendre que le corps étranger soit suffisamment mobilisé.

Dans les 41 dentiers que j'ai extraits, je n'ai eu qu'un échec et le corps étranger a été enlevé par œsophagotomie externe. Je crois donc que les accidents qu'on met sur le compte de l'extraction par les voies naturelles sont dus surtout à un défaut de technique parce qu'on ne mobilise pas assez le corps étranger avant de l'extraire.

Pour les rayons X, je n'ai jamais eu l'intention de dire qu'ils n'ont pas une très grande valeur : j'ai seulement voulu vous garer des épreuves négatives. Pour ma part, je ne fais jamais aucune extraction avant d'avoir des épreuves radiographiques ; j'ai recours surtout à la radioscopie avec les mouvements respiratoires. La petite vis que vous avez vue tout à l'heure siégeait dans une petite bronche; j'avais vu exactement son siège à la radioscopie ; jamais je n'aurais trouvé cette petite bronche avec mon tube si je n'avais pas eu la radioscopie. Donc, je suis tout à fait partisan de ces épreuves.

Un corps étranger qui n'arrête pas les rayons X peut donner sous la radioscopie des renseignements extrêmement précieux. Si

le corps étranger bouche une bronche par exemple, vous voyez très bien, à la radiographie, le jeu du diaphragme que se fait alors beaucoup moins facilement du côté obstrué.

M. le président. — Il me reste à remercier en votre nom à tous le Dr Guisez. Il était venu déjà faire une conférence comme celle-ci, il y a une douzaine d'années ; mais j'ai eu l'occasion de parler avec de jeunes confrères de sa méthode, que beaucoup ignoraient complètement. Il y a eu dans ma clientèle deux cas de mort ; c'était en province : un malade avait avalé un dentier, l'autre un corps étranger ; les patients n'ont pas su quoi faire ; ils se sont d'abord soignés eux-mêmes ; ils ont été voir leur médecin, puis enfin le dentiste ; ceux-ci ne connaissaient pas la méthode du Dr Guisez. C'est pourquoi, en prenant la présidence, j'ai pensé tout de suite au Dr Guisez, car j'ai considéré qu'il était d'un gros intérêt pour les dentistes d'être au courant de cette méthode.

Il nous disait tout à l'heure que nous encourons une responsabilité si un accident nous arrive pendant l'anesthésie générale ; nous en faisons de moins en moins, mais nous avons une très grosse responsabilité même sans anesthésie. Si un malade avale un petit instrument que nous avons lâché, bien que nous ne soyons pas toujours responsables de ce qui arrive, il n'en est pas moins vrai que le malade peut toujours nous poursuivre parce que nous avons laissé échapper cet instrument.

Il est donc du plus grand intérêt pour les dentistes de connaître cette méthode. Le Dr Bonnet-Roy nous disait de mettre en garde les malades contre ce danger, mais il faut mettre en garde aussi les dentistes ; c'est pourquoi j'ai fait inviter le Dr Guisez à venir ce soir. Tous les instruments qu'il vous a montrés ont été faits par lui ou sous sa direction. Je tiens à le remercier à nouveau de sa très belle et très intéressante conférence. (*Vifs applaudissements*).

IV. — « A PROPOS DE NOS FRAISES », PAR M. HUET

M. Huet donne lecture de sa communication (Sera publiée).

DISCUSSION

M. G. Villain. — Je tiens à remercier M. Huet de ses travaux si intéressants et l'encourager à les continuer. Mais nous ne sommes vraiment pas qualifiés pour venir discuter un travail encore à l'état d'étude et d'expérience. Chaque fois que notre collègue vient, il nous présente non pas un nouveau modèle, mais des améliorations ; je suis convaincu qu'il est en très bonne voie et qu'il nous soumettra un jour un travail définitif.

Nous avons tous remarqué qu'une fraise dure à peine, non pas l'espace d'un matin, mais l'espace d'une partie de préparation de cavité et il est évident que nous employons des instruments qui sont toujours un peu émoussés, au détriment de notre malade qui souffre de ce fait.

J'inviterai M. Huet à préciser un point dans la taille qu'il fait ; il indique les poussières comme devant s'éliminer en arrière de l'instrument ; il semble que l'on projette en avant ; je voudrais lui demander une explication sur ce fait qui surprend de prime abord en voyant la fig. 9.

Je demanderai aussi à M Huet, étant donné la taille qu'il vient de nous montrer en dernier lieu, qu'il a probablement expérimentée, si avec ces instruments il n'est pas nécessaire de diminuer considérablement la force de pression exercée pendant le fraisage. Je sais qu'il est partisan de la moindre pression possible et de l'utilisation de moteurs tournant à grand nombre de tours ; mais est-ce que l'instrument qu'il présente actuellement ne nécessite pas justement une pression infiniment moindre pour éviter les vibrations considérables qu'on doit obtenir étant donné le petit nombre de dents qu'il a fait tailler sur ses instruments.

M. Brenot. — Je voulais signaler à M. Huet que, pour les tours industriels il y a des angles de coupe pour les instruments et des vitesses linéaires spéciales à chaque matière à travailler. Telle matière ne peut être tournée à grande vitesse ; telle autre nécessite au contraire une vitesse considérable.

L'une se détériore totalement sur la fibre, en particulier sur la fibre isolante qui sert dans l'électricité. Il y aurait peut-être pour M. Huet des livres intéressants à consulter dans les recherches qu'il a entreprises.

M. E. Huet. — Je répondrai à M. G. Villain que les particules dentaires passent réellement, comme le dessin l'indique, vers l'arrière de l'arête tranchante.

Cette action est nettement visible avec le racloir que je vous ai montré ; vous avez pu voir les débris projetés derrière la lame tranchante.

Aussi, est-il indispensable que la partie dégagée soit immédiatement taillée après l'angle tranchant.

On peut constater, expérimentalement, qu'en laissant une légère surface plane au-dessus de l'angle de coupe, les parcelles de dentine ont quelque peine à passer, et que, conséquemment, le rendement de la fraise se trouve considérablement affaibli.

Je suis de l'avis de M Brenot sur l'importance du facteur « vitesse ». J'ai à ce propos, fait des constatations des plus intéres-

santes. Il y a, pour chaque fraise, suivant son diamètre, son taillant, la pression exercée et la nature des tissus sur lesquels elle agit, une vitesse bien déterminée, où le maximum de son action s'opère.

C'est ainsi que, pour la fraise à cône renversé que je vous ai présentée tout à l'heure, le maximum de rendement était obtenu, avec une minime pression de 400 grammes par environ 7.000 tours-minute. En poussant l'usage de cette fraise jusqu'à ce que les lèvres en soient émoussées, le rendement utile ne pouvait en être maintenu qu'au moyen d'une élévation progressive et très marquée de la pression. Cette dernière constatation est très importante dans la pratique journalière et milite en faveur d'instruments très soigneusement affûtés, car la délicatesse du toucher est fonction du tranchant et du peu de pression à exercer pour obtenir un effet utile.

M. le président. — Avant de remercier M. Huet, je voudrais formuler un vœu. M. Huet est un modeste ; il travaille cette question depuis longtemps ; tous les ans, il nous apporte les progrès qu'il a pu réaliser ; mais M. Huet n'est pas un commerçant et malheureusement ne réalise pas toujours comme il le faudrait pour nous, les grands travaux qu'il fait. Il nous dit : c'est très facile de faire une fraise ; prenez modèle sur celle-ci. Il se trompe en pensant que nous allons le faire et l'essayer ; pour ma part je suis presque certain de ne pas le faire. Donc le gros travail que pourra faire M. Huet ne portera fruit, ne nous servira à tous très utilement que le jour — et je suis sûr qu'il arrivera — où il aura mis sa fraise dans le commerce ; et ce jour-là vous nous aurez rendu à tous un grand service, mon cher Huet, sans vouloir faire de commerce.

J'espère que ce vœu se réalisera, et en attendant je vous remercie très sincèrement d'être venu de Bruxelles pour nous faire cette très intéressante communication.

M. E. Huet. — Il n'y a, dans la taille des fraises, suivant les principes que je viens d'établir, aucune difficulté technique. L'outillage mécanique tel qu'il est établi pour la confection en série des fraises ne doit pas être changé ; seuls sont à modifier la came d'entraînement, pour diminuer le nombre de lèvres, et l'outil de taille pour modifier l'angle d'attaque du tranchant.

Aussi, je suis persuadé que nous verrons sans tarder des fraises taillées suivant l'angle de coupe du racloir et avec tout le dégagement nécessaire.

V. — Nouvelles observations de kystes dentifères, par le Dr Roy

M. Roy donne lecture de sa communication.

DISCUSSION

M. Bonnet-Roy. — Je n'ai pas l'intention de discuter la pathogénie des kystes dentifères ; mais je crois comme M. Roy qu'on vit peut-être un peu trop sur le dogme de Malassez et qu'il manque un contrôle clinique à la conception de ses théories. J'émets le vœu qu'une étude d'ensemble des kystes dentifères tienne compte des données cliniques, opératoires, anatomo-pathologiques et radiographiques. Il y aurait intérêt à ce que les travaux de M. Roy fussent réunis dans une monographie, qui serait très profitable pour nous tous.

M. Roy. — Je remercie M. Bonnet-Roy de ses observations ; elles sont, en effet, très judicieuses, car avec les procédés d'investigation que nous possédons, avec la radiographie notamment, on peut obtenir des résultats intéressants. Je relisais justement dans le livre de Malassez et Galippe les observations qu'ils présentent : quand on lit cela et qu'on pense que c'est sur des observations semblables qu'on échafaude des théories, on ne peut se défendre de quelques doutes quant à l'exactitude de ces théories.

J'ai observé pour ma part des cas comme celui-ci : un malade que j'opère pour un kyste provoqué par une dent atteinte d'infection pulpaire ; au cours de l'opération de ce kyste je trouve une dent incluse dans le voisinage. Il y a là, il faut bien le dire, une simple coïncidence et non rapport de cause à effet entre le kyste et la dent incluse. Si on ne connaît pas ces choses là, si on ne sait pas reconnaître une dent infectée, on s'expose à faire des erreurs de diagnostic considérables et on part là-dessus pour échafauder des théories qui sont fausses.

M. le président. — Je remercie beaucoup M. Roy qui vient de nous exposer, avec sa compétence habituelle, un sujet très intéressant. Je prends note de ce qu'il nous a promis de nous faire prochainement la suite de cette communication.

M. Roy. — J'espère vous présenter bientôt un malade auquel j'ai enlevé un très gros kyste dentifère du maxillaire inférieur qui est particulièrement intéressant au point de vue opératoire.

La séance est levée à 23 h. 40.

Le secrétaire général,
Dr SOLAS.

***

Séance du 6 janvier 1925

PRÉSIDENCE DE M. HENRI VILLAIN

(Compte rendu sommaire)

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 6 janvier à 8 h. 30 du soir.

Elle a entendu une communication intitulée : *Les Complications tumorales des foyers septiques paradentaires*, par le *Dr G. Delater*, que l'auteur résume ainsi :

Les foyers septiques paradentaires ne donnent lieu à des complications inflammatoires que si l'agression microbienne au collet ou à l'apex est brutale. Or, elle est en général, ici, extrêmement atténuée et la destruction de quelques cellules excite les autres à une activité de remplacement qui peut devenir excessive — et l'on a un processus tumoral simple — anarchique même — et l'on a un processus cancéreux. Tant il est vrai que l'organisme n'a que deux manières de réagir à une offense, qu'elle soit microbienne, chimique, physique ou mécanique : la nécrose, si l'offense est brutale, l'hyperplasie si elle est faible et répétée.

Comme le goudron de houille, un agent infectieux peut être ici l'animateur d'un processus tumoral.

Une première constatation s'impose : les granulomes, les kystes paradentaires, les épithéliomas adamantins, les épulis sarcomateuses ont tous une première étape de prolifération épithéliale et de réaction granulomateuse du conjonctif voisin. La cause est toujours une inflammation rapide et prolongée, d'abord active sur le seul épithélium, et due aux microbes des canaux radiculaires ou des replis gingivaux.

De cette *première étape d'épithéliogranulome*, l'évolution se fait vers la suppuration, qui peut être un processus de guérison, ou vers la vacuolisation hémorragique qui aboutit aux *kystes paradentaires*, ou vers l'affirmation du processus tumoral. Dans ce dernier cas, on peut suivre l'évolution jusqu'au stade *d'épithélioma adamantin* ou *d'épulis sarcomateuse*, tumeurs longtemps bénignes en dépit de leur appellation et qui conservent les traces de leur origine inflammatoire.

La lenteur d'évolution de ces dernières tumeurs facilite leur opération et rend exceptionnelle la *terminaison en tumeur maligne*. Dans ces cas, d'ailleurs, on assiste à la dédifférenciation des éléments épithéliaux types qui perdent leurs caractères propres et redeviennent embryonnaires ; — et cet acheminement vers un épithélioma malpighien banal permet peut-être de comprendre pourquoi l'origine paradentaire est si rarement signalée.

Poursuivant l'œuvre de Malassez et Galippe, D. pense que toutes ces tumeurs constituent un groupe homogène parfaitement individualisé, aussi bien par leur origine et leur localisation que par leur constitution et leur évolution.

Le *Dr Henri Chenet* a donné ensuite lecture d'un travail intitulé : *Du rôle actuel de la prothèse maxillo-faciale*, qu'il résume de la façon suivante :

Nous basant uniquement sur les cas que nous avons vus et traités depuis 5 ans que nous sommes à la tête du Service de Prothèse maxillo-faciale du professeur Sebileau à l'hôpital Lariboisière, service dont l'Ecole dentaire de Paris a, jusqu'à ces derniers temps, supporté tous les frais, nous tâcherons de tirer un enseignement des expériences passées, et des directives pour celles de l'avenir.

La prothèse maxillo-faciale est devenue l'aide indispensable de la chirurgie maxillo-faciale qui, sans elle, la plupart du temps, n'obtiendrait que des résultats négatifs.

Prothèse de support : Dans les cas de perte de substance cranienne, de réfection de l'auvent nasal, de chéiloplastie, de réfection jugale, de staphylorraphie, lorsque le lambeau va être suturé, il lui faut, dans la majorité des cas, pour ne pas dire toujours, un soutien qui empêche sa rétraction, son adhérence aux plans profonds, et qui lui garde sa mobilité ligamentaire normale.

Prothèse de réduction et de contention : qui agit seule dans la plupart des cas de fractures nasales ou des maxillaires, avec l'aide de la chirurgie dans les complications vicieuses.

Prothèse organique et de mobilisation : qui, dans un organisme déficient, recrée ou supplée un mouvement perdu, ou le corrige, s'il est devenu vicieux.

Cette prothèse de mobilisation a pris une importance considérable dans la chirurgie des ankyloses temporo-maxillaires ainsi que dans la formation des brides de suppléance, dans les cas de perte de substance osseuse où la greffe ostéopériostique ou cartilagineuse échoue ou n'est pas praticable.

La prothèse cosmétique enfin a vu son rôle s'étendre peu à peu. Purement dentaire, maxillaire, maxillo-labiale, labio-nasale ou nasale, elle offre un champ très vaste aux recherches et permet la correction de bien des difformités qu'elle masque totalement ou qu'elle rend au moins acceptables.

La prothèse maxillo-faciale qui, avant la guerre, on peut bien le dire, était une prothèse assez rarement appliquée, est aujourd'hui une prothèse indispensable à laquelle la chirurgie fait un appel constant. Fille de l'art dentaire, c'est aux professionnels de cet art que revient l'honneur de l'avoir faite ce qu'elle est, et de lui avoir donné un rôle de premier plan dans le traitement des lésions des maxillaires et des mutilations faciales.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Une séance de démonstrations pratiques, organisée par la Société d'odontologie de Paris à l'occasion de l'assemblée générale de l'A. G. S. D. F., a eu lieu le dimanche 18 janvier, à 9 heures du matin avec le programme suivant :

MM. G. Villain, Arnold, Navarro et de Nevrezé. — Présentation de cas d'orthodontie.

MM. Ruppe et Chastel. — Appareillage d'un opéré de kyste du maxillaire inférieur.

M. Chenet. — Prothèse restauratrice en cellulose. Présentation de malades.

M. Delater. — Ouverture du laboratoire de biologie.

MM. Desforges et Cadic. — 1° Anesthésie au chlorure d'éthyle

pur par la méthode des *gouttes* (Masque du Dr Camus) ; 2° Anesthésie au protoxyde d'azote.

M. Geoffroy. — 1° Présentation d'un plâtre à modeler fusible dans l'eau chaude ; 2° Pellicule isolante pour éviter au plâtre de se souder.

M. Didier des Gachons. — Présentation d'un réflecteur.

M. Huguet. — Travaux du stage par stades.

M. Ordioni et Mlle Caen. — Présentations de radiographies dentaires.

M. Rolland. — Méthode d'anesthésie générale au moyen de vapeurs anesthésiques chauffées.

M. Roy. — Présentations de malades et opérations.

M. Texier. — Présentation de radiographies dentaires.

M. Thibonneau. — Présentation de radiographies dentaires.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 15 décembre 1924

PRÉSIDENCE DE M. ROUSSEAU-DECELLE

(*Compte rendu résumé communiqué par M. le Dr Lacronique*)

I. — A propos du procès-verbal de la séance du 18 novembre, M. Lacronique montre la radiographie d'une deuxième prémolaire supérieure dont il avait rapporté l'observation et qui avait été réimplantée deux mois auparavant ; l'interligne articulaire commence déjà à s'effacer à la face distale par cémentite raréfiante, preuve de modifications importantes au bout de si peu de temps.

Le président annonce la mort du Dr Besson, de Grenoble, dont il fait l'éloge.

II. — Lecture d'une observation de M. Ginestet, de Beyrouth, d'un cas de *stomatite traumatique ulcéro-membraneuse*, observation intéressante, mais le titre donné est inexact : il ne s'agit pas d'une stomatite traumatique, mais d'une nécrose étendue de la muqueuse palatine et vestibulaire à la suite d'une injection d'éther faite par inadvertance sur laquelle est venue se greffer l'association fuso-spirillaire saprophyte de la bouche ; pas de phénomènes généraux, tendance à la récidive, traitement par injections de novarséno-benzol, durée 3 mois.

III. — *Communication de M. Herpin : Note sur l'évolution des organes dentaires.* Dans son exposé, première partie de sa communication, l'auteur, à propos de denticules et de tubercules supplémentaires, envisage les théories proposées pour l'explication des modifications de forme, du simple au compliqué, des dents : théorie de la concrescence, théorie de Cope Osborne ou de l'évolution individuelle. Il se propose dans une seconde partie d'envisager ce qu'on peut retenir et ce qu'on doit rejeter dans chacune de ces théories.

IV. — *Communication de M. Retterer : La structure de la muqueuse gingivale dans quelques modifications pathologiques.* Chez des sujets atteints de gingivites, d'arthrites, de prépyorrhée et de pyorrhée, les premières modifications se montrent dans le revêtement épithélial ; le premier stade correspond à l'état spongoïde des dermatologistes, puis d'acanthore et enfin l'épithélium finit par n'être représenté que par des amas de globules blancs parmi lesquels prédominent les lymphocytes.

Alors que pour les classiques, l'épithélium et le derme appartiennent l'un à l'ectoderme, l'autre au mésoderme, éléments couplés évoluant synergiquement à l'état normal, ils sont antagonistes à l'état pathologique et l'inflammation débute par la dilatation des vaisseaux du derme et l'exsudation des lymphocytes ; pour M. Retterer le derme n'est que le deuxième stade évolutif de l'épithélium qui par sa face profonde fournit toute la vie un chorion, si l'épithélium se trouve appartenir à un sujet mal nourri les excitants ordinaires (chaleur, frottements, microbes) modifient sa structure qui passe par les stades décrits, et le derme ainsi dénudé et qui ne se régénère plus est atteint à son tour et se met également à suppurer.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

Appel aux membres de l'Association

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser [1] aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé, lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une

---

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés ; en effet ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

somme en argent liquide,pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une aide des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès* afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Secrétaire de la Commission de Prévoyance, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Aide immédiate en cas de décès

RÈGLEMENT DÉFINITIF

(*Approuvé par l'Assemblée générale du 19 janvier 1924*)

Définition et but

Article premier. — En vertu de l'article 1er, paragraphe 6 du règlement et dans un esprit philanthropique et non spéculatif de la Caisse de Prévoyance, l'A. G. S. D. F. établit parmi ses membres une Caisse de secours en cas de décès dite Aide immédiate, laquelle sera administrée par la Commission de prévoyance.

Art. 2. — Tout membre de l'A. G. S. D. F. peut, sans toutefois y être obligé, faire partie de l'Aide immédiate à la condition de se conformer au présent règlement et d'en remplir les obligations ; il sera alors membre participant.

Art. 3. — Le secours accordé par l'Aide immédiate sera d'autant de fois 10 francs qu'il y aura de membres inscrits ; il est destiné à être remis à la famille ou aux ayants droit de chaque membre participant décédé qui aura payé un droit d'entrée de 12 fr. et versé régulièrement ses cotisations spéciales de participation depuis son admission, soit 10 fr. + les frais de recouvrement (art. 8).

Art. 4. — Peuvent faire partie de l'Aide immédiate :

1° Tous les Français membres de l'A. G. S. D. F. habitant en France ou aux Colonies ;

2° Les femmes légitimes des membres participants ; elles sont soumises aux mêmes obligations et jouissent des mêmes droits qu'eux.

Art. 5. — La limite d'âge pour l'admission des membres participants est fixée à 45 ans ; toutefois l'année de la formation de la Société les inscriptions seront admises sans limite d'âge.

Le postulant déclare sur un engagement être en bonne santé au moment de sa demande de participation ; il ne fera partie de l'Aide immédiate qu'après avoir adressé au Bureau cet engagement détaché du titre, daté et signé de sa main, et payé le droit d'admission. Le Conseil se réserve le droit d'exiger s'il y a lieu un examen médical.

Art. 6. — Après le décès d'un sociétaire sa veuve peut continuer à faire partie de l'Aide immédiate à la condition de se conformer au présent règlement.

Cessent de faire partie de la Société :

1° La femme divorcée ;

2° La veuve qui se remarie avec un non-professionnel. Les sommes versées par elle sont dans ce cas acquises à la Caisse de l'Aide immédiate.

Art. 7. — Tout dentiste sociétaire cessant d'exercer la profession continue, s'il reste membre de l'A. G. S. D. F. honoraire ou actif, à faire partie de l'Aide immédiate à la condition de se conformer au présent règlement.

Art. 8. — Lors du décès d'un membre participant, chacun des autres membres survivants paye une cotisation de 10 fr., plus les frais de recouvrement.

Art. 9. — Tout membre qui n'a pas payé sa cotisation de participation dix jours après présentation peut être mis en demeure par lettre recommandée d'avoir à la payer sans retard ; si après un nouveau délai de 15 jours il ne s'est pas libéré, il est considéré comme ne voulant plus faire partie de l'Aide immédiate et il reçoit une lettre lui signifiant sa radiation.

Art. 10. — Si par la suite un sociétaire radié veut rentrer dans la Société, quel que soit son âge il devra : 1° faire partie de l'A. G. S. D. F. ; 2° opérer les versements qu'il aurait eu à effectuer s'il avait continué à faire partie de l'Aide immédiate.

Art. 11. — Lors du décès d'un membre participant le secours est payable immédiatement et sans frais à la personne désignée, il sera d'autant de fois 10 francs qu'il y aura de membres survivants en règle avec l'Aide immédiate.

Art. 12. — Le secours est dû quel que soit le temps de la participation.

Art. 13. — L'allocation est due aux héritiers du défunt et ne peut par conséquent être saisie par les créanciers de ce dernier. Elle sera payée au bénéficiaire que le sociétaire aura désigné en mettant le nom et l'adresse sous pli cacheté au moment de son admission. Le participant peut toujours révoquer ou modifier à son gré la désignation qu'il a faite.

Art. 14. — Si la personne désignée vient à décéder avant le sociétaire, ses héritiers ne peuvent revendiquer le bénéfice de cette désignation. A défaut de désignation le secours est versé dans l'ordre suivant :

1° A la veuve ; 2° aux orphelins ; 3° aux ascendants. Si le participant décédé n'a pas laissé de bénéficiaire ou d'héritiers au degré prévu, l'Aide immédiate est libérée de tout paiement.

Art. 15. — En cas de suicide l'obligation de la Société envers les ayants droit est la même que pour les autres cas de décès, à la condition toutefois que le sociétaire suicidé fasse partie de l'Aide immédiate depuis 3 ans révolus.

Art. 16. — Pour recevoir le secours dû au décès, l'ayant droit du décédé doit immédiatement en avertir le président de l'A. G. S. D. F. en fournissant le bulletin de décès du participant, et, s'il est participant à l'Aide immédiate depuis moins de 3 ans, un certificat médical sur papier libre, indiquant que le décès est dû à une cause naturelle.

Dispositions générales

Art. 17. — *Le Conseil d'administration de A. G. S. D. F. est juge de toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation du présent règlement.*

Les participants à l'Aide immédiate s'interdisent entre eux toute action judiciaire. En cas de contestations ou de difficultés le participant accepte la décision du Bureau qui doit être ratifiée par le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F.

Art. 18. — La société ne reconnaît que les actes conformes aux décisions du Bureau, du Conseil et des Assemblées générales.

Art. 19. — En cas de dissolution de l'Aide immédiate les fonds en caisse et en réserve sont versés à la Caisse de prévoyance de l'A. G. S. D. F.

Art. 20. — Sont exclus et perdent tous droits à l'Aide immédiate :

1° Les membres qui sont radiés de l'A. G. S. D. F. ;

2° Ceux qui refusent de se conformer au règlement et de se soumettre aux décisions prises par le Conseil de l'A. G. S. D. F. ou par une assemblée générale ;

3° Ceux qui n'ont pas payé les cotisations.

Art. 21. — Les sociétaires radiés ou exclus n'ont droit à aucun remboursement.

Art. 22. — Le taux des cotisations de l'Aide immédiate est établi d'après les statistiques fixant la mortalité moyenne dans la profession dentaire à 2 o/o par an environ. Si par suite de guerre, d'épidémies ou de catastrophes la mortalité parmi les participants venait à excéder fortement cette proportion, une assemblée générale ordinaire ou extraordinaire de l'A. G. S. D. F. délibérerait sur les mesures à prendre.

Art. 23. — Les sociétaires changeant de domicile doivent en prévenir le secrétaire de l'A. G. S. D. F.

Art. 24. — Toute proposition tendant à modifier le présent règlement doit être soumise à la ratification du Conseil d'administration de l'Association qui pourra convoquer une assemblée générale s'il y a lieu.

CRÉATION D'UN OFFICE NATIONAL D'HYGIÈNE SOCIALE A PARIS

Le Journal Officiel du 9 décembre 1924 contient les deux documents suivants que nous croyons devoir reproduire.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 3 décembre 1924.

La création, le 20 janvier 1920, du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales avait pour but de centraliser, sous une seule autorité, les différents services d'hygiène épars dans de nombreux départements ministériels.

L'expérience des quatre années du fonctionnement du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales prouvent que cette centralisation n'a pas pu se réaliser.

La suppression du ministère de l'Hygiène et le rattachement de ses services au ministère du Travail ne permettent pas d'effectuer, dès à présent, la coordination des services qui restent attachés à leurs départements ministériels respectifs.

L'action gouvernementale est donc, dans les circonstances actuelles, purement administrative et ne peut à elle seule suffire à l'œuvre d'éducation et de propagande si nécessaire pour permettre l'application, en France, des mesures indispensables de prophylaxie individuelle et d'hygiène générale.

Il est, d'ailleurs, de toute évidence que l'utilisation d'un organisme plus souple que les services de l'administration centrale correspondait bien à la conception du premier titulaire du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

En effet, par sa lettre du 7 septembre 1920, M. J.-L. Breton chargeait le comité national de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique de créer et de faire fonctionner un office français de documentation d'hygiène sociale. Les résultats acquis par cet office, après quatre ans de fonctionnement, et que seuls le manque de ressources budgétaires et l'insuffisance de moyens d'action ont paralysé dans son développement, nous est une preuve que pour l'application, dans notre pays, des mesures d'hygiène trop longtemps méconnues, il est indispensable de posséder un organisme qui, tout en conservant son autonomie, fonctionnerait sous l'autorité du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et aurait pour but essentiel d'établir la liaison entre les différents ministères, les œuvres, le corps médical et le public.

La plupart des hygiénistes français, pour ne pas dire tous, sont aujourd'hui convaincus que si, en France, l'hygiène est restée si peu appliquée, cela tient particulièrement au manque d'éducation du public.

Pour l'avertir et l'informer dans des conditions rigoureusement scientifiques, pour lui permettre d'être mis au courant de tous les perfectionnements que la science a apportés dans l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie, il est nécessaire, pour le ministre du Travail et de l'Hygiène d'avoir à sa disposition un organisme à la fois souple et facile à mettre en action, et dont la mission correspondrait aux organismes semblables créés dans la plupart des branches de l'activité nationale (Office du travail. Office national du commerce extérieur. Office national du tourisme. Office colonial, etc.).

L'office que nous concevons fonctionnerait sous l'autorité du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, assisté d'un conseil de perfectionnement dans lequel trouveraient tout naturellement leur place les conseillers techniques, médecins ou hygiénistes et les personnalités médicales françaises les plus qualifiées.

Au point de vue de la propagande française à l'étranger, cet office aura pour mission de diffuser les publications médicales et hygiénistes, d'échanger avec l'étranger les documentations sur toutes les questions d'hygiène sociale, et serait, en même temps, le centre où tous ceux qui viennent en France trouveraient les renseignements nécessaires.

Au point de vue national, il n'est pas douteux que la protection de la santé publique est essentiellement conditionnée par l'éducation prophylactique; différents pays étrangers peuvent se prévaloir d'une situation sanitaire meilleure que celle de la France, parce que, depuis quelques années, cette propagande intensive et l'éducation du public y sont faites d'une façon méthodique et continue.

L'organisation projetée ne porterait, d'ailleurs, aucune atteinte aux attributions des comités ou conseils déjà constitués près du département. C'est ainsi que « le Conseil supérieur d'hygiène publique de France », qui réunit dans son sein tant de personnalités éminentes et des savants illustres continuera, comme par le passé, à être le gardien vigilant de la santé publique et l'agent consultatif le plus précieux du ministère de l'Hygiène.

Il ne s'agit pas davantage de limiter le rayon d'action des œuvres d'assistance et d'hygiène dues à l'initiative privée et qui, depuis quelques années surtout, ont contribué avec tant de bonne volonté et de dévouement à la diffusion des principes

d'hygiène et au recul des maladies sociales auxquelles l'humanité paie encore un si lourd tribut.

Tous ces conseils, ces comités, ces sociétés, toutes ces organisations publiques ou privées rencontreront dans l'« Office national d'hygiène sociale » non seulement l'aide la plus désintéressée, mais encore l'appui le plus efficace par les moyens d'action matérielle et intellectuelle que l'office — grâce à des concours qui ne lui feront certainement pas défaut — pourra bientôt consacrer à la cause de l'hygiène publique.

Ainsi, les efforts de tant de bonnes volontés qui, faute de cohésion, ne donnent pas encore tous les résultats que la nation est en droit d'espérer, seront coordonnés pour assurer une vitalité toujours plus grande à notre race.

J'ai donc l'honneur de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint, qui a été délibéré et adopté par le Conseil d'Etat dans ses séances des 20 et 27 novembre 1924.

Le ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

JUSTIN GODART.

DÉCRET

Art. 1er. — Il est créé à Paris un établissement public dénommé office national d'hygiène sociale.

Art. 2. — L'office national d'hygiène sociale a pour objet :

1° De recueillir et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France ;

2° De centraliser et de mettre à la disposition des services publics nationaux et locaux du corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents français et étrangers et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie ;

3° D'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race ;

4° D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées, afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la santé publique.

Art. 3. — L'office national d'hygiène sociale est rattaché au ministère chargé de l'hygiène publique.

Il est géré, sous l'autorité du ministre, par un conseil d'administration et par un directeur nommé par décret sur la proposition du conseil d'administration.

Art. 4. — Un conseil de perfectionnement est appelé à donner son avis sur le fonctionnement de l'office national d'hygiène sociale et sur les améliorations qui pourraient y être apportées.

Il est présidé par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Art. 5. — Le conseil d'administration de l'office national d'hygiène sociale se compose de onze membres, savoir :

1° Trois membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique et les deux conseillers techniques du ministère chargé de l'hygiène publique;

2° Huit membres, dont quatre désignés à raison de : un par l'académie de médecine, un par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, un par la faculté de médecine de Paris et un par l'institut Pasteur ; et quatre choisis dans le conseil de perfectionnement par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Ces huit membres sont désignés pour quatre ans.

Le ministre nomme le président du conseil d'administration parmi les membres du conseil autres que les membres de droit.

Le directeur de l'office assiste avec voix consultative aux séances du conseil.

Art. 6. — Les recettes de l'office comprennent notamment :

1° Les subventions accordées à l'office ; 2° le produit des dons et legs qui lui sont faits ; 3° les revenus de ses biens ; 4° le produit de la vente de publications concernant l'hygiène et celui des expositions d'hygiène que pourrait organiser l'office.

Art. 7. — Les budgets et comptes sont délibérés par le conseil d'administration et approuvés par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Les fonctions d'ordonnateur sont remplies par le directeur.

Art. 8. — Les dons et legs faits à l'office sont acceptés par le président du conseil d'administration sous réserve de l'application des articles 4, paragraphes 2 et 7 de la loi du 4 février 1901.

Art. 9. — Des arrêtés ministériels déterminent la composition du conseil de perfectionnement, le mode de fonctionnement de ce conseil, celui du conseil d'administration, ainsi que des services de l'office.

Fait à Paris, le 4 décembre 1924.

EXAMEN D'APTITUDE AU GRADE DE DENTISTE AUXILIAIRE

L'examen d'aptitude au grade de dentiste auxiliaire a eu lieu à l'Hôpital militaire Villemin, à Paris, le 19 décembre 1924, à 14 heures.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'odontologie

CONGRÈS DE GRENOBLE (1925)

Sous l'égide de la Société d'odontologie de Grenoble s'est tenue à l'Ecole de médecine de cette ville, le mardi 30 décembre, à 20 h. 30, une réunion pour la préparation et l'organisation du Congrès de 1925.

Sous la présidence de MM. Boissieux, président de la Société, assisté du secrétaire général, M. Bourgarit, et devant presque tous les membres de la Société, M. Henri Villain, président de la Section d'odontologie pour cette année, fit une conférence sur les Congrès de l'A. F. A. S. en général et sur celui de juillet 1925 à Grenoble en particulier.

Il fit part des visites qu'il avait rendues dans la journée au président du Comité local général, M. Killian, et au secrétaire de ce Comité, M. Piraud, le distingué conservateur du muséum d'histoire naturelle. Reçu très cordialement par tous les deux il tient à les remercier, et particulièrement M. Piraud qui se mit tout de suite à l'entière disposition de la Section pour l'aider dans son organisation.

Une discussion générale s'ouvrit et tous les membres furent d'avis de constituer pour la circonstance la Société d'odontologie de Grenoble en comité local de la 14e section.

Plusieurs résolutions, modifiables d'ailleurs, furent prises immédiatement; elles peuvent se résumer ainsi:

1° Un quartier général servant de lieu de rassemblement entre les séances sera choisi au centre de la ville;

2° Les séances scientifiques se tiendront dans le local même du secrétariat général de l'A. F. A. S., avec une salle contiguë pour l'exposition des fournisseurs;

3° Une soirée intime de réception aura lieu le dimanche soir précédant l'ouverture du Congrès;

4° Un comité de Dames de la ville sera à la disposition des femmes des congressistes afin de les distraire en leur faisant visiter les curiosités de Grenoble pendant les réunions scientifiques;

5° Une excursion à la Grande Chartreuse aura lieu en autocar vraisemblablement le mardi après-midi;

6° Le banquet de la Section se tiendra le mercredi soir au milieu d'un parc superbe;

7° Le jeudi étant toujours consacré à une excursion générale, des cars-automobiles parcourant les Alpes emmèneront les congressistes déjeuner au col du Lautaret et pour les plus hardis l'ascension du Galibricar complètera cette splendide excursion;

8° A la fin du Congrès, pour les confrères qui voudront encore profiter de leur venue dans le Dauphiné, on pourra organiser l'excursion de « La Bérarde » dans la magnifique vallée du Vénéon.

La partie scientifique pour laquelle tout le temps nécessaire sera réservé n'avait pas à être discutée puisque le Comité exécutif de la section a seul tout pouvoir pour cela.

La réunion se termina par des remerciements de M. Henri Villain à tous les membres de la Société d'odontologie de Grenoble pour avoir bien voulu assister à cette séance en aussi grand nombre, ainsi qu'aux organisateurs, en particulier au Président et au Secrétaire général.

MINISTÈRE DE LA GUERRE
MINISTÈRE
DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

—

EXPOSITION FRANÇAISE DES ARTS ET SCIENCES APPLIQUÉS A LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE, LA PHARMACIE ET L'HYGIÈNE SANITAIRE

Au Val-de-Grâce, Paris, avril 1925

—

Pendant le troisième Congrès international de médecine et de pharmacie militaires aura lieu une très importante Exposition de tout ce qui se rattache à la médecine, à la pharmacie et à *l'art dentaire.*

Les fournisseurs et les fabricants d'instruments *français* sont priés d'entrer en rapports avec le Secrétaire de la Section, M. Henri Villain, 10, rue de l'Isly, Paris (VIII^{e}; téléphone Gutenberg : 46-51) le plus tôt possible, afin de retenir les emplacements nécessaires à leur exposition.

Trente-cinq nations ont déjà répondu à l'appel du Comité général : c'est dire combien peut être intéressante pour l'industrie française une semblable exposition. Que les fournisseurs et fabricants français le comprennent et adressent en toute hâte leur adhésion.

Le bureau de la classe 8, groupe II (Art dentaire) est ainsi composé :

Président : M. Frey.
Vice-présidents : MM. Friteau, Sauvez, Bozo, Georges Villain.
Secrétaire : M. Henri Villain.

N. B. — Il est rappelé que le droit d'inscription reste fixé à 50 francs et que les demandes d'admission ne sont retenues que si elles sont accompagnées du montant de ce droit.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. a eu lieu le 17 janvier 1925, à 8 h. 30 du soir, avec l'ordre du jour que nous avons publié. Elle a adopté les rapports du Secrétaire général, du Trésorier et de l'Administrateur gérant de l'Odontologie ; elle a modifié l'article 23 du Règlement intérieur en fixant l'assemblée générale *à la deuxième quinzaine de février*, pour la faire coïncider avec celle du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Elle a entendu ensuite une causerie-conférence sur la C. T. I. et les impôts des chirurgiens-dentistes, qui a provoqué entre les membres d'intéressants échanges de vues.

Elle a procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration, qui a donné le résultat suivant :

Votants : 171. — Bulletins blancs ou nuls : 8.
Suffrages exprimés : 163. — Majorité absolue : 82.

Ont obtenu :

Paris.			*Province.*		
MM. Blatter	162 voix,	élu	MM. Pont.....	160 voix,	lu
Cernéa. ...	161 —	—	Joly.....	159 —	—
Louis Viau.	161 —	—	Eustache. .	158 —	—
G. Villain..	160 —	—	Drain.....	157 —	—
Vasserot...	159 —	—	Gouthière..	155 —	—
A. Debray	158 —	—	Dupontreué.	120 —	—
Fouques...	157 —	—	Bennejeant..	118 —	—
Lalement ..	157 —	—	Perdereau...	107 —	—

CONGRÈS ESPAGNOL DE SCIENCES MÉDICALES

Le 2e Congrès national de sciences médicales s'est tenu à Séville du 15 au 20 octobre 1924, avec une section spéciale d'odontologie présidée par le Dr Florestan Aguilar.

29 communications ont été présentées.

La Section a adopté entre autres les conclusions suivantes :

1° La carie dentaire, la pyorrhée alvéolaire, les anomalies dentaires et la leucoplasie sont les quatre grands problèmes de l'odonto-stomatologie.

Chacun d'eux a autant d'importance sociale que la syphilis, la tuberculose, le cancer et les autres affections qui atteignent l'espèce humaine et doit être discuté dans tous les Congrès dentaires.

2° L'odonto-stomatologie est une spécialité médicale éminemment artistique, d'application immédiate, et les questions de technique, même dans leurs plus petits détails, ont autant d'importance que les idées et les doctrines. Il est absolument nécessaire que dans tous les Congrès dentaires on consacre la moitié du temps à des démonstrations pratiques portant sur le malade et sur les travaux de laboratoire.

Le 3e Congrès national de sciences médicales se tiendra à Saragosse ; la Section d'odontologie sera présidée par M. Fernando Caballero.

(*Revista de odontologia*, novembre 1924).

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE LATINO-AMÉRICAIN

Le 2e Congrès odontologique latino-américain aura lieu à Buenos-Ayres (République Argentine) du 10 au 25 octobre 1925. Il sera accompagné d'une Exposition universelle d'odontologie qui se tiendra, ainsi que le Congrès, dans le beau et vaste immeuble de la Société d'agriculture Argentine.

Cette exposition comprendra une section spéciale pour les travaux de laboratoire des Ecoles et Facultés d'odontologie.

La Commission d'organisation est présidée par le Dr Juan Ubaldo Carrea, professeur d'orthodontie à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.

Les Gouvernements des Etats de l'Amérique du Sud ont été invités à envoyer des délégués. Le Paraguay, Costa-Rica, le Guatémala le Honduras, San-Salvador, le Brésil, la Colombie, le Chili, Cuba, Panama, l'Uruguay, le Pérou, le Mexique ont accepté. Des comités de propagande ont été constitués dans ces pays.

ASSOCIATION DE L'ECOLE ODONTOTECHNIQUE

L'Assemblée générale de l'Association de l'Ecole odontotechnique a eu lieu le 16 décembre 1924 à 21 h. 30.

Après adoption des rapports du secrétaire général, du trésorier, il est procédé à l'élection de quatre membres du Conseil d'administration pour deux ans.

Avant d'ouvrir le scrutin, *M. Rodolphe*, président, affirme une fois de plus les sentiments odontologistes du Conseil d'administration de l'Association.

Après la lecture par *M. Seimbille* d'une déclaration anti-odontologiste, *M. de Croës* et *M. le Dr Friteau* demandent aux autres candidats d'exposer leur profession de foi.

MM. Lebrun et *Fourquet* déclarent qu'ils continueront à soutenir les revendications de l'odontologie.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Suffrages exprimés : 41. Majorité absolue : 21 voix

Ont obtenu :

MM. Bastien...	38 voix, élu		MM. Seimbille.....	10 voix	
Lebrun...	36	— —	Richaume.....	3	—
Fourquet..	34	— —	De La Tour....	2	—
Pigot.....	29	— —			

M. Fourquet adresse un chaleureux appel aux dentistes militaires en vue de leur adhésion au Congrès de Médecine et Pharmacie militaires d'avril 1925, appel vigoureusement appuyé par M. le Dr Friteau.

A l'issue de l'Assemblée générale, le Conseil d'administration s'est réuni pour procéder à la constitution du Bureau :

Ont été nommés :

Président : M. Rodolphe ; *Vice-présidents :* MM. Dubois ; Bertrand ; *Secrétaire général :* M. Bruel ; *Secrétaire des séances :* M. Lebrun ; *Trésorier :* M. Bastien ; *Bibliothécaire :* M. Dubois ; *Conservateur du Musée :* M. Pigot ; *Pharmacien :* M. Zzaoui ; *Directeur de l'Ecole odontotechnique* : M. le Dr Frison ; *Directeur-adjoint* : M. Fourquet Elie.

SYNDICAT DES DENTISTES DU RHONE ET DES RÉGIONS VOISINES

L'Assemblée générale annuelle du Syndicat a eu lieu le 15 novembre 1924. Il a été procédé aux élections des délégués. Ont été élus : *pour Lyon* :

MM. Dr Bouchard, Dr Quintero, Comte, Dr Pont, Vicat, Dr Vichot, Barbier, Raton M., Aveyron.

2e Région : MM. Chateau, Dr Dalban, Guyon, Morel, Benoist R.

3e Région ; MM. Pitiot, Chalendard, Giraud.

4e Région : MM. Dr Fichot, Dexant, Pélissier.

5e Région : MM. Dupuy, Gonon, Crayton.

Une Assemblée générale extraordinaire aura lieu à Lyon le samedi 7 février 1925 pour traiter, entre autres, la Revision des

Tarifs, la question de la Mutualité, des questions d'ordre fiscal, l'Education du public par la voie de la presse, etc.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES DENTISTES DE LA SEINE-INFÉRIEURE ET DES DÉPARTEMENTS LIMITROPHES

Depuis 1919, l'Association des Dentistes de la Seine-Inférieure et des départements limitrophes tient régulièrement ses séances mensuelles.

Le bureau, renouvelé en janvier dernier, est ainsi constitué :

Président : M. Bertaux ; *Vice-Président:* M. Michel ; *Trésorier* : M. Ferry ; *Secrétaire :* M. Lefevre.

Le siège social est chez le président.

M. Michel, quittant les fonctions présidentielles après quatre années d'exercice, s'est occupé, avec le plus grand zèle, jusqu'au mois dernier de la solution des affaires judiciaires en cours. L'association en effet a, depuis sa création, intenté des poursuites pour exercice illégal ou complicité dans quatorze affaires.

Elle a obtenu dix condamnations.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LORRAINE

Les chirurgiens-dentistes de Lorraine ont donné le 13 décembre, dans les salons de l'hôtel Walter, à Nancy, un bal sous la présidence d'honneur de M. de Croës, président du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France.

Entre temps, les organisateurs du bal se réunissaient dans un salon particulier de l'hôtel, et devant une coupe de champagne le Président du Syndicat adressait quelques paroles de remerciement aux représentants des autorités.

Répondant au Président le général Pénet rappelait que pendant la guerre les chirurgiens-dentistes avaient pu récupérer de nombreux inaptes pour la Défense Nationale, et il se montrait certain qu'avec leurs nouveaux galons ils continueraient les services qu'ils avaient rendus dans un poste plus modeste.

A la suite du souper, le bal, qui n'avait pas été interrompu, continua jusqu'à 6 heures du matin.

NÉCROLOGIE

Professeur Jean Camus

Nous avons le regret d'apprendre le décès, après une douloureuse maladie, de M. Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, ancien professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il était le frère de M. Lucien Camus, lui même membre de l'Académie de médecine et également professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous prions la famille du défunt d'agréer nos respectueuses condoléances.

Louis Ribard

C'est avec un profond regret que nous enregistrons le décès, à l'âge de 53 ans, de M. Louis Ribard, du Havre, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, D. E. D. P., et membre de l'A. G. S. D. F. depuis 1893, survenue le 11 janvier 1925. C'était un confrère d'une conscience et d'une dignité exemplaires ; il était fondateur et président du Syndicat des dentistes du Havre.

Son père, M. Jacques Ribard, auquel il avait succédé, avait été également membre de l'A. G. S. D. F. et membre bienfaiteur de l'Ecole ; c'était un confrère distingué.

M. Louis Ribard laisse une veuve et un fils, auxquels nous adressons nos très sincères condoléances.

M. Blatter, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, a été éprouvé par le décès de sa belle-mère, Mme Keall, survenu à Maisons-Laffitte, le 8 janvier, à l'âge de 72 ans.

Mme Keall était la femme d'un de nos anciens membres et la mère de M. Percy Keall, de Mantes, membre également de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons aux familles atteintes nos condoléances émues avec l'assurance de notre cordiale sympathie.

NOUVELLES

Association dentaire britannique. — La réunion générale annuelle de l'Association dentaire britannique aura lieu à Londres, Central Hall, Westminster, les jeudi 28, vendredi 29, samedi 30 mai, lundi 1er et mardi 2 juin 1925.

Distinction honorifique. — Nous apprenons avec plaisir que notre confrère, le Dr Amoëdo, membre de l'A. G. S. D. F., qui a représenté Cuba au Congrès médical de Séville dont nous parlons d'autre part, vient d'être fait Commandeur de l'ordre d'Alphonse XII.

Nous lui adressons nos félicitations.

Mariages. — On annonce le mariage de M. Joseph Richard, d'Annecy, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Germaine Martin, célébré le 27 décembre 1924.

***

Le mariage de notre confrère, M. le Dr Bennejeant, d'Oran, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Charlotte Pelluet, a été célébré le 8 janvier 1925 à Paris.

***

Le mariage de M. Robert Roy, fils du Dr Maurice Roy, notre Directeur et Rédacteur en chef, avec Mlle Madeleine Leurent, a été célébré le 24 janvier.

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

Naissance. — M. André Patet, du Blanc (Indre), membre de l'A. G. S. D. F., nous fait part de la naissance de son fils Michel.

Nos félicitations.

45e ANNÉE. N° 2. 28 FÉVRIER 1925. VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DE NOS FRAISES

Par Emile HUET (de Bruxelles)

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris*, 3 déc. 1924)

616.314 089.81.81

Les fraises, dont la forme actuelle est parfaite pour la taille de l'acier, ne peuvent convenir pour l'enlèvement de la dentine.

Les lèvres taillantes doivent avoir les angles d'attaque et de coupe d'un racloir.

Ma communication fait suite à celle que j'ai donnée à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 mai 1922[1].

Dans ce précédent travail, j'avais montré les étapes successives qui avaient été suivies dans la fabrication des fraises, depuis les premiers modèles, à lèvres fines, nombreuses

Fig. 1.

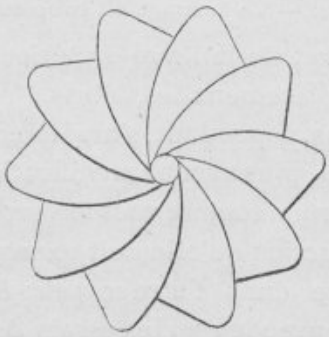


Fig. 2.

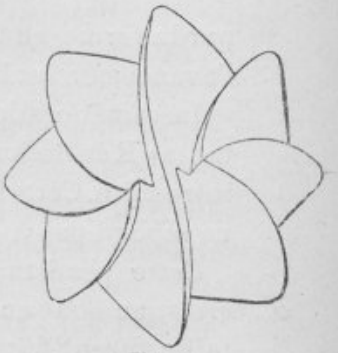


Fig. 3.

1. Les fraises et le fraisage de la dentine, par E. Huet, *Odontologie*, 30 mars 1923, 10 fig., p. 145 à 158.

et peu taillées, jusqu'à la fraise à taille dite « Révélation », qui marquait un réel progrès (fig. 1, 2 et 3).

Ce progrès était dû, principalement, au fait que le nombre des lèvres coupantes avait été considérablement réduit, facilitant ainsi le glissement vers l'arrière des particules dentinaires (fig. 4). Le dégagement était encore amélioré

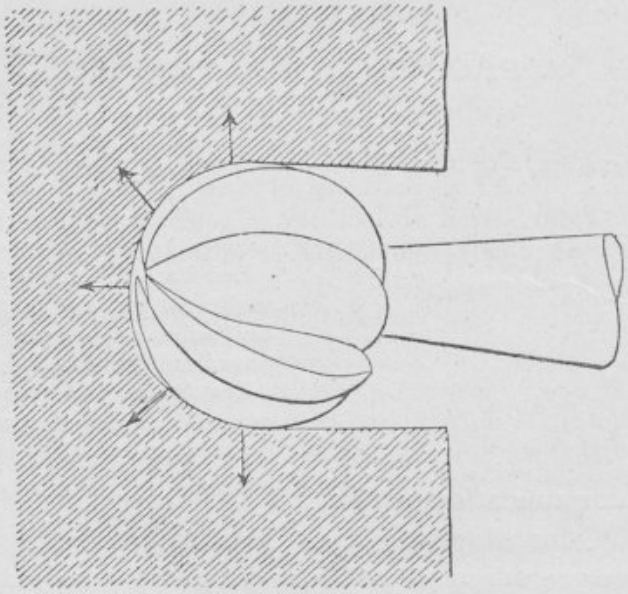


Fig. 4. — Le bourrage est compressé.

par la forme en foret de la lèvre supérieure qui favorisait l'avancement et l'effacement des débris.

Les améliorations, cependant, s'arrêtèrent là, et depuis la taille « Révélation », plus aucune modification de forme ne fut introduite. Cette forme, comme vous le verrez, tout à l'heure, ne répond pas à l'action qu'elle doit exercer sur la dentine.

Cette persistance dans l'erreur peut être attribuée, je crois, au non-sens avec lequel les essais de l'efficacité de la taille furent faits, non sur de la dentine, mais sur du métal ou des alliages métalliques.

***

Au moment où je vous faisais la communication, j'étais arrivé expérimentalement à obtenir, sur de petites surfaces,

des outils excessivement tranchants, et dont l'action était d'une efficacité triple de celle des fraises ordinaires. J'arrivai encore à augmenter la surface de rendement de ces

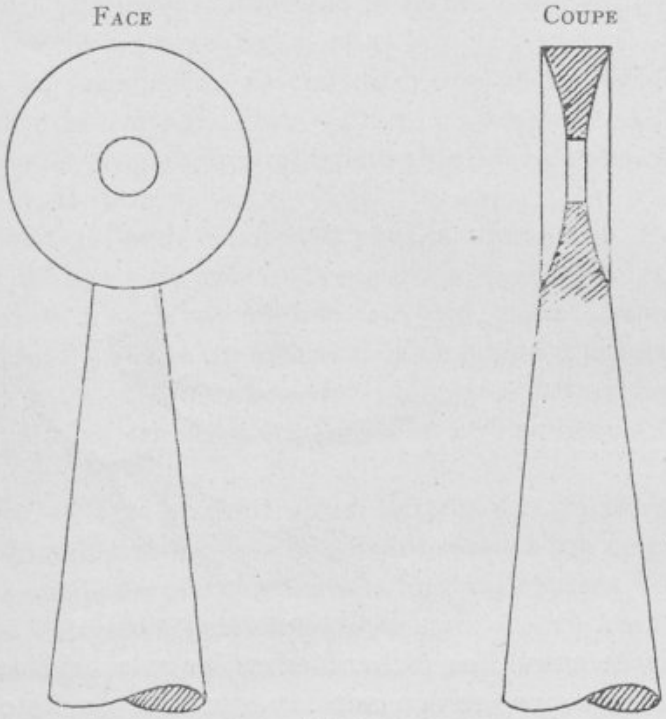


Fig. 5.

outils, en partant de petites sphères, au lieu de pointes de forets.

Un moment je pensai même avoir trouvé la solution parfaite. J'avais construit une fraise ayant la forme de deux entonnoirs accolés et que le dentiste aurait pu réaffûter lui-même par le simple passage d'une pointe de carborundum exactement calibrée (fig. 5).

Cependant à l'expérience, je n'obtins pas les résultats espérés. En employant la pression de 400 grammes, que j'avais reconnue précédemment comme suffisante pour obtenir un fraisage utile, le rendement de la nouvelle fraise était insuffisant.

Que s'était-il passé ?

Ce n'était plus le bourrage qui arrêtait la progression de

la fraise, car je pouvais constater que les poussières dentinaires s'élevaient en une belle colonne droite par la cavité centrale, sans que rien ne vînt mettre obstacle à leur libre sortie (fig. 6).

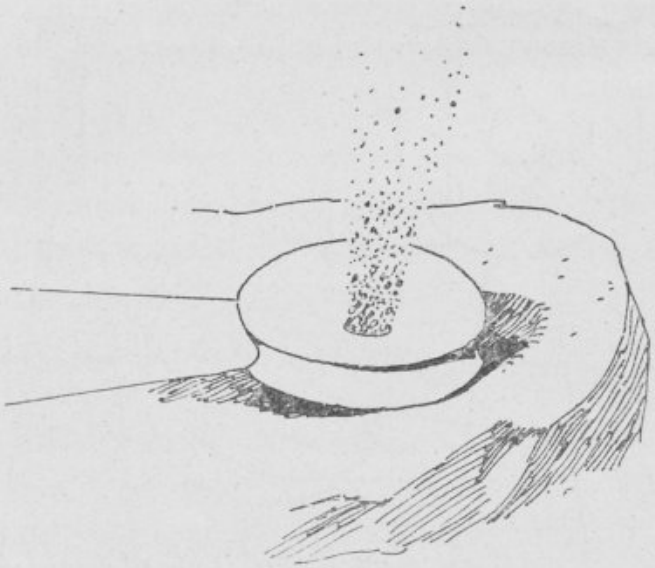


Fig. 6.

Je fis de nouvelles recherches et j'augmentai l'acuité de l'angle de coupe, en évasant davantage la partie centrale, le réaffûtage se faisant avec une shpère en carborundum, au lieu d'une pointe (fig. 7, n° 2).

PROFILS DES ANGLES DE COUPE

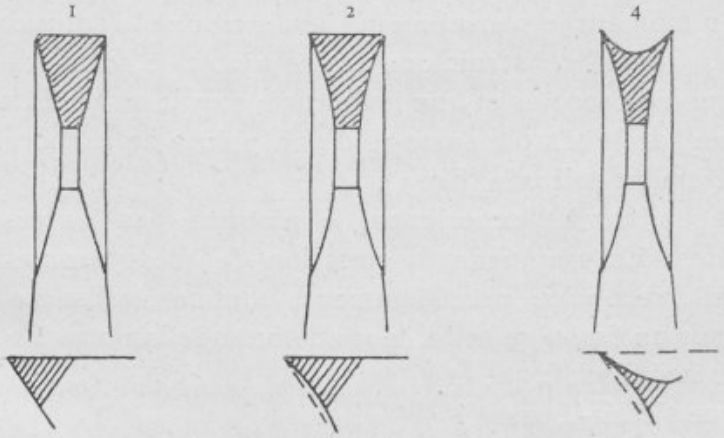


Fig. 7.

Le rendement ne fut guère amélioré.

Je repris alors la forme primitive, et, au lieu de creuser vers l'intérieur pour aviver la lèvre coupante, je fis l'évidement vers l'extérieur, donnant la forme d'un V à la partie extérieure de la fraise (fig. 7, n° 3).

J'eus la satisfaction de constater une amélioration dans la rapidité du fraisage. Cette rapidité n'atteignait pas encore la vitesse de progression indispensable pour l'excision indolore de la dentine.

Cependant, j'étais de nouveau sur la bonne voie. En effet, comme je l'avais signalé dans ma première communication, « la fraise n'agit pas comme un coin, pour soulever un copeau, mais comme un racloir ». A ce moment je ne m'étais arrêté à cette considération que pour vous faire ressortir la façon dont les fraises s'émoussaient et l'endroit exact où se portait l'usure.

Je repris l'idée et j'entrepris l'étude des racloirs.

Une documentation très importante était à ma disposition dans les outils de pierre plusieurs fois millénaires dont nos ancêtres s'étaient servis aux époques préhistoriques. Le Musée d'Histoire Naturelle de Bruxelles possède une magnifique collection d'outils de silex. Je pus, à loisir, en contempler de nombreux échantillons.

Je constatai que, quelle que fût l'époque envisagée, la taille de la partie coupante du racloir restait constamment la même. Elle se présentait sous la forme d'une surface droite, perpendiculaire à la partie sur laquelle l'action devait s'exercer ; son tranchant était formé par enlèvement d'éclats plus ou moins nombreux à la partie postérieure, favorisant ainsi l'élimination de la matière enlevée et l'avivage de l'arête tranchante (fig. 8).

Il est remarquable de constater la persistance de cette forme à travers toute l'instrumentation, tant néolithique que paléolithique. Le résultat expérimental obtenu pendant des milliers d'années et la persistance du même type de taille, doivent nous faire supposer que l'outil de choix pour le raclage est bien le modèle tel qu'il a été primitivement conçu.

***

Si nous examinons à présent la taille des fraises du commerce, nous constatons qu'elles sont plutôt conditionnées pour travailler dans un métal tendre.

En effet, leurs lèvres sont disposées pour travailler comme le coin de l'outil employé par le tourneur pour entamer une barre d'acier. Cette disposition serait parfaite, si la

Fig. 8.

dentine devait s'enlever en copeaux, — ce qui n'est pas le cas, — et les essais faits sur du métal tendent à maintenir les fabricants dans l'erreur.

La disposition à adopter doit être celle du *Racloir*, c'est-à-dire arête dont la partie dégagée s'éloigne du champ sur lequel on a opéré (fig. 9).

C'est en m'inspirant de cette donnée que je taille actuellement les fraises que j'emploie. Il m'arrive souvent de pouvoir, avec une seule lèvre tranchante, faire un fraisage beaucoup plus efficace, plus rapide, qu'avec la meilleure des fraises.

Dans ma précédente communication, je m'étais efforcé de vous expliquer, par dessins, comment j'obtenais la bonne forme de lèvre tranchante. La réalisation était basée sur l'empirisme et je n'étais arrivé à de bons résultats que par la disposition en « foret ». Depuis, j'ai taillé des fraises de tous modèles et les résultats obtenus en m'appuyant,

cette fois, sur la taille normale du « racloir », m'ont donné entière satisfaction.

Pour vous permettre de mieux vous rendre compte des effets obtenus par la disposition de l'angle d'attaque du racloir, je vous fais passer un outil néolithique. Vous pourrez vous rendre compte, malgré l'imperfection de cet ins-

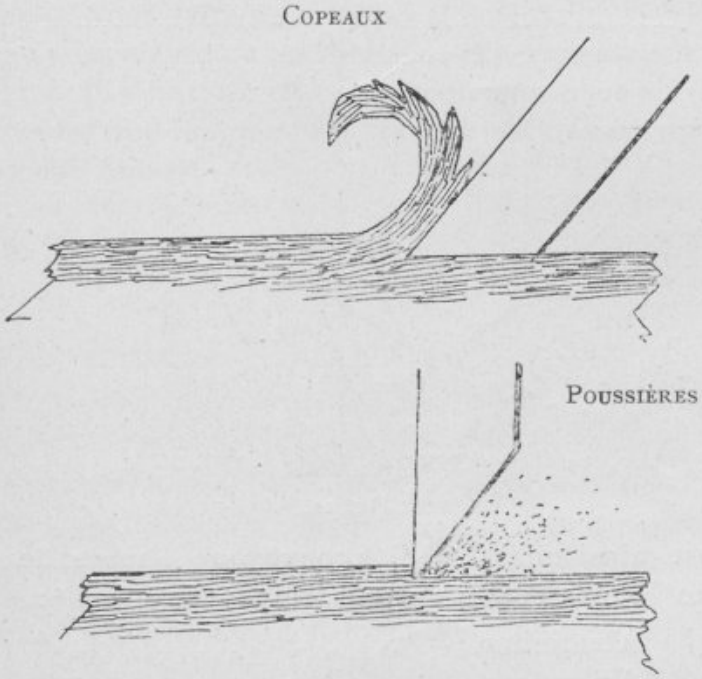


Fig. 9.

trument très usé, combien la disposition taillante et la présentation de l'angle d'attaque assurent l'efficacité de son action.

Je ne saurais trop vous engager, en attendant la transformation de nos fraises, à tailler vous-mêmes vos vieilles fraises. Une meulette tournant à une vitesse angulaire de 700 à 750 mètres par minute vous permettra d'obtenir rapidement cette taille nette et à bords vifs dont vous retirerez le plus grand profit.

***

En regard des progrès réalisés dans toutes les branches de l'art dentaire, il est regrettable de constater que l'étude

des fraises n'a pas été abordée par nos praticiens. Cependant le fraisage nécessite des connaissances techniques qui auraient dû offrir de l'attrait pour nos chercheurs.

Dans la grande industrie, les facteurs, vitesse, effacement des copeaux et angle de coupe, ont été minutieusement étudiés pour chaque métal.

Fig. 10.

C'est ainsi qu'il a été prouvé que l'angle de coupe (fig. 10) le plus favorable était, suivant le métal [1] :

Aluminium	40°
Acier doux	20°
Acier dur.	12° à 8°
Fonte dure	4°

Pour la dentine il doit être de 0°, c'est-à-dire que la présentation de la lèvre à la surface à enlever doit être perpendiculaire à l'axe de la fraise.

Ces jours derniers, j'ai eu l'occasion de faire usiner quelques lames taillantes, suivant les principes que je viens de vous développer. Le résultat a confirmé d'une façon frappante la nécessité de la lèvre « en racloir ».

La diminution de pression, pour un même effet utile, est

1. HANEN J., 1919. Le fraisage. — Paris, H. Dunod et E. Pinot, éditeurs, 47 et 49, Quai des Grands-Augustins.

remarquable et prouve, incontestablement, l'efficacité de la nouvelle taille.

D'autres constatations intéressantes ont été faites au cours de ces expériences, notamment sur le « Régime de vitesse » à employer, suivant le diamètre et la forme de l'outil.

Je compte vous faire part de ces données, plus tard, à moins que vous n'ayez pu les chercher, expérimentalement, vous-même. Il serait, en effet, désirable que nous n'ayons pas à attendre trop longtemps la transformation rationnelle de toutes nos fraises.

COMPLICATIONS TUMORALES DES FOYERS SEPTIQUES PARADENTAIRES[1]

Par le Dr DELATER

Ancien chef du laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique du Val-de-Grâce,
Directeur du laboratoire de recherches et d'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris*, 6 *janvier* 1925)

616.314.06

Les foyers septiques paradentaires ne menacent pas seulement ceux qui les portent de complications infectieuses locales ou générales ; ces dernières sont d'ordre inflammatoire comme leur cause, elles sont donc logiques et leur bibliographie est déjà riche de faits récents très démonstratifs. Mais la condition de ces complications est un agent microbien agressif, bien vivant et suffisamment virulent. Or il est de toute évidence que les foyers périradiculaires et sous gingivaux ne réalisent pas habituellement cette condition. Leurs germes mènent au contraire le plus souvent une vie ralentie et leur virulence est atténuée à l'extrême. Combien d'années peut quelquefois évoluer sournoisement l'infection apicale d'une racine obstruée : je n'ai pas besoin de vous le rappeler ; mais je compléterai les données expérimentales que je vous ai énumérées dans ma précédente communication[2] par les belles recherches de Seguin rapportées à la Société de Stomatologie le 19 janvier 1925. Cette vitalité amoindrie et cette persistance infinie sont la condition de complications d'un ordre tout à fait différent des premières : les complications tumorales.

Pendant leur longue incubation, les microbes ne restent pas totalement inactifs, ils détruisent lentement quelques-unes des cellules au contact desquelles ils se trouvent et

1. Les microphotographies qui paraissent dans ce travail ont été publiées dans la *Revue de Stomatologie* et cet article a fait l'objet d'une communication au Congrès de Stomatologie (octobre 1924) présentée en collaboration avec le Dr Bercher.

2. *L'Odontologie*, 30 novembre 1924.

excitent les autres à une activité réparatrice qui incessamment sollicitée peut dépasser la mesure et donner naissance à un processus hyperplasique. Ainsi apparaissent des tumeurs, ordinairement bénignes, mais qui peuvent un jour prendre une grande extension, et même subir la transformation maligne : ce sont *les granulomes et les kystes apicaux*, que les spécialistes enlèvent si souvent à l'occasion d'une extraction dentaire ; ce sont *les épulis, qui ne sont que des granulomes latéro-dentaires ou cervicaux*; ce sont *les kystes corono-dentaires et les tumeurs à dents multiples*; ce sont enfin les *épithéliomas adamantins*, tumeurs longtemps bénignes qui procèdent de l'une quelconque des tumeurs précédentes.

Ce sont ces étapes du processus tumoral que nous allons synthétiser devant vous, depuis l'étape du début, processus inflammatoire chronique qui est à leur origine commune, jusqu'à la néoplasie maligne qui peut être leur terminaison.

I. — LEUR ORIGINE

A. Elle se fait toujours dans un épithélium qui prolifère

Quand on étudie ces tumeurs à leur début, on les voit toujours s'amorcer dans une fertile prolifération épithéliale, mise en mouvement par un processus inflammatoire atténué. Que l'épithélium forme des boyaux pleins, rayonnant autour de l'apex (fig. I), ou plus tard qu'il tapisse une cavité contenant un liquide hématique ou purulent, on le voit toujours habité par une quantité parfois considérable de globules blancs polynucléaires, qui le plus souvent y restent strictement localisés, sans consentir, au début, à passer dans le tissu conjonctif voisin (fig. II). Or, nous considérons aujourd'hui les polynucléaires comme des éléments chargés par l'organisme d'engager directement la lutte contre tout antigène, quel qu'il soit, qui s'est introduit dans un tissu.

Ici, ce qu'ils traduisent, c'est la présence des microbes dans l'épithélium seul.

Autour de lui, le tissu conjonctif a réagi à sa façon : irrité, il s'est infiltré de lymphocytes et de plasmocytes, s'efforçant d'élever une barrière contre cette prolifération épithéliale; il arrive parfois à la masquer si bien que la majorité des observateurs n'ont vu que ce tissu granulomateux : ils en ont tiré l'appellation de la plus simple de ces néoformations, négligeant l'importance primordiale du développement épithélial.

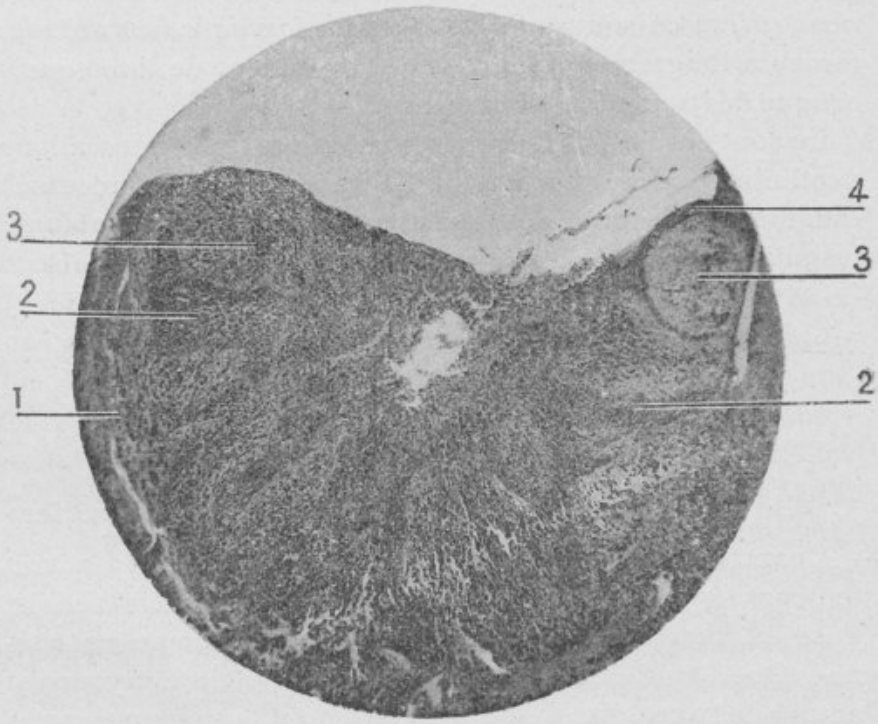


Fig. 1. — Observation n° 2.

Epithélio-granulome typique (Grossis. 72 f.).

On ne voit ici que le bord intérieur de la capsule (1). L'aspect radié de l'épithélium (2) est particulièrement net. L'extrémité des rayons est bien limitée et à leur niveau les nodules myxoïdes sont bourrés seulement de mononucléaires (3). Le centre de la roue est un tissu de fongosité en voie de ramollissement où les rayons épithéliaux sont confondus avec le conjonctif ; à l'extrémité droite du bord intérieur (4) on reconnaît encore un liseré épithélial qui séparait le bourgeon myxoïde de la racine.

B. Une infection locale atténuée anime la réaction hyperplastique

L'origine inflammatoire de ces néoproductions n'est pas pour nous surprendre, car nous sommes accoutumés à con-

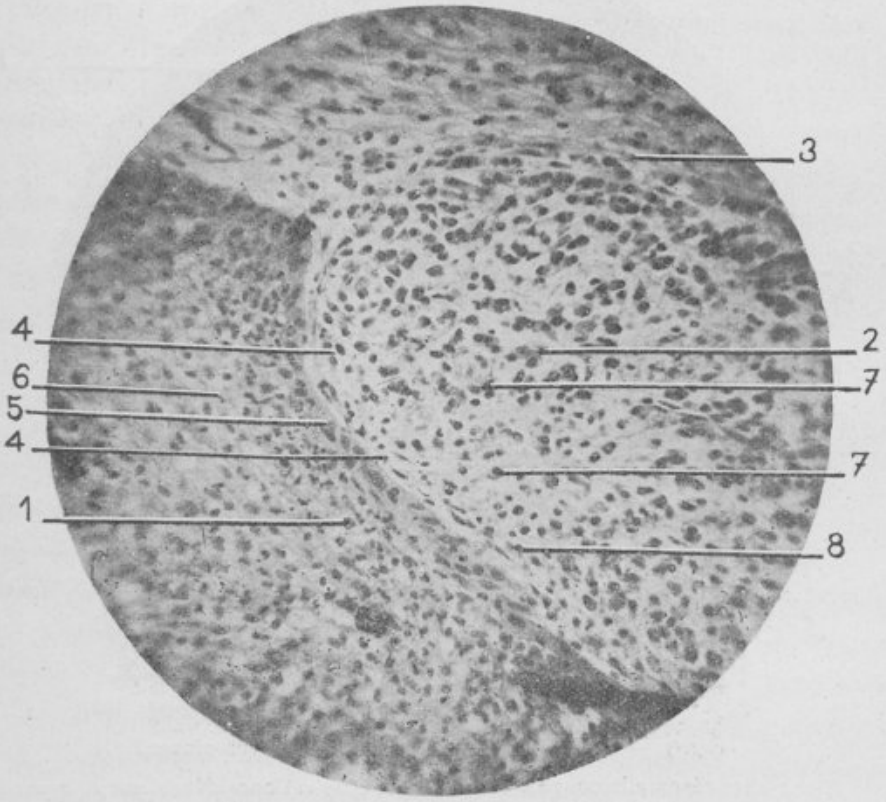


Fig. 2. — Granulome (fort grossissement).

Epithélium à polynucléaires et conjonctif à mononucléaires

Poly et mono. Séparation nettement marquée entre le tissu d'une travée épithéliale en rayon de roue (1) et le tissu conjonctif myxoïde qui la borde et qui forme ici un nodule (2) déprimant l'épithélium et repoussant le tissu fibreux (3). On peut apercevoir quelques fibrilles connectives (4) qui soutiennent la couche génératrice (5) de la travée épithéliale. Celle-ci est le siège d'une infection subaiguë et se montre envahie par des polynucléaires nombreux (6); le tissu myxoïde réagit à l'irritation qu'entretient la prolifération épithéliale par un afflux de mononucléaires et plasmazellen (7). L'épithélium est ici richement fourni de cellules adamantines mal soudées entre elles et que l'on voit trouées de nombreuses vacuoles ; dans le tissu myxoïde on peut encore reconnaître quelques cellules fixes étoilées (8).

sidérer le granulome en particulier comme une sorte de bourgeon charnu ; il suffit d'ailleurs de constater les condi-

tions dans lesquelles ces formations apparaissent pour nous convaincre du rôle que doit jouer l'inflammation dans leur étiologie : on voit en effet que le granulome et le kyste para-

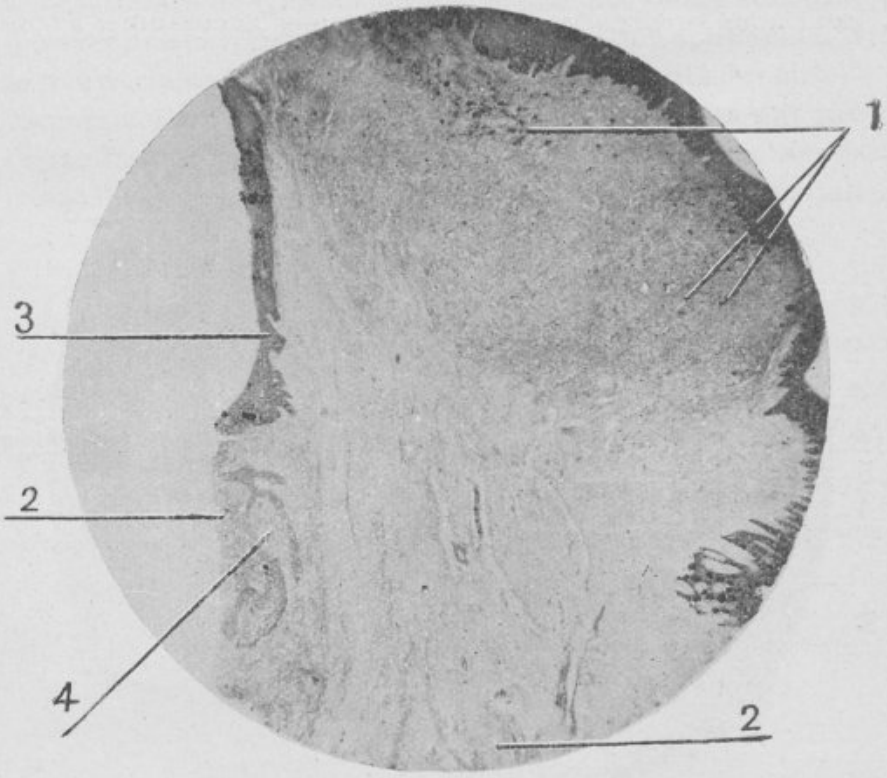


Fig. 3. — Granulome latéroradiculaire à myéloplaxes.

L'image représente la coupe d'un bourrelet gingival considérablement hyperplasié par une tumeur conjonctive : le haut en est granulomateux et présente deux foyers de multiplication fibroblastique avec nombreux myéloplaxes (1) ; le bas en est fibreux, à trousseaux denses (2) ; c'était le pédicule.

Sauf en bas, tout le pourtour est revêtu d'épithélium : on suit son aspect malpighien normal sur tout le contour du bourrelet, de 3 en 4 ; mais là, il s'arrête brusquement au bord de l'insertion sur le collet de la dent. Pourtant, au-dessous se voient des traînées sombres, plus pénétrantes que les saillies interpapillaires de l'épithélium normal et anastomosées en festons (5) ; elles débouchent sur la face libre, perpendiculairement à elle et sont séparées par des trousseaux fibraux qui faisaient l'insertion sur la racine, elles sont entourées d'un tissu conjonctif lâche formé de plasmocytes, qu'on peut voir se continuer en haut avec les foyers de myéloplaxes. Un fort grossissement affirme même qu'elles schématisent une différence considérable avec l'épithélium malpighien de revêtement : elles parviennent en effet d'un débris paradentaire haut situé, qui a été irrité par infection venue du cul-de-sac gingival et qui, jouant le rôle d'un corps étranger, a provoqué la prolifération réactionnelle du conjonctif jusqu'au sommet du bourrelet gingival. L'épulis s'est développé ici comme un granulome.

dentaire ne se développent que sur des dents infectées, — que l'épulis n'apparaît que dans un bourrelet gingival fragile (fig. III), créant autour du collet un nid microbien mal balayé, et d'ailleurs exposé à maints traumatismes, — que le kyste corono-dentaire enfin, se développe d'ordinaire sur une dent de seconde dentition dont les éléments odontoplastiques ont pu recevoir par propagation les microbes venus de la dent temporaire précédente [1].

Ce qui nous gêne plutôt, c'est de voir l'épithélium y occuper une telle place, c'est de consentir à faire un rapprochement entre cette étiologie inflammatoire et ce développement épithélial, c'est de décider qu'une inflammation atténuée et prolongée peut être l'animatrice d'une prolifération épithéliale, c'est, enfin, de conserver à ces néoproductions l'appellation de tumeurs.

Ce sont là, cependant, des constatations et des interprétations qui s'imposent à qui prend soin d'étudier ces néoformations à leur début par des coupes méthodiquement sériées ; une telle activité épithéliale légitime donc qu'on leur maintienne l'appellation de tumeurs. Quant à cette action fertilisante d'un processus infectieux sur un épithélium, elle mérite que nous l'analysions de plus près, car il n'est pas dans les habitudes de l'inflammation de provoquer une hyperplasie. La lésion qu'elle produit est à l'ordinaire une nécrose, une fonte purulente. C'est qu'il est exceptionnel de voir un processus inflammatoire se dérouler sous l'action de microbes aussi peu virulents que ceux que l'on trouve le plus souvent dans les canaux dentaires ou dans leur voisinage.

Je vous ai assez montré en juillet dernier que les microbes sont ici d'une vitalité exceptionnellement atténuée ; et

1. Il n'est pas impossible que le kyste corono-dentaire soit dû parfois à une dysplasie primitive des épithéliums odontoplastiques, comme l'avait cru Malassez : ainsi s'expliqueraient les rares kystes corono-dentaires de la première dentition, ou ceux qui naissent autour des grosses molaires, dents de sagesse en particulier ; mais ce mécanisme est exceptionnel, car ordinairement l'épithélium porte les traces d'une infection.

comme l'organisme ne peut opposer à toute agression d'où qu'elle vienne (agent traumatique, chimique ou microbien ; que deux modes de réaction [1] : la nécrose, si l'agression est brutale, l'hyperplasie, si elle est faible et répétée, c'est par cette dernière qu'il réagira.

C'est cette inflammation atténuée et prolongée, cette agression microbienne faible et longtemps répétée, constatable seulement dans l'épithélium, qui nous paraît être à l'origine du processus hyperplastique : l'activité destructrice des germes sur quelques cellules épithéliales laisse aux autres le temps et les moyens de remplacer les éléments disparus et de se multiplier ; mais bientôt la fertilité de ces cellules dépasse la mesure : les voici à l'étroit dans leur basale ; elles la repoussent en pointes arborescentes qui s'anastomosent et provoquent la réaction irritative du tissu conjonctif que nous avons constatée tout à l'heure : c'est l'étape première, l'étape d'*épithélio-granulome*, très proche parente de l'étape par laquelle débute la réaction aux applications successives d'un irritant physique ou chimique : on en retrouve des figures comparables dans les descriptions de l'étape d'*hyperplasie limitée*, qui fait suite aux applications répétées de goudron de houille sur l'oreille du lapin ou sur la souris, et qui représente l'amorce du cancer du Goudron (Roussy et Leroux, Itchikawa et Baum). Mais dans les réactions que nous considérons, *c'est un irritant microbien qui est en cause :* cette étiologie du premier stade d'une néoplasie n'est pas si souvent mise en évidence que nous n'ayons cru utile d'insister sur la valeur de cette constatation.

C. **Ce sont les restes de l'épithélium odontoplastique fœtal qui s'infectent et s'hyperplasient**

Remarquons d'ailleurs que cette hyperplasie s'est ici développée d'autant plus facilement qu'elle a pris naissance

1. P. Delbet. Séance inaugurale de la ligue belge contre le Cancer, 18 novembre 1923.

dans des cellules dédifférenciées, prototypiques, incluses depuis la vie fœtale dans la profondeur de la gencive. On sait avec quelle facilité ces cellules quiescentes ont des réveils anarchiques ; on sait combien souvent une inclusion, une dysembryoplastie épithéliale est à l'origine du cancer ; or, c'est dans *les débris épithéliaux paradentaires* (fig. IV) que s'amorce le processus hyperplastique.

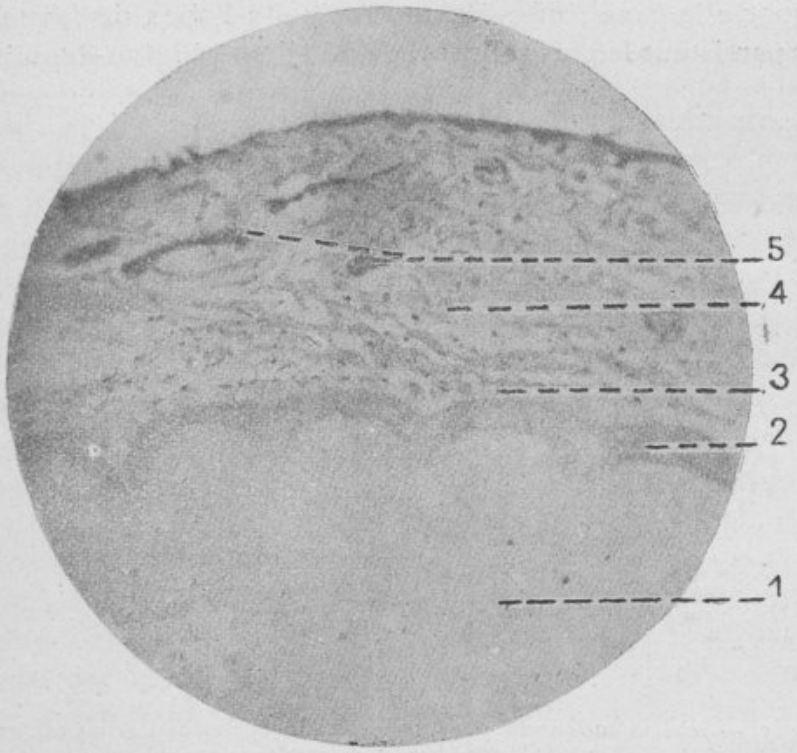


Fig. 4. — Débris épithéliaux dans tissus circumradiculaires normaux.

1, dentine. — 2, bande dentino-corticale hématoxylinophile, présentant de gros grains plus foncés, surtout au contact de la dentine. — 3, précortical constitué par des épines fibreuses insérées perpendiculairement sur la dentine et montrant des noyaux à la périphérie de chaque épine. — 4, tissu conjonctif plus lâche du ligament alvéolo-dentaire, dont les fibres se continuent avec les épines du précortical. — 5, restes épithéliaux en boyaux coupés en long ou en travers.

Malassez a montré leur fréquente présence au voisinage immédiat des racines et a précisé leur origine : ils proviennent des portions épithéliales du bourgeon dentaire (fig. V) : sous le nom d'organes adamantins, ces formations ont

dirigé l'édification de la dent, puis sont entrées en régression, et les boyaux qui en sont résultés, disposés sur toute la hauteur de la racine, d'aspect atrophique, « en tenue de misère » comme dit Malassez, sont formés de cellules redevenues prototypiques, mal jointes, fréquemment vacuolisées, mal défendues par une basale insuffisante : ils sont un lieu d'élection pour le développement des germes que leur apporte le canal infecté d'une racine, à l'apex de laquelle ils persistent le plus souvent, ou un sillon gingivo-dentaire,

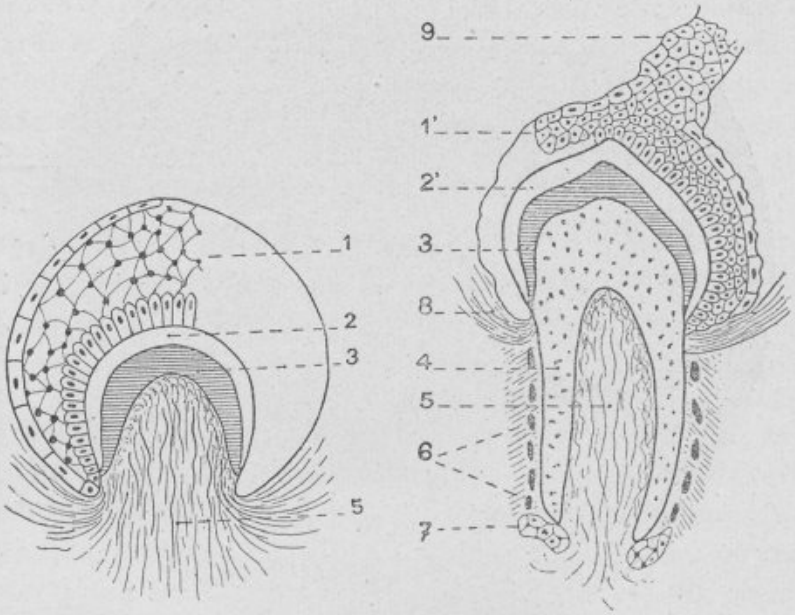


Fig 5. — Schéma comparatif des formations épithéliales péricoronaires, *avant* et *pendant* le développement de la racine.

1, organe adamantin du sac folliculaire; 1', revêtement épithélial péricoronaire du *gubernaculum* ; 2, 2', cavité virtuelle autour de la couronne ; 3, émail ; 4, ivoire ; 5, papille dentaire ; 6, restes circumradiculaires de l'organe adamantin ; 7, restes profonds de l'organe adamantin (anneau apical) ; 8, faisceau supérieur du ligament alvéolo-dentaire ; 9, cordon gubernaculaire dans lequel chemine la dent qui pousse.

irrité par des parcelles de tartre. Si ces germes sont agressifs, ils pullulent à l'abri dans ce reste épithélial et gagnent promptement les tissus voisins, provoquant un processus phlegmoneux dont la suppuration alvéolaire est l'aboutissement. Mais quand ils sont très atténués, ils pro-

voquent l'hyperplasie épithéliale où s'amorce l'épithélio-granulome, premier aspect de la tumeur.

Le type le plus favorable à l'étude est certainement le *granulome apical*, d'après lequel nous avons fait notre première description. Le canal radiculaire transmet ses germes à des débris épithéliaux qui persistent à l'apex plus fréquemment qu'ailleurs. En s'accroissant, en effet, la racine conserve à son extrémité inférieure un anneau épithélial qui s'est séparé de bonne heure de l'organe adamantin et qui reste en activité jusqu'à la fin de l'édification radiculaire ; c'est la formation épithéliale qui joue le dernier rôle ; c'est donc son reste qui persiste le plus tard au débouché du canal radiculaire, et c'est là que doivent se développer de préférence les granulomes.

Toutefois, on retrouve la même étape de début dans l'*épulis :* son foyer d'origine et d'accroissement est toujours autour d'un épithélium infecté et hyperplasié. Deux points de départ sont le plus fréquents : Ce peut être un débris de Malassez latéro-radiculaire haut placé : il donnera naissance à une de ces languettes épithélio-granulomateuses, glissées entre le collet et la gencive, comme on en voit parfois attenant à certaines dents au cours de la pyorrhée : ce sont ces languettes qui, sortant du sillon gingivo-dentaire, produisent ces volumineuses épulis, pédiculées en forme de poires, couchées sur la gencive quand les dents voisines sont tombées, et qui souvent évoluent assez vite.

L'épithélium originel de l'épulis peut être aussi celui du versant proximo-dentaire du bourrelet gingival. Cet épithélium se montre en effet très différent du revêtement malpighien du reste de la muqueuse buccale : ses couches sont peu nombreuses, ses cellules sont mal jointes, et les plus superficielles ne sont pas aplaties en une sorte de bouclier protecteur contre les invasions microbiennes. Aussi le voit-on fréquemment envahi par des polynucléaires, et le tissu conjonctif qu'il recouvre est-il ordinairement le

siège d'une infiltration lymphoplasmatique réactionnelle. Cette dernière a pu encourager récemment Retterer à décrire dans ce bourrelet une sorte d'amygdale gingivale [1].

Ce versant proximo-dentaire est en réalité un reste de la muqueuse prototypique du jeune fœtus : épithélium à cellules rondes, sans couches superficielles aplaties, reposant sur un tissu conjonctif myxoïde. Il conserve cet aspect parce qu'il représente le cratère où s'est invaginé chez l'embryon le mur plongeant des bourgeons dentaires ; il fait, en quelque sorte, la transition entre la région des débris paradentaires et la muqueuse normale. On conçoit avec quelle facilité son épithélium se laissera infecter et pourra proliférer ; comme il tapisse les parois du sillon gingivo-dentaire, nid microbien mal balayé, ses cellules quiescentes seront très exposées à l'influence des agents extérieurs. C'est sur ce versant que s'amorcent les épulis sessiles que l'on voit boursoufler le bourrelet gingival.

Quel que soit son point de départ, l'épulis débute donc aussi par un stade histologique d'épithélio-granulome, latéro-radiculaire ou cervical, et comme dans le granulome apical, c'est un reste de l'épithélium odontoplastique qui lui donne naissance.

II. — LEUR ÉTAPE BÉNIGNE

Mais si elles naissent de la même façon, ces deux variétés de tumeurs, placées schématiquement aux pôles extrêmes de la racine, évoluent différemment. C'est que les restes aux dépens desquels elles sont nées, proviennent de formations très différentes.

A) Tumeurs apicales

Les formations dont les débris s'immobilisent au voisinage de l'apex sont celles de l'organe adamantin, qui joue un rôle si actif dans l'édification de la couronne et de

1. RETTERER. Des images histologiques qui précèdent et accompagnent la pyorrhée alvéolaire (*Rev. Stomatologie*, juillet 1924).

la racine, et dont les cellules acquièrent une différenciation si remarquable : — cellules rameuses, arachnéennes, de la gelée de l'émail (cellules adamantines), — hautes cellules cylindriques à noyau dépolarisé de la couche interne de l'organe de l'émail (adamantoblastes). — Aussi voit-on les granulomes apicaux présenter un développement parfois très riche de leur épithélium : on y retrouve fréquemment des aspects adamantins typiques (fig. VI).

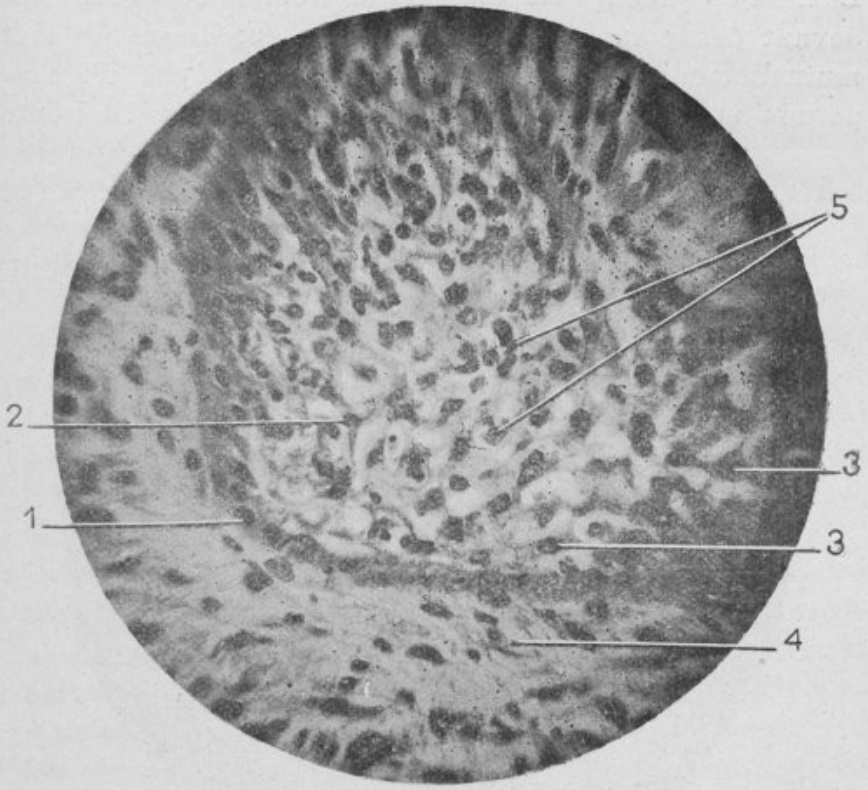


Fig. 6. — Epithélium du type adamantin à l'intérieur d'un granulome.

(1) Couche basale de l'épithélium à gauche et au-dessous de laquelle le tissu conjonctif constitue un tassement connectif qui est l'équivalent d'une vitrée ; (2) Cellule épithéliale rameuse triangulaire (type adamantin) ; (3) Cellule épithéliale rameuse polygonale ; (4) Cellule conjonctive étoilée aux prolongements beaucoup plus ténus ; (5) Polynucléaires dans le seul épithélium.

L'épithélio-granulome, une fois constitué, peut évoluer de façon différente suivant l'activité des germes qu'il contient : il peut suppurer, il peut se vacuoliser (ces deux pro-

cessus sont toujours au moins amorcés dans un même granulome), il peut subir une extension tumorale considérable.

a) *Suppuration.* — Tandis que les digitations épithéliales se poussent vers la périphérie, s'aplatissent contre la capsule qui s'est édifiée pour limiter ce double processus inflammatoire et tumoral, tandis qu'elles s'y ramifient, s'anastomosent, distendent peu à peu cette capsule, au centre, au contraire, évolue un lent processus de nécrose. Le tissu conjonctif réactionnel envoyant des bourgeons au-devant des pointes épithéliales, les deux tissus se sont mutuellement pénétrés (fig. VII) : leur activité n'a plus permis au tassement connectif qui formait la limitante

Fig. 7. — Granulome.

Toutes les travées épithéliales sont comme celles-ci infiltrées de poly. Tandis que le bord droit de la tramée verticale (1) et le bord supérieur (2) restent nets et que le conjonctif ne montre à côté que des plasmocytes (3), le bord gauche au contraire (4) est défoncé par la traversée des poly sur toute la convexité de ce bord qui regarde en bas. Remarquer que la migration de ces poly est lente puisqu'ils ne sont pas encore arrivés en (5) tant doit être atténué le processus infectieux.

basale de se faire aussi solide, aussi étanche : l'offensive microbienne, tenace bien que torpide, se continuant, les microbes et les polynucléaires de l'épithélium ont franchi cette basale et ont envahi le conjonctif : c'est désormais un vrai tissu bourbillonneux et bientôt un vrai foyer de fonte purulente que l'on trouve au pourtour immédiat de l'apex.

L'évolution ultérieure dépendra encore ici de l'intensité du processus nécrotique : il pourra dépasser en vitesse le processus hyperplastique et, s'étendant jusqu'aux digitations épithéliales périphériques qui constituaient les pointes d'avant-garde de l'infection, il les détruira et transformera en pus tout le contenu de la capsule ; cet abcès s'évacuera par le canal radiculaire ou par quelque fistule. En tout cas le processus tumoral sera interrompu : ce pourra être un de ses modes de terminaison ; nous trouvons alors ces granulomes où aucun tissu épithélial n'est plus reconnaissable.

Il est possible que cette évolution soit souvent réalisée et représente le sort réservé à des ébauches tumorales qui s'amorcent beaucoup plus fréquemment que nous ne le soupçonnons et puis qui disparaissent. Pour notre part, nous avons vu des granulomes là où personne n'en soupçonnait. Nous avons coupé de très petites excroissances lardacées et coniformes qui continuaient exactement la forme de la racine et que le chirurgien ne voulait pas considérer comme des granulomes : nous y avons trouvé les plus jolies figures d'épithélio-granulome au début. Les granulomes ébauchés sont donc vraisemblablement fréquents, mais nous ne les voyons pas ; et quand ils suppurent, nous les considérons comme des abcès alvéolo-dentaires, des ostéo-phlegmons ; ce n'est que lorsqu'ils ont déjà longuement évolué dans le sens hyperplastique, sous l'influence d'une activité microbienne très réduite, que nous sommes appelés à les constater.

b) *Vacuolisation.* — La tendance que nous constatons le plus souvent, c'est, évoluant avec l'hyperplasie, une tendance à la vacuolisation. Pour faciliter l'apport des polynucléaires défensifs, les tissus mésodermiques ont for-

tement réagi et de nombreux capillaires ont pénétré à l'infini toutes les digitations épithéliales : beaucoup de ces derniers n'ont d'enveloppe conjonctive qu'un manchon collagène à peine colorable par le bleu Poirier ; souvent même on n'en peut mettre aucune trace en évidence et les capillaires se trouvent au contact direct de ces cellules épithéliales rameuses, mal jointes, qui ne leur sont qu'un fragile soutien : on les voit fréquemment se rompre ; et un raptus hémorragique inonde les travées épithéliales, distend peu à peu leurs parois (fig. VIII), dissèque les

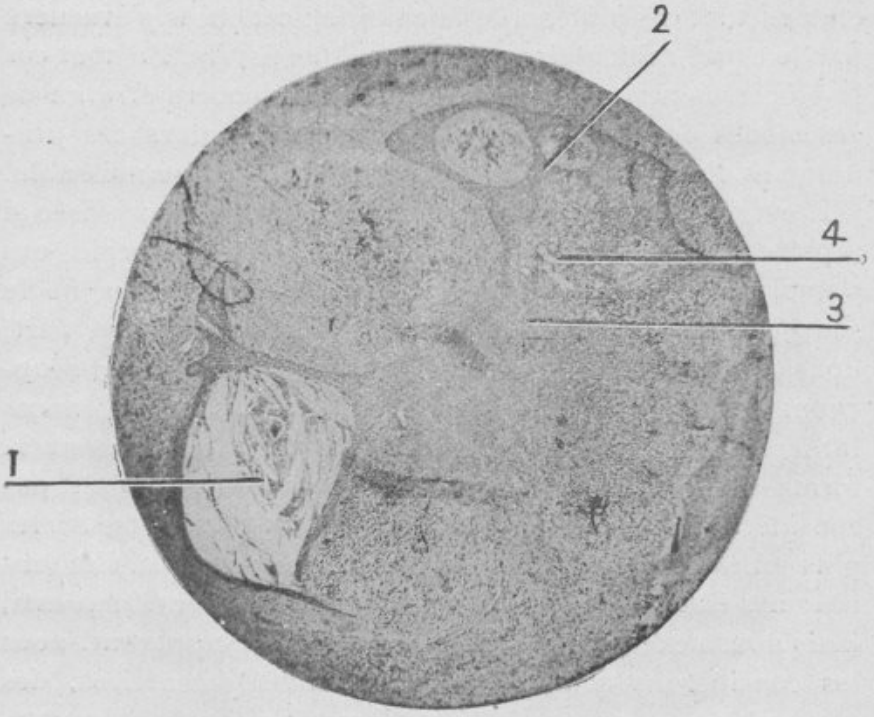


Fig. 8.

Naissance dans un granulome d'un petit kyste hémorragique encore rempli de globules rouges. (1) Kyste récemment formé par rupture d'un capillaire congestionné, on voit dans la cavité les strates de sang coagulé ; (2) Festons épithéliaux nettement découpés à la périphérie, confondus vers le centre (3) où leur carrefour montre de nombreux capillaires (4) très congestionnés mais non rompus.

axes conjonctivo-vasculaires qui les traversent, forme ainsi une cavité anfractueuse dont les limites restent celles de l'épithélium et de sa basale connective. Cet épithélium se

vacuolise donc de lacunes d'abord microscopiques, bientôt plus grandes, toujours comblées par un liquide contenant des débris globulaires, fibrineux, leucocytaires, épithéliaux. Il est rare que, dans un granulome un peu évolué, on ne trouve pas quelqu'une de ces failles épithéliales.

Plus tard, les cellules qui les bordent s'aplatissent et forment bientôt un revêtement d'aspect particulier. En effet, ce revêtement épithélial, restant infecté et actif, continue, par sa convexité, à proliférer dans un tissu myxoïde infiltré de plasmocytes ; il reproduit par endroits, à sa périphérie, le tissu épithélio-granulomateux qui a été son point de

Fig. 9.

Rupture d'un bourgeon charnu coiffé d'épithélium, dissocié par l'infiltration cholestéatomateuse, et flottant dans la lumière d'un kyste microscopique (1). Revêtement épithélial de la paroi du kyste ; on en voit partir des digitations vers la capsule (2) ; (3) Bourgeon myxoïde flottant dans le kyste, coiffé encore par places d'un lambeau d'épithélium (4), creusé des fentes losangiques du cholestéatome ; (5) Bouillie d'hématies, de leucocytes, de cellules épithéliales et conjonctives dans la lumière.

départ. En même temps que se caractérise ainsi la paroi de la lacune, les axes conjonctivo-vasculaires qui traversent cette lacune, écrasés par le liquide qui les entoure, dissociés par une fréquente infiltration cholestéatomateuse, s'atrophient et disparaissent (fig. IX) : la lacune s'agrandit et se nivelle ; elle devient ce que l'on a improprement appelé un *kyste paradentaire*, dont l'épithélium porte toujours la trace du processus inflammatoire originel.

c) *Evolution vers l'épithélioma adamantin.* — Il

Fig. 10.

Dans un granulome radiculo-dentaire : Un *globe corné* parfaitement évolué, un autre plus petit en formation. (1) Transition vers la transformation épithéliomateuse.

semble que, dans le kyste comme dans le granulome, le processus nécrotique, la suppuration, l'emporte souvent, tôt ou tard, sur le processus hyperplastique. Cliniquement, en effet, ce sont des réactions inflammatoires que l'on note

le plus souvent ; et histologiquement, quand la suppuration n'emporte pas la capsule, et que la pièce conserve sa morphologie de kyste, il arrive, comme dans le granulome, que tout épithélium disparaisse et soit remplacé par une bordure de tissu conjonctif infecté.

L'accentuation du processus hyperplastique n'est donc pas fréquente. Ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'une sorte d'équilibre maintienne pendant longtemps un aspect d'activité apparente de l'épithélium. On retrouve ses pointes d'accroissement, autour d'une zone constituée par des travées épithéliales, richement anastomosées, donnant une impression de feutrage, de ruche, et qui, elle-même, entoure un centre nécrosé et purulent ou kystique. Mais cette activité doit être extrêmement réduite, puisque c'est toujours à peu près le même aspect que l'on retrouve, comme s'il était immobilisé. C'est ainsi vraisemblablement que l'organisme reste victorieux des tentatives d'insoumission aux lois d'harmonie intercellulaire.

Cependant, on peut surprendre exceptionnellement des aspects d'activité épithéliale plus grande, dans de gros granulomes et surtout dans des kystes ; des bourgeons nombreux, tassés l'un contre l'autre, s'infiltrent dans la capsule, quittant leur atmosphère lymphoplasmatique ; on devine qu'ils franchissent les barrières et qu'ils entreprennent une phase d'hyperplasie plus vigoureuse qu'affirme encore l'apparition de globes cornés (fig. X). Mais c'est surtout après une opération qui n'aura pas extrait la totalité de ces tumeurs, en particulier après l'opération d'un kyste, que ce coup de fouet sera donné à la prolifération épithéliale. C'est, en effet, dans les cicatrices opératoires que se révèle souvent l'épithélioma adamantin (fig. XI).

Il représente un type très particulier par son aspect et par sa valeur pronostique. A l'étude microscopique, il nous permet, en effet, de retrouver les éléments caractéristiques de l'organe de l'émail : cellules rameuses, adamantoblastes à noyaux dépolarisés (fig. XII), travées épithéliales déli-

cates et ténues s'emmêlant avec des axes de tissu conjonctif myxoïde extrêmement lâche.

Son origine inflammatoire reste quelque temps apparente, grâce à la présence de polynucléaires dans certaines travées épithéliales. Il présente donc une morphologie cellulaire typique, très différenciée, qui n'est pas favorable à la fertilisation maligne ; il montre peu de figures de division nucléaire ; ses éléments épithéliaux respectent les basales

Fig. 11. — Aspect arborescent typique de *l'épithélioma adamantin*.

Les axes conjonctifs étroits sont faits d'un tissu très lâche contenant de larges capillaires. Les plages épithéliales, plus spacieuses, sont formées de cellules rameuses, entre lesquelles se trouvent parfois des vacuoles assez grandes. Elles sont séparées des axes conjonctifs par une ligne régulière de cellules cylindriques, dont les noyaux sont disposés non contre la base conjonctive, mais contre l'épithélium.

et ne s'affranchissent pas en une infiltration diffuse du tissu conjonctif. Ici encore l'état de rupture de l'équilibre intercellulaire reste compensé, mais il semble bien que la transformation maligne soit proche, car déjà se fait rare le bouclier lymphoplasmatique qui pourrait s'opposer à l'anarchie épithéliale. Son pronostic reste donc relativement bénin ;

il n'est grave que par son extension locale, l'envahissement des tissus qui l'avoisinent, les délabrements et les compressions qu'il provoque ; il ne donne naissance, à ce stade, à aucun métastase, et, bien enlevé, ne récidive pas. Il est à

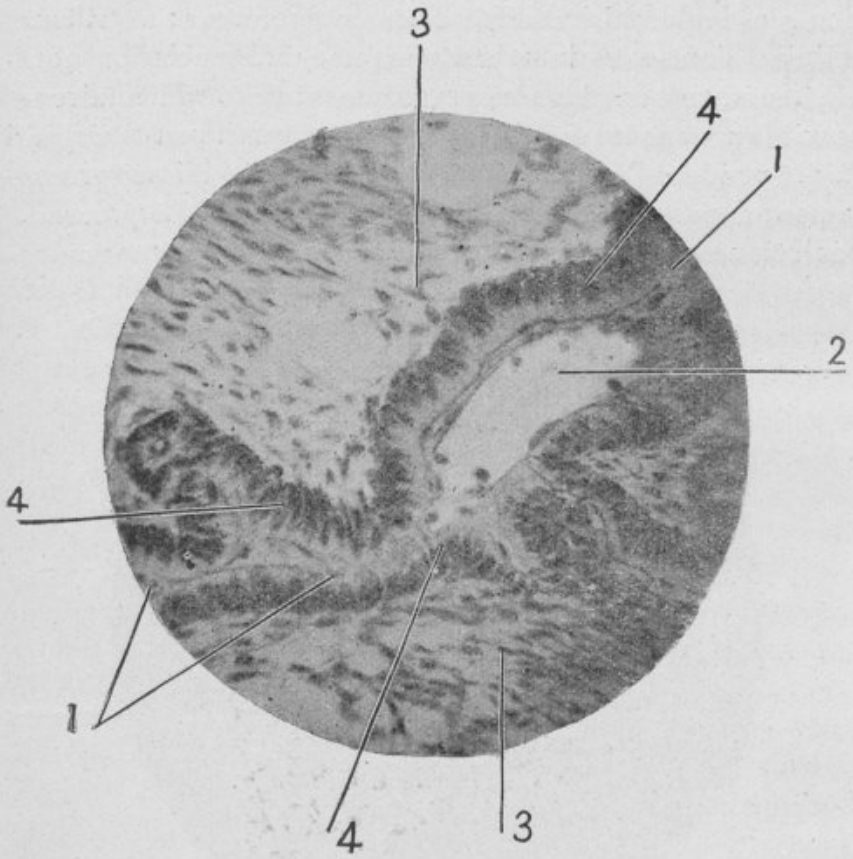


Fig. 12. — Epithélioma adamantin (à un fort grossissement).

Axe conjonctif (1) avec gros capillaire (2) traversant obliquement le champ de la préparation qui est occupé par de l'épithélium à cellules adamantines rameuses (3). De chaque côté de l'axe conjonctif, le séparant des plages épithéliales, est une bordure de cellules épithéliales hautes, cylindriques (4), dont le noyau est dépolarisé, c'est-à-dire qu'au lieu d'être dans le pied de la cellule, contre le conjonctif, il est à l'opposé, orienté vers les cellules adamantines ; caractère appartenant en propre aux adamantoblastes cellules bordantes, de l'organe de l'émail.

rapprocher de ces *adénomes sébacés progressifs* dont Darier souligne qu'on ne sait pas s'ils doivent être, ou non, rangés dans la classe des épithéliomas[1].

1. Darier. Rapport sur un adénome ou épitheliome sébacé primaire. (Association française pour la lutte contre le cancer, 1924).

B) Tumeurs latéro-dentaires. Epulis.

Les formations dont les débris s'immobilisent au voisinage du collet, au contraire des précédentes, n'ont joué qu'un rôle passif dans le cheminement de la dent vers son éruption gingivale, faisant office de canal excréteur ; aussi leurs cellules n'ont-elles jamais atteint une différenciation notable. Aussi voit-on, dans les granulomes latéro-radiculaires et cervicaux, dans les épulis, l'épithélium, aussi peu actif qu'il l'a été pendant l'évolution embryologique, se laisser promptement dépasser par la réaction conjonctive. Le processus nécrotique est maîtrisé, et il n'arrivera pas souvent que ces

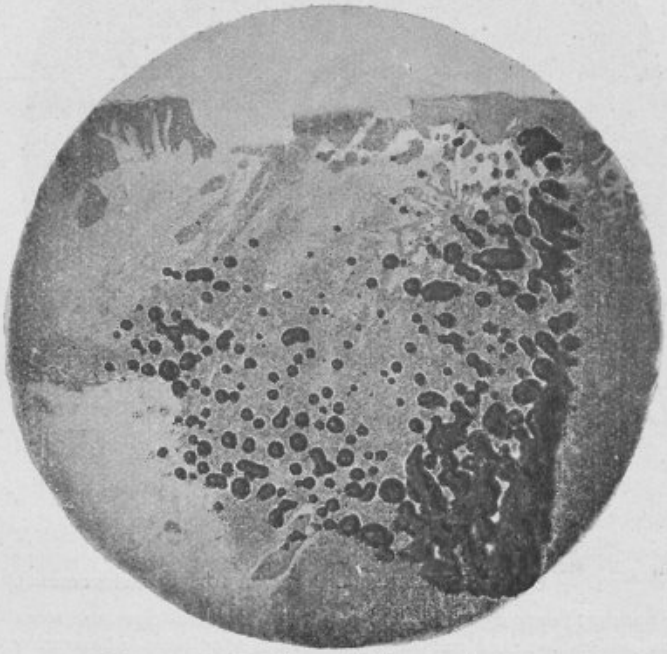


Fig. 13. — *Epulis épithelio-granulomateuse.*

En plein milieu de la tumeur se trouvait cette étoile (1) aux innombrables rayons anastomosés, délicats comme les arborescences d'un épithélioma adamantin. Une autre figure montre que cette étoile épithéliale occupait un certain volume et qu'elle était creusée d'une cavité kystique. Sur les deux photos, on voit ces arborescences entourées de leucocytes, s'unir à la face alvéolaire concave de la tumeur par une traînée sombre lympho-plasmatique où se reconnaissent quelques digitations épithéliales morcelées (2), celles-ci débouchent sur la concavité perpendiculairement à sa surface (3) et devaient se continuer avec l'épithélium d'un débris paradentaire intra-alvéolaire. (4) Epithélium malpighien de revêtement, sensiblement normal, mais anastomosé à droite avec l'épithélium tumoral.

néoformations se terminent par une fonte purulente. La prolifération épithéliale est également arrêtée : on ne la verra que rarement prendre une importance notable (fig. XIII) ou se vacuoliser; et, dans ce dernier cas, quand des lacunes se creuseront dans la trame épithéliale, elles n'y prendront jamais l'importance de celles qui, à l'apex, deviennent des kystes radiculo-dentaires ; on ne verra qu'exceptionnellement cette prolifération évoluer vers un développement épithéliomateux.

Mais toutes les différenciations tumorales du tissu conjonctif pourront se produire, parfois en association, et l'on verra se développer des *épulis fibreuses*, ou *chondro,* ou *ostéo-fibreuses,* des épulis purement granulomateuses, ou *angio-granulomateuses*, ce qui arrive fréquemment, ou surtout des épulis *sarcomateuses à myéloplaxes*.

Dans les cas favorables, on retrouvera le foyer d'accroissement dans une zone épithélio-granulomateuse placée au contact de la dent, et on reconnaîtra l'origine inflammatoire dans la présence de polynucléaires localisés dans l'épithélium ou égarés parfois à petite distance ; on pourra retrouver des fusées d'infiltration lymphoplasmatique unissant le centre épithélio-granulomateux au foyer récent d'évolution sarcomateuse. Les myéloplaxes pourront se trouver, soit dans une zone granulomateuse, soit dans une zone sarcomateuse : on les verra nettement apparaître par multiplication des noyaux des fibroblastes.

Ces *épulis sarcomateuses* méritent une attention spéciale, car elles représentent, ainsi que tout à l'heure les épithéliomas adamantins, un type très particulier par son étude morphologique et par son pronostic.

Le microscope, en effet, s'il y trouve des cellules en activité nucléaire, surtout nombreuses au voisinage de l'épithélium, qui paraît ici encore jouer un rôle d'animateur, ne révèle ordinairement ni embolie capillaire, ni vaisseau sans paroi propre. La présence fréquente d'éléments lymphatiques mono et polynucléaires, appelle plutôt la comparaison avec un tissu de bourgeon charnu, mais les fibroblastes

y sont plus richement représentés, tassés l'un contre l'autre, presque sans production collagène et souvent en karyokinèse, comme nous l'avons dit.

Nous pensons voir ici une constitution histologique un peu spéciale, dérivée d'un processus inflammatoire, certes, mais qui n'est plus un bourgeon charnu, et qui n'est pas encore un sarcome ; leur richesse en fibroblastes nous porterait à qualifier ces productions du nom de *Fibroblastomes*, qui ne présumerait en rien de leur gravité.

Cliniquement, en effet, ces tumeurs peuvent bien être extensives et s'accroître rapidement, mais elles ne récidivent habituellement pas après une extraction correcte et ne donnent lieu à aucune métastase. La rapidité de leur évolution dans certains cas et la vigueur de leur fertilité cellulaire locale, en font cependant des tumeurs dangereuses, qui laissent redouter une transformation franchement maligne.

III. LEUR ÉTAPE MALIGNE

Les épithéliomas adamantins et les épulis sarcomateuses ne réalisent donc pas encore tous les caractères de la malignité : si l'on pouvait supprimer la cause inflammatoire qui les provoque, peut-être ces tumeurs regresseraient-elles, comme font les « cancers approchés » provoqués par le goudron, quand on interrompt les applications. Mais on comprend que la dernière étape puisse être franchie, et nous avons pu étudier des épithéliomas adamantins dont les cellules, en se dédifférenciant, s'affranchissaient de leurs basales et essaimaient dans le conjonctif, et dont les travées, ou bien s'élargissaient autour de globes cornés parakératosiques, ou bien se creusaient de multiples petits kystes.

En subissant la transformation maligne, l'épithélioma perd ses caractères typiques et s'oriente vers l'épithélioma pavimenteux spino ou baso-cellulaire. On peut ainsi comprendre que certains de ces épithéliomas des gencives ne puissent plus être rattachés à leur origine paradentaire,

et que l'on n'ait pas encore signalé de métastase du type adamantin. Quand il est devenu susceptible de se généraliser, l'épithélioma adamantin n'est plus reconnaissable.

A la vérité, cette terminaison doit être rare : l'évolution se fait si lentement que la tumeur est presque toujours enlevée avant sa transformation maligne. Mais le spécialiste doit savoir que cette dernière est presque toujours au bout de la longue étape précancéreuse dont il convient de profiter pour opérer le malade.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs paradentaires sont des dysembryoplasies épithéliales d'origine odontoplastique.

2° Elles apparaissent par suite d'un processus inflammatoire qui réalise au ralenti et spontanément les mêmes modifications que le processus irritatif expérimental dû au goudron de houille. Dans les deux cas, une agression modérée, longtemps répétée, détruit seulement quelques cellules et excite les autres à une restauration excessive. Epulis latéro-dentaires et granulomes apicaux, kystes paradentaires qui en dérivent, commencent tous par un stade d'épithélio-granulome dans lequel l'épithélium paradentaire, infecté et proliféré, irrite le tissu conjonctif embryonnaire qui l'entoure.

3° Tumeurs habituellement bénignes, même sous l'étiquette usurpée d'épithéliomas adamantins ou d'épulis sarcomateuses, elles représentent pendant longtemps un état précancéreux dont on peut suivre les étapes successives vers la transformation maligne. Cette lenteur d'évolution laisse au chirurgien le temps de les extirper, mais il doit avoir soin de les enlever en totalité, dès qu'elles ont été reconnues.

Peu à peu dégagées de la confusion, les tumeurs paradentaires formeront, croyons-nous, un groupe d'une homogénéité remarquable : leur localisation, leur constitution, leur longue inflammation commune, leur évolution relativement bénigne marqueront les caractères de leur personnalité.

DU ROLE ACTUEL DE LA PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

Par le Dr Henri CHENET

Assistant de prothèse maxillo-faciale à l'Hôpital Lariboisière.
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 6 janvier 1925*).

616.716.8 089.28

Je ne décrirai pas ici la prothèse que tous ou presque tous vous avez eu l'occasion d'appliquer durant la guerre à nos blessés maxillo-faciaux ; mais, attaché depuis 1911 au service du Professeur Sebileau, à l'hôpital Lariboisière, en qualité de prothésiste, j'ai pu suivre là l'évolution de la chirurgie maxillo-faciale en même temps que celle de la prothèse, et j'ai pensé qu'il vous intéresserait de connaître cette évolution et le rôle actuel d'une spécialité qui, avant 1914, n'était qu'une spécialité d'exception.

A part Létiévant, à Lyon, dans le service duquel Claude Martin fit dès 1877 ses premiers essais, à part le Professeur Le Dentu avec qui Gillard, en 1891, appliqua ses premiers appareils, à part enfin mon maître, le Professeur Sebileau, qui a reconnu depuis longtemps l'utilité de la prothèse maxillo-faciale, et qui, avec Delair, puis Lemerle, avait déjà fait des restaurations sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister dans cette Ecole, les chirurgiens, avant la guerre, ignoraient totalement, quand ils ne lui étaient pas hostiles, cette prothèse spéciale et les services qu'elle peut rendre.

Il a fallu les multitudes de mutilations faciales de nos blessés de guerre pour que la chirurgie reconnaisse son impuissance et qu'elle consente à abandonner à la prothèse le traitement des fractures des mâchoires et de la pyramide nasale, et à demander au prothésiste, pour la plupart des restaurations dans lesquelles elle n'obtenait, livrée à elle-même, que des résultats négatifs ou incomplets, l'aide qui lui permet de les rendre satisfaisants.

Et, puisque l'occasion m'en est donnée aujourd'hui, je

suis heureux de pouvoir dire que c'est d'ici, de cette Ecole, qu'est parti le grand mouvement maxillo-facial dont l'inoubliable Congrès dentaire interallié de 1916, tenu ici-même, fut une manifestation grandiose et féconde ; et c'est encore ici, la source la plus active des travaux maxillo-faciaux, puisque c'est grâce à la générosité de cette Ecole que le service de Prothèse de Lariboisière, dont le Professeur Sebileau m'a confié la direction, a pu fonctionner jusqu'à ce jour, service dont vous avez pu juger les résultats par les communications ou présentations que nous vous avons faites ici avec les Drs Dufourmentel, Bonnet-Roy, Truffert et Darcissac, et dont je suis heureux de dire qu'il a placé depuis la guerre plus de 350 appareils de prothèse.

Prothèse de réduction et de maintien. — Je ne vous parlerai pas du traitement des fractures des mâchoires, que vous connaissez tous et dont vous savez bien qu'il appartient tout entier au prothésiste. Nos fractures actuelles ne se différencient pas de nos fractures de guerre, et toutes les méthodes déjà décrites maintes fois ont toujours leurs applications.

La prothèse de réduction et de maintien des fractures est aujourd'hui au point et commence à être connue et appréciée des chirurgiens qui n'essaient plus des traitements pour lesquels ils ne sont ni aptes ni outillés : les services de chirurgie nous abandonnent leurs fractures des mâchoires ou du nez pour le plus grand bien de ces blessés.

Prothèse de soutien. — La prothèse de soutien, elle, évolue chaque jour, et c'est avec elle que la collaboration intime du chirurgien et du prothésiste semble devoir donner les meilleurs résultats et les progrès les plus évidents.

Le chirurgien n'a plus le droit de faire une résection de mâchoire, une cheiloplastie, une restauration jugale, une staphylorraphie, sans demander au préalable l'aide du prothésiste.

Nous ne faisons presque plus d'inclusions métalliques pour perte de substance cranienne, plus du tout depuis Lemerle, pour soutien de l'auvent nasal : dans la plupart de ces cas, les soutiens biologiques suppléent à la perte de subs-

tance osseuse. Mais nous aidons l'organisme à soutenir ces soutiens biologiques, à leur permettre une adaptation aussi normale que possible : nous guidons, dirigeons, et protégeons la cicatrisation par la prothèse.

Voici le moulage d'un jeune homme présentant une gueule de loup, qui me fut adressé par le Dr Madier, et auquel on avait tenté de refaire une lèvre par deux fois, en Angleterre. Ce pauvre enfant était horrible à voir. La lèvre, refaite sans soutien s'était enroulée, rétractée à l'intérieur de la fente naso-maxillaire. Et non seulement l'esthétique n'était pas rétablie, mais, au point de vue fonctionnel, ces opérations avaient été néfastes.

Nous l'opérâmes, avec le Dr Madier, après que j'eus confectionné un appareil de soutien, et le résultat a été parfait. Mais j'insiste sur ce fait que l'*appareil de soutien doit être fait avant l'intervention*. Ces appareils, bien entendu, varient suivant les cas ; cependant, il est toujours indispensable à leur bonne construction :

1° De prévoir les temps de l'intervention chirurgicale ;

2° De faire l'appareil de telle sorte qu'une fois l'intervention pratiquée, on puisse le sortir ou le remettre en place facilement, sans nuire aux résultats de cette intervention.

Il ne faut pas que chirurgien et prothésiste travaillent séparément : ils doivent élaborer ensemble le plan d'action, opérer ensemble leur patient, le suivre ensemble après l'intervention.

Le rôle du prothésiste n'est plus secondaire : un appareil mal conçu fera échouer la meilleure opération chirurgicale, et celle-ci ne vaudra rien si le chirurgien ne se plie pas aux nécessités de la prothèse. Il est des questions de rétention d'appareils, d'articulation que, seul, le prothésiste est à même de connaître. S'il est forcé, comme c'était le cas chez ce jeune homme à la gueule de loup, de faire un appareil à ressorts, il doit demander au chirurgien un orifice buccal suffisant pour le passage de ces appareils volumineux.

Dans ce cas actuel, j'avais fait un appareil supérieur en trois parties, que l'on faisait pénétrer une à une dans la cavité buccale et qui étaient tenues en place par une seule clavette, facilement mise et enlevée sans tirailler sur une lèvre refaite

avec un lambeau pédiculé cranien. Cet appareil supérieur, sur lequel se moulait le lambeau, articulait avec les dents de la mâchoire inférieure : sur celle-ci une gouttière portait les ressorts nécessaires au maintien de la pièce supérieure.

Cet appareil supérieur provisoire doit préparer en quelque sorte le nid de l'appareil définitif. Il faut prévoir cet appareil définitif, demander au chirurgien la section des brides vestibulaires, qui empêcheraient la bonne tenue de cet appareil, et s'opposer aux nouvelles adhérences, par des prolongements de la pièce provisoire appropriée.

De même pour toutes les opérations de soutien : qu'il s'agisse d'une lèvre, d'une mâchoire qu'on doit sectionner, d'un voile que l'on doit suturer, le prothésiste doit, avant l'intervention, préparer ses appareils et les placer au cours même de cette intervention avec le chirurgien.

Prothèse de mobilisation. — Et c'est ainsi que la chirurgie maxillo-faciale voit s'ouvrir pour elle un champ d'action plus grand chaque jour ; cette action limitée, pour la chirurgie si elle agit seule, s'étend grâce à l'appui de la prothèse, et nous n'en avons pas de meilleure preuve que l'évolution de la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire dont mon ami Dufourmentel nous a entretenus plusieurs fois, et dont je vous ai moi-même montré d'heureux résultats ici-même soit avec lui, soit avec les Drs Truffert et Darcissac.

Avant l'emploi de la prothèse, la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire n'obtenait que des résultats navrants, en particulier dans les cas d'ankylose. Toutes les tentatives d'interposition ligamentaires, aponévrotiques, ou autres, n'aboutissaient qu'à des échecs, l'ankylose se reproduisant toujours à la longue, souvent plus sévère qu'avant l'intervention. Lisez l'admirable thèse de Darcissac [1] sur la « Mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur en chirurgie maxillo-faciale », et jugez du pas fait en avant, grâce à la prothèse.

1. Dr Marcel DARCISSAC. De la mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur en chirurgie maxilo-faciale. Thèse de Paris, 1921. A. Lepaud, éditeur.

Je ne veux pas revenir sur les détails de cet appareillage que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter [1], mais je puis vous dire que nous l'employons journellement, tant à l'hôpital qu'en clientèle, et que nous obtenons des résultats admirables dont du reste vous avez pu juger par vous-mêmes.

Mais, là encore, le rôle du prothésiste est capital. Le chirurgien libère son ou ses articulations temporo-maxillaires ankylosées : son opération, si réussie soit-elle, n'aboutira qu'à un échec si la prothèse, *immédiatement*, n'intervient : prise d'empreintes, confection, pose de l'appareil mobilisateur et surveillance fréquente de l'opéré.

Dufourmentel nous a parlé ici de son traitement chirurgical du prognathisme, par la résection des condyles [2]. C'est un sujet qui intéresse particulièrement le dentiste. Eh bien, là encore, le chirurgien ne peut se passer de nous : il faut voir, avant l'intervention, si, les condyles réséqués, nous, prothésistes, pourrons amener les mâchoires de l'opéré en occlusion : et si nous le pouvons, c'est encore nous qui devons, par la traction intermaxillaire guidée, diriger la correction des déviations et provoquer la création, en quelque sorte, d'une nouvelle articulation temporo-maxillaire en bonne position.

Je vous ai présenté ici [3] avec le Dr Truffert, un de nos opérés chez lequel une fracture et une luxation condyliennes concomitantes nous avaient contraints à l'extraction d'un condyle : vous avez pu juger la beauté du résultat fonctionnel, aujourd'hui absolument parfait.

Cette prothèse de mobilisation, indispensable au chirurgien, peut, du reste, dans certains cas, agir en solitaire, et tenter de régénérer un mouvement perdu, par suite d'une perte de substance osseuse, mandibulaire, par exemple.

Je me sers de la prothèse pour façonner et rendre utiles

---

1. Dr Henri CHENET. Un cas d'ankylose temporo-maxillaire traité et guéri par méthode chirurgico prothétique. Communication et présentation à la Société d'odontologie, 3 février 1922. Journal *L'Odontologie*, 30 octobre 1922.

2. Dr André BUREAU. Le traitement chirurgical du prognathisme par la résection des condyles. Thèse, Paris, 1921. Lakmette, éditeur.

3. Drs CHENET et TRUFFERT. Communication à la Société d'odontologie de Paris et présentation de l'opéré le 6 novembre 1923. *Odontologie*, 29 février 1924,

des brides cicatricielles, et voilà un appareil type de description que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter. Cet appareil, fixé à la mâchoire supérieure, présente une pièce d'expansion mobile, qui, par tension appropriée d'élastiques, sectionne peu à peu le tissu cicatriciel au point où je veux, libérant les adhérences gênantes et conservant celles qui sont utiles. Je tâche de modeler, dans un cas de perte angulo-maxillaire, par exemple, une sorte d'angle, de branche montante et de branche horizontale, qui se rapprochent autant que possible de la forme anatomique perdue. Dans cette masse cicatricielle viennent se perdre les extrémités sectionnées, lésées, des muscles masticateurs, dont les insertions temporales ou zygomatiques existaient encore. Et peu à peu, ainsi, dirigeant la nature, je tente de recréer un mouvement se rapprochant le plus possible du mouvement normal.

J'en ai traité un cas avec mon ami Truffert : un accidenté de chasse qui nous fut envoyé avec une joue adhérant au plancher de la bouche, tout l'angle droit de la mâchoire ayant sauté. Eh bien, après un modelage lent, prolongé, qui libéra cette masse en lui redonnant une forme, j'obtins, avec un appareillage définitif assez simple, une mastication suffisante.

Je vous ai présenté ici [1], avec le Dr Bonnet-Roy, une petite malade qui, à la suite d'accidents de dent de sagesse inférieure, avait perdu la totalité de sa branche montante : vous jugez de la déviation et du trouble de la mastication.

L'appareillage immédiat et la direction que je lui donnai me permirent du 8 février au 25 août 1923, c'est-à-dire en un peu plus de six mois seulement, de rendre cette petite malade capable de mastiquer les aliments les plus résistants, la croûte de pain, par exemple, et cela sans aucun appareil définitif. Vous avez vu cette malade croquant un petit pain dur, sans aucun appareil et sans branche montante d'un côté.

Il y a donc, je crois, énormément à attendre de cette partie de la prothèse à laquelle je m'intéresse tout particulièrement.

Prothèse esthétique. — La chirurgie, aidée de la prothèse,

1. Drs Bonnet-Roy et H. Chenet. Communication et présentation de malade à la Société d'odontologie de Paris, le 7 novembre 1922. *Odontologie*, 30 juin 1923.

a fait de tels progrès que nous n'avons plus guère à faire, en prothèse restauratrice esthétique, que des cas absolument inopérables de brûlure, de lupus, de cancer de la face : aussi cette prothèse est-elle un peu décevante, et si nous obtenons de beaux résultats par la prothèse gélatineuse, nous y renonçons le plus souvent par suite des difficultés d'emploi inhérentes à cette prothèse : fragilité de la pâte, collage sur une peau souvent malade ou près de l'être. Je lui préfère pour ma part une prothèse à base de cellulose que je compte vous présenter à une prochaine démonstration pratique. Cette prothèse, que je finis de mettre au point, légère, ininflammable, de coloration facile, lavable, résistante, donne des résultats esthétiques qui ne valent pas ceux de la gélatine, mais l'emploi en est tellement plus facile que nous n'hésitons pas à y recourir pour faire ce qui n'est jamais qu'un misérable cache-misère.

Je veux toutefois insister un peu sur la prothèse esthétique bucco-faciale, dont je vous ai présenté un cas à une démonstration de l'Ecole au mois de juin dernier.

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, présentant une béance interdentaire antérieure tellement considérable que la langue sortait constamment de la cavité buccale, donnant un aspect quelque peu terrifiant à cette enfant, et l'empêchant totalement de mastiquer.

Je fis chez elle un appareil qui n'est pas nouveau, mais dont la connaissance peut vous rendre service. C'est un appareil, sorte de gouttière en or, emboîtant les dents de la mâchoire supérieure et créant, sous l'arcade trop haut placée une seconde arcade, seule visible, articulant avec les dents de la mâchoire inférieure. L'esthétique et la fonction se trouvaient ainsi satisfaites, et j'ai eu l'occasion, plusieurs fois, d'employer le même appareillage, je puis dire avec le même succès.

Etant donné qu'il n'y a pas d'autre solution à la correction de ces cas, je crois intéressant de leur appliquer cet appareillage.

Je voudrais également vous présenter le moulage d'un cas d'absence d'incisives latérales supérieures, pour lequel je fis

un bridge qui depuis quatre ans satisfait à l'esthétique et à la fonction.

Il existait chez cette jeune fille deux incisives centrales, longues, noires, pas de latérales, et deux canines, très près des centrales. Pas d'intervalle suffisant pour placer les latérales. Voici comment je pratiquai : section des incisives centrales et des canines ; section osseuse, après incision muqueuse entre les incisives centrales et les canines, meulage très haut de ces racines, tout en leur conservant une profondeur suffisante pour des pivots résistants : je créai ainsi entre les racines un espace suffisant pour placer les deux latérales, six dents sur quatre racines. Le résultat esthétique et fonctionnel, je le répète, est parfait, et date de quatre ans, sans autre accident qu'une fracture d'une facette de porcelaine de Steele, vite réparée.

Excusez cette causerie un peu à bâtons rompus, mais j'ai surtout voulu vous donner une idée de ce que nous faisons tant à Lariboisière qu'en clientèle maxillo-faciale.

De cet exposé vous pourrez, je crois, tirer vous-mêmes la conclusion : que la prothèse maxillo-faciale a pris une place considérable dans tout ce qui touche la face ou les mâchoires : qu'elle est indispensable au chirurgien de cette spécialité ; qu'elle a déjà obtenu des résultats splendides et qu'elle peut encore en obtenir, car son champ est vaste et varié, toujours ouvert aux recherches, et que nous continuerons dans la voie que nous nous sommes tracée.

FAITS CLINIQUES

AU SUJET DE L'ARTHRITE DITE ARSENICALE

Par B. SCHWEITZER (de Troyes)

J'ai lu avec le plus vif intérêt l'article publié par le Dr Roy dans *L'Odontologie* du 30 novembre 1924, p. 807, au sujet de l'arthrite dite arsenicale dans lequel il cite un cas de sphacèle qui aurait été provoquée par une injection d'acide arsénieux. Je désire signaler deux accidents que j'ai constatés il y a une quinzaine d'années et qui semblent avoir la même cause que celui par lui relaté, c'est-à-dire l'eau oxygénée.

J'avais lu à cette époque dans une revue professionnelle, dont le nom m'échappe, un article au sujet de l'emploi de l'eau oxygénée, associée à la novocaïne, en remplacement de l'adrénaline dans les injections intragingivales.

Les effets, au dire de l'auteur, étaient remarquables. Je voulus faire l'essai et je fis préparer par mon pharmacien la solution injectable suivant la formule donnée. L'anesthésie fut parfaite, mais deux jours après je vis revenir deux de mes patients présentant des lésions analogues à celles constatées par le Dr Roy. Il s'agissait de grosses molaires supérieures.

Les deux sujets présentaient les mêmes lésions : ulcération ovalaire grisâtre de la surface d'une pièce de deux francs ; le tissu sphacélé se détachait facilement laissant l'os à nu. La région palatine était plus atteinte que la région vestibulaire.

Après de grands lavages antiseptiques fréquents le travail de réparation se fit graduellement, un mois environ, sans laisser de traces.

Inutile de dire que j'abandonnai complètement l'emploi de cette formule, et mon grand regret fut de n'avoir pas en temps voulu communiqué cette observation qui eût sans doute évité à d'autres confrères semblables accidents

REVUE ANALYTIQUE

M. Béraud. — ***L'anesthésie générale facile, inoffensive et euphorique par le mélange de Dawis.***

L'auteur, après avoir dit quelques mots sur les anesthésiques généraux, étudie plus spécialement le chlorure d'éthyle. Il pense que tous les accidents dont on a rendu le chlorure d'éthyle responsable sont imputables non au produit lui-même, mais à son mode d'emploi. Les dangers de l'anesthésie au chlorure d'éthyle sont dus exclusivement à une technique défectueuse. Par contre, cette anesthésie pratiquée suivant la méthode de Dawis, c'est-à-dire en masque libre et en ajoutant au chlorure d'éthyle 10 o/o d'alcool éthylique, réalise un réel progrès.

Son innocuité est pour le moins aussi grande que dans la narcose au protoxyde d'azote considérée jusqu'ici comme la plus bénigne des anesthésies générales. La méthode de Dawis a, de plus, sur l'anesthésie au protoxyde la supériorité évidente d'une réalisation beaucoup plus simple et beaucoup plus pratique.

Son innocuité est bien supérieure à la prétendue innocuité du chloréthyle pur qui, particulièrement en vase clos, est responsable d'accidents fréquents, parfois mortels.

Non seulement la narcose au mélange de Dawis est inoffensive, mais encore elle n'inflige aux opérés aucune impression désagréable. Bien mieux elle est dans certains cas presque euphorique et ce rare mérite, qu'aucune autre méthode ne saurait lui disputer, lui gagne les préférences des malades.

Enfin, la simplicité de sa technique en fait une méthode merveilleuse, applicable par tout et par tous. Quelqu'un a dit de l'anesthésie au protoxyde qu'elle exige un véritable tour de force, le tour de force de piloter le malade à travers un chenal extrêmement étroit, bordé d'un côté par l'asphyxie et de l'autre par le réveil. Cette formule pourrait s'appliquer plus ou moins à toutes les anesthésies générales en remplaçant le mot asphyxie par le mot syncope. Seule la narcose au chloréthyle-alcool n'exige ni virtuosité ni connaissances spéciales. Elle demande simplement un peu de méthode et d'attention. L'anesthésiste peut, avec la même facilité et la même sécurité, obtenir une analgésie sans sommeil, un sommeil crépusculaire, une narcose complète, suivant le désir de l'opérateur, la durée ou la variété de l'opération.

Les merveilleuses qualités du mélange de Dawis en font un anesthésique de choix dans les interventions bénignes et de peu de durée ainsi que chez les sujets choqués, déprimés ou tarés.

(*La Clinique,* mai 1924).

Fromaget (Bordeaux). — ***Troubles oculaires d'origine dentaire.***

Les lésions périapexiennes peuvent être l'origine d'accidents septiques qui apparaissent soit au moment de l'éruption dentaire (portes

d'entrée gingivales) pour les germes de la cavité buccale, y compris le bacille de Koch qui pénètre dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires, soit au cours des caries, des maladies de la dent et de l'alvéole, périodontites, abcès, fistules, fluxions, ostéo-périostites circonscrites ou diffuses, ostéo-myélites, pyorrhée alvéolaire, corps étrangers, extractions malheureuses, infections *périapexiennes silencieuses* résultant de soins conservateurs insuffisamment aseptiques, foyers recouverts par des amalgames, couronnes d'or, bridges, granulomes, kystes, abcès profus qui en résultent et ne peuvent être reconnus que par la *radiographie*.

Les complications peuvent être : 1° *des complications de voisinage*, 2° *des complications à distance*.

Périodontites, ostéo-périostites, ostéo-myélites et sinusites aboutissent quelquefois à la fluxion orbitaire, plus souvent au *phlegmon*.

La propagation se fait par *continuité* et par *contiguïté* par les voies ostéo-périostée, cellulaire, lymphatique et veineuse.

Ces lésions orbitaires graves peuvent se compliquer d'infections du globe oculaire. La pénétration des germes infectieux se fait par les voies veineuse et lymphatique rétrogrades.

Les complications à distance entraînent du côté des annexes de l'œil des troubles *sensitifs, moteurs, sécrétoires*.

Tous ces troubles à distance, à part ceux purement mécaniques, ont *pour origine une infection microbienne*.

Tantôt le foyer dentaire agit localement en irritant et en infectant les terminaisons du trijumeau et du sympathique et détermine les troubles réflexes, sans pénétration du germe dans l'œil.

Tantôt le germe, sorti du foyer infectieux, est transporté par la circulation dans l'œil même où il détermine des troubles plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas, on constate que la lésion oculaire siège du même côté que le foyer dentaire.

Les bactéries puisées dans la pulpe ou dans l'alvéole par les lymphatiques et les veines dentaires sont entraînées dans la circulation générale et transportées dans l'œil ou dans toute autre partie du corps par la voie artérielle.

Ce sont les artères ciliaires et l'artère centrale de la rétine qui les introduisent dans la coque oculaire.

L'infection oculaire est favorisée par le tropisme du microbe et par le *milieu favorable* qui résulte des perturbations réflexes du sympathique.

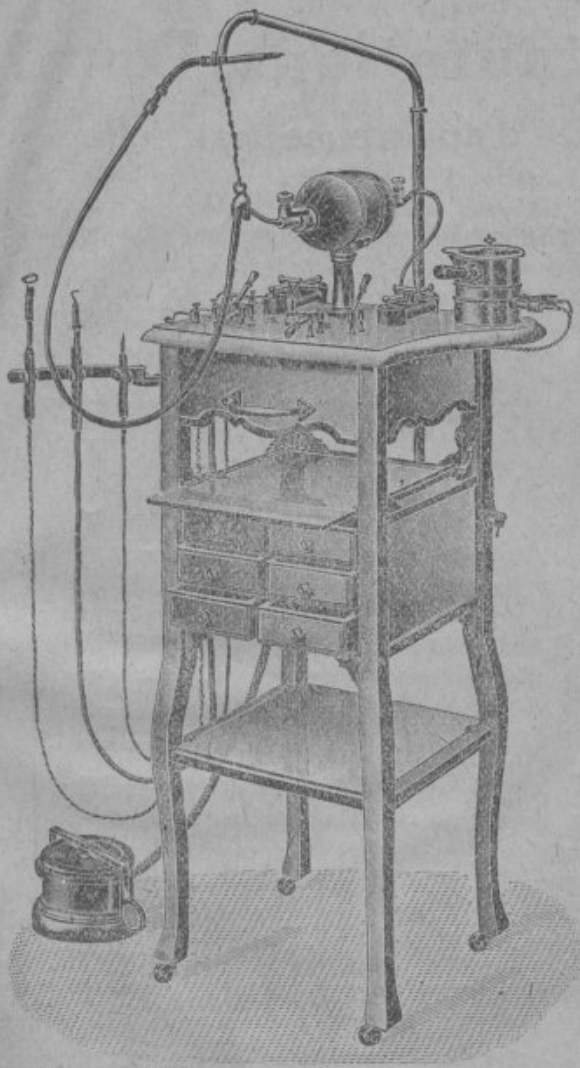
L'infection est la cause déterminante, la réaction sympathique et la cause prédisposante, localisatrice.

Les troubles oculaires d'origine dentaire ne paraissent pas être très fréquents.

Mais il ne suffit pas, pour affirmer l'étiologie dentaire, de constater que le malade possède une bouche en mauvais état.

(*Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie*, Paris, 15 mai 1924 et *Gazette Hebdomaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 17 août 1924).

LA TABLE UNIVERSELLE DENTAIRE



LA TABLE UNIVERSELLE DENTAIRE tenant lieu à la fois de tour et de tableau, constitue la *plus simple*, la *plus élégante* et la *moins coûteuse* des installations électriques de Cabinet. Elle se branche immédiatement sur toute prise de courant sans nécessiter **aucune** installation spéciale.

Son nouveau Moteur entièrement construit en nos ateliers, lui assure un fonctionnement aussi silencieux que celui d'un tour suspendu.

La table est livrée complète avec *tous ses accessoires*, telle que figurée ci-dessus (Sur demande **Miroir CLAR**, avec **crochet interrupteur**).

Voir notre nouveau Modèle

TRANSMISSION FLEXIBLE *ou* **TRANSMISSION A CORDE** *interchangeables*

Plus de 200 Appareils en Service -:- Références sur demande -:- Livraisons Rapides

Expéditions : PROVINCE, ETRANGER

Voir également notre nouvel Appareil **L'ÉLECTRO-ÉQUIPEMENT** *Notice sur Demande*

R. TOURY, Constructeur Électricien.

Usine et Bureaux : **7, Impasse Milord, 7 -:- PARIS (XVIII^e^)**

R. C. Paris 43.633.

Restaurations Durables

d'apparence naturelle

La Transparence Parfaite

de la

PORCELAINE SYNTHETIC DE TREY

et le choix varié de ses teintes permettent d'assortir les teintes naturelles des dents avec une exactitude telle que les obturations sont rendues invisibles en bouche. La Porcelaine Synthetic de Trey est le plus résistant de tous les ciments connus aux silicates ou au zinc.

SOCIÉTÉ DE TREY

10, Rue Roquépine

- **PARIS (8e)** -

R. C. Seine 147-627

R. L. Haden. — ***Localisation élective au niveau de l'œil des bactéries provenant de dents infectées.***

Bien des cliniciens admettent qu'il existe une relation de causalité entre les foyers chroniques d'infection et les maladies générales ; d'autre part, d'après Rosenow, les bactéries auraient une tendance spécifique à se localiser dans certains tissus de l'organisme. Isolés fraîchement des foyers infectieux, cholécystites, ulcus gastriques, arthrites du rhumatisme articulaire aigu, myosites, etc., les microbes, en particulier les streptocoques, seraient capables de reproduire chez l'animal les mêmes manifestations morbides que chez le patient. Cette opinion a rencontré des adversaires, mais H. fait remarquer que ceux-ci ont négligé certains détails techniques importants dans l'expérimentation et spécialement l'emploi indispensable de cultures anaérobies.

Pour élucider cette importante question de la localisation élective des bactéries, H., laissant de côté les manifestations de reproduction trop facile et s'observant de façon banale après les injections intraveineuses de microbes quelconques, comme les arthrites par exemple, s'est adressé aux lésions oculaires qui, au contraire, se rencontrent rarement après ces injections. Comme, d'autre part, les cliniciens ont reconnu une relation de causalité entre les infections buccales, dentaires en particulier, et les maladies du tractus uvéal (iritis, iridocyclite, choroïdite, etc.), H. a prélevé chez 15 malades atteints de ces affections les bactéries présentes sur l'apex des dents infectées, et qui sont presque toujours des streptocoques, rarement des staphylocoques, les a cultivées sur milieu de Rosenow (gélose profonde glycosée au cerveau) qui fournit des matériaux nutritifs et une tension d'oxygène favorables, et les a inoculées dans les veines de lapins le plus rapidement possible après la mise en culture, d'ordinaire dans les 24 heures suivant l'extraction de la dent.

Sur 66 animaux ainsi injectés, 45 (68 pour 100) présentèrent au bout de quelques jours des manifestations oculaires, le plus souvent de l'injection péri-kératique, de l'iritis ou de l'irido-cyclite, parfois des hémorragies multiples de l'iris ou de la sclérotique, de la kératite ou de l'inflammation du corps vitré, de la panophtalmie, où l'on retrouva toujours l'agent pathogène. Par contre, des lésions oculaires ne se rencontrèrent que chez 15 pour 100 des témoins injectés avec les bactéries isolées de la même façon, mais provenant de sujets indemnes d'affections générales ou atteints d'affections générales sans participation oculaire. La différence observée indique clairement que les bactéries provenant des sujets présentant une affection oculaire possèdent une affinité élective pour les tissus de l'œil. Ces résultats établissent en outre la relation étiologique qui existe entre infections dentaires et maladies oculaires. Fait à noter, au cours de ses recherches, H. a remarqué que des dents qui n'étaient pas assez atteintes pour donner lieu à des lésions décelables par la radiographie, hébergeaient sur leur apex un grand nombre de streptocoques, capables de produire des lésions oculaires.

(*Presse Médicale*, 8 mars 1924).

LE FORT, PIQUET, INGELRANS. — ***Trois observations de sarcomes des maxillaires.***

MM. R. Le Fort, J. Piquet et P. Ingelrans ont observé des désordres généraux graves après rœntgenthérapie de 2 cas de sarcomes des maxillaires chez des enfants. Ils attribuent ces accidents à la résorption massive de tissus détruits. Un troisième cas traité par l'exérèse chirurgicale, a guéri. Les auteurs estiment donc que, malgré les bons résultats immédiats du radium, l'opération est préférable et donne des guérisons plus durables.

RAZEMON. — ***Obturation d'une vaste brèche du maxillaire supérieur.***

M. Henri Razemon présente une malade qu'il opéra de kyste paradentaire, compliqué d'une destruction de la face antéro-externe du maxillaire supérieur, de la paroi antérieure et des inter-cloisons alvéolaires de la canine et des 2 prémolaires, extraites préalablement. Cette brèche servit de voie d'accès pour aborder le kyste et son obturation fut obtenue ainsi : un lambeau trapézoïde, à grande base jugale, taillé dans les tissus prémaxillaires, le sillon maxillo-jugal et la muqueuse jugale, jusque quelques millimètres au-dessus du canal de Sténon, fut avivé le long de son bord inférieur, ainsi que les plans mous du palais osseux auquel il devait être fixé. Les deux angles jugaux de la muqueuse non libérée, mais simplement mobilisée, furent amenés et fixés à la partie la plus inférieure des bords antérieur et postérieur de l'incision par un point de suture. De ce fait, tout le lambeau taillé pendait librement dans la bouche et il fut très facile de le fixer aux plans mous de la voûte palatine par deux points de suture peu serrés n'étranglant le lambeau en aucune façon et laissant entre eux des orifices virtuels de drainage supplémentaire. La réunion resta parfaite et définitive.

(*Presse Médicale*).

SICARD. — ***Alcoolisation endocranienne du trijumeau ; contrôle lipiodolé.***

M. Sicard a repris, à l'instigation de M. Taptas (d'Athènes), l'alcoolisation endocranienne du trijumeau qu'il avait montrée réalisable en 1908 par la voie du trou ovale. Cette intervention se place entre l'alcoolisation des troncs périphériques et la radicotomie opératoire rétrogassérienne. Elle se pratique à l'aide d'une simple aiguille qui pénètre, sous anesthésie locale, à travers les plans cutanéo-musculaires jusqu'au trou ovale. L'alcool est déversé sinon dans l'intimité du ganglion, du moins au niveau des troncs endocraniens directement efférents. Le contrôle radiographique au lipiodol, injecté par l'aiguille laissée en place, laisse voir la répartition de l'huile iodée au niveau de la base du crâne et des trous endocraniens grand rond et ovale. La guérison est d'une durée très longue (8 à 10 ans, Taptas), parfois définitive.

(*Presse Médicale*, 12 mars 1924).

MAY MELLANBY, C. LEE PATTISON ET J. W. PROUD. — ***Influence du régime alimentaire sur le développement et l'extension de la carie dentaire chez les enfants.***

Mellanby a montré que, chez les jeunes chiens, la structure des dents et leur implantation sur les mâchoires dépendent nettement du régime alimentaire suivi pendant la période de développement dentaire. Certains aliments favorisent la formation de dents bien calcifiées et régulièrement plantées ; ce sont ceux qui contiennent des vitamines A en abondance (huile de foie de morue, graisses animales sauf le lard, lait, jaune d'œuf) ; d'autres aliments, les farines et en particulier la farine d'avoine, ont une influence défavorable.

De même l'action de la lumière, des rayons ultra-violets est favorable.

Observe-t-on des faits analogues chez les enfants, et quelles sont les relations du régime alimentaire et de la carie dentaire ? C'est ce qu'on a cherché à déterminer. Un 1er groupe de 9 enfants est soumis à un régime riche en vitamines A, sans farine d'avoine, qui favorise la calcification et met l'organisme en bon état de résistance vis-à-vis des infections. Un 2e groupe (10 enfants) est nourri avec une assez grande quantité de farine d'avoine, peu d'œufs, pas d'huile de foie de morue. Un 3e groupe (13 enfants) a le régime normal de l'hôpital, qui est intermédiaire aux deux précédents. Tous ces enfants ont un développement général assez comparable, mais la carie dentaire s'accentue ou apparaît avec une fréquence beaucoup plus grande dans les groupes 2 et 3.

La conclusion est donc que, pour que les enfants aient des dents saines et bien plantées, il leur faut des vitamines A et peu de farines, en particulier peu de farine d'avoine.

(*Presse Médicale*, 22 octobre 1924).

M. DELHERM ET Mme GRUNSPAN DE BRANCAS. — ***Paralysie faciale non traitée par l'électricité et suivie de contracture.***

Une femme est traitée pour une paralysie faciale contractée il y a 18 mois et soignée par les moyens purement médicaux : contracture très marquée pour laquelle on a institué l'ionisation par l'IK. Cette malade a été très améliorée par le traitement, ce qui démontre l'utilité de l'électrisation des paralysies faciales et surtout l'innocuité de ce moyen thérapeutique.

(*Société Française d'électrothérapie et de radiologie*, 26 février 1924).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 6 janvier 1925

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — COMPLICATIONS TUMORALES DES FOYERS SEPTIQUES PARADENTAIRES, PAR LE Dr DELATER

Le Dr Delater donne lecture de sa communication (v. p. 98).

DISCUSSION

M. Housset. — M. Delater montrant le granulome comme point de départ possible du processus tumoral nous indique une fois de plus quelle responsabilité nous incombe dans nos traitements ; il nous montre aussi que nous avons besoin de revoir et de développer nos notions d'histologie pour pouvoir suivre avec profit ses admirables leçons. Je crois que nous pouvons le remercier avec la plus grande gratitude.

Je voudrais demander à M. Delater son opinion sur l'évolution non pas progressive au point de vue tumoral du granulome, mais sur son évolution régressive. Il nous arrive, dans nos traitements, si ceux-ci sont bien exécutés, de constater la régression tout au moins apparente des granulomes. Nous constatons cette disparition radiographiquement en concomitance d'ailleurs avec la disparition des symptômes cliniques ; en cas de fistule, disparition de l'aréole infectée.

M. Delater nous parle d'une fonte purulente du granulome. Peut-il nous donner son opinion sur la régénération osseuse qui suivra la disparition du granulome ? Nous avons cité avec M. Charles Ruppe la thèse de Haour où l'idée est émise que toutes les fois qu'en présence d'une infection atténuée le tissu de granulome est au contact de l'os sain, on voit l'os sain se reformer dans ce tissu de granulome. M. Delater peut-il nous donner à ce sujet une indication qui, pour nous, serait très intéressante ?

Le Dr Delater. — Je crois que l'évolution du granulome apical peut être interrompue de deux manières: 1° le processus inflammatoire, longtemps torpide, se rallume et détruit tout ce qui se trouve à l'intérieur de la capsule ; il reste les parois d'une poche, qui s'affaissent et s'accolent, laissant persister seulement un épaississement fibreux.

2° Peut-être l'action des antiseptiques, introduits par le canal pulpaire, est-elle capable, sinon de guérir le granulome, du moins

de l'immobiliser : les antiseptiques parviendraient ainsi à éteindre l'activité inflammatoire des microbes : le granulome pourrait peut-être régresser. A la vérité je ne crois pas à la possibilité d'une telle pénétration et si un granulome s'immobilise, c'est spontanément, par suite d'une virulence microbienne naturellement atténuée ; tout au plus les antiseptiques suppriment-ils l'apport de nouveaux agresseurs : et c'est déjà bien un heureux résultat.

Je ne vois guère que trois alternatives possibles dans l'évolution du granulome apical :

L'immobilisation apparente, ou l'évolution très lente, la suppuration et cicatrisation, seul processus de guérison, l'évolution tumorale ou kystique.

Quant à la régénération osseuse, je n'en puis rien dire, car je n'ai encore étudié que des granulomes arrachés avec la racine. Il faudrait, pour la surprendre, pouvoir enlever la mâchoire avec la dent : c'est une opération rare, sinon sur la table d'autopsie ! Je pense que le granulome, en s'élargissant, repousse les travées osseuses du maxillaire qui se terminent en pointes libres autour des espaces circumradiculaires ; — car il convient de rappeler que l'alvéole n'est pas limitée par une coque osseuse étanche : la moelle qui sépare les travées osseuses se continue librement avec le périodonte. — Quand le granulome est parti, les travées osseuses tendent à reprendre leur place et à combler la cavité, comme il arrive pour toute alvéole vidée de la dent qui la garnissait.

M. le président. — Vos applaudissements prolongés de tout à l'heure ont montré combien la savante communication du Dr Delater vous a intéressés ; ils prouvent aussi combien il était nécessaire d'avoir parmi nous un savant comme le Dr Delater. On organise actuellement un laboratoire de recherches biologiques à l'Ecole dentaire ; aux démonstrations du 18 janvier, nous pensons pouvoir l'inaugurer. Je vous invite tous à venir voir le Dr Delater dans ce laboratoire ; il vous exposera ce qu'il veut, ce qu'il pourra faire pour nos élèves, pour nous-mêmes et pour nos patients. Nous aurons tous la faculté de lui amener des malades et d'aider ainsi la science dentaire, grâce aux savants travaux de notre collaborateur. En votre nom à tous, je le remercie bien sincèrement de son travail si approfondi.

M. G. Villain. — Je suis heureux de dire quelques mots au sujet de la décision prise par le Bureau de l'Ecole, qui permettra à chacun de nous de tirer profit des recherches poursuivies. L'Ecole envisage d'ouvrir le soir le laboratoire de recherches scientifiques aux confrères désireux de s'initier ou de se perfectionner dans les travaux de laboratoire. Des cours et travaux pratiques seront institués à des conditions modiques ; cet enseignement post-

gradué sera placé sous la direction du Dr Delater. Je prierai ceux que cela intéresse de bien vouloir me le faire connaître par lettre et nous leur indiquerons à quelle date commenceront ces leçons et démonstrations. Je tiens surtout à remercier le Dr Delater du bon accueil qu'il a fait à cette proposition.

II. — « DU ROLE ACTUEL DE LA PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE », PAR M. LE Dr CHENET.

M. le Dr Chenet donne lecture de sa communication (v. p. 122).

DISCUSSION

M. G. Villain. — J'ai été très content d'entendre M. Chenet et j'ai beaucoup admiré les moulages qu'il nous a montrés et surtout les indications prothétiques qui lui sont dues en grande partie ; mais ce qui m'a fait aussi beaucoup de plaisir, c'est de voir M. Chenet nous apporter ici le résultat du service de prothèse maxillo-faciale créé à Lariboisière en collaboration avec l'Ecole dentaire. M. Wallis Davy doit avoir aussi sa bonne part de remerciements ; c'est à lui que nous devons la place que nous avons prise à Lariboisière, car il a été la cheville ouvrière de cette organisation.

Si nous rendons des services aux malades de Lariboisière, Lariboisière aussi nous rend des services parce que nos élèves peuvent voir des prothèses appliquées en collaboration directe et immédiate avec le chirurgien. Or, il est incontestable maintenant que la prothèse restauratrice n'est efficace que si elle est faite en collaboration intime avec le chirurgien.

Je tiens donc à remercier M. Wallis-Davy et aussi particulièrement M. Chenet qui, comme chef de clinique, assure actuellement la lourde responsabilité de guider nos élèves. C'est une collaboration tout à fait précieuse pour l'Ecole et dont elle est très fière ; elle ne saurait donc trop manifester sa reconnaissance au Dr Chenet.

M. le Président. — Il me reste à remercier M. Chenet de sa très intéressante communication. Il nous a parlé de la collaboration de la chirurgie et de la prothèse, mais il nous dit : la prothèse maxillo-faciale d'abord, la chirurgie ensuite. C'est pour nous un plaisir de l'entendre faire cette déclaration ; nous sommes heureux que l'Ecole dentaire de Paris, par l'intermédiaire de M. Chenet et de M. Wallis-Davy, soit l'auxiliaire des chirurgiens de l'hôpital Lariboisière.

Je remercie encore une fois M. Chenet et j'espère bien le voir le 18 janvier nous montrer des cas palpables, comme il nous l'a annoncé tout à l'heure.

La séance est levée à 23 h. 15.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.

Réunion du 3 février 1925

COMPTE RENDU SOMMAIRE

La Société d'odontologie de Paris s'est réunie le 3 février à 8 h. 30 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Le Dr Clément Simon, médecin de Saint-Lazare, a fait une communication sur : *les rapports de l'art dentaire avec la dermatologie et la syphiligraphie.*

Après avoir montré que l'exposé de ce programme serait presque toute la syphiligraphie et la dermatologie, il propose à la Société de suivre avec lui un plan basé exclusivement sur la clinique. Il se met dans la situation d'un dentiste qui aperçoit, en exerçant sa profession, quelque chose d'anormal dans la bouche de son patient. Comment arrivera t-il, par l'examen attentif de la lésion aperçue, au diagnostic ? Les lésions qui peuvent se développer sur la muqueuse bucco-linguale sont des taches ou macules ; des vésicules et des bulles ; des érosions ; des gommes et des ulcérations ; des tumeurs. A propos de chacune de ces lésions, l'auteur en décrit les variétés anatomo-cliniques et montre comment on en peut faire le diagnostic. Il insiste surtout sur les lésions syphilitiques et sur la leucoplasie que le dentiste est souvent le premier à apercevoir. S'il sait la reconnaître, il peut rendre les plus grands services à son malade en lui faisant connaître à temps sa maladie et en l'engageant à se faire soigner.

M. Paul Housset fait une *réponse* aux *controverses suscitées par les rapports sur le traitement des canaux.*

L'auteur, reprenant la conclusion de son rapport pour la dépulpation des dents saines et les pulpites aiguës et subaiguës, précise l'importance de certains points et fait de l'asepsie la nécessité primordiale du traitement. Il indique que celle-ci n'entraîne pas de complications d'ordre pratique au moment de l'intervention, bien au contraire, elle simplifie et rend rapide et méthodique l'acte opératoire qui devient strictement chirurgical. Par contre cette technique nécessite une organisation préalable minutieuse, mais que l'on règle une fois pour toutes, et qui devient un facteur d'ordre et de célérité.

Il proteste contre certaines imputations et déclare notamment qu'il n'a jamais condamné « l'acide arsénieux » urbi et orbi. L'escarification a ses indications, par exemple certaines formes de pulpites, la réfrigération et la compression cocaïnique concernant plus particulièrement les dents saines que l'on dépulpe dans un but prothétique. L'extirpation totale des filets dans les multiradiculées est une question d'espèce, et l'auteur croit que l'on ne peut ériger aucun principe absolu à ce sujet. Quant à lui, il pratique cette extirpation chaque fois que cela est possible, le filet radiculaire étant le plus souvent suspect d'infection. L'auteur s'élève contre l'esprit dogmatique dans le domaine scientifique ; à son avis, le traitement chirurgical dans la dépulpation est actuellement au point, et il présentera dans quelque temps des observations cliniques et radiologiques. Par contre, le traitement de la carie pénétrante infectée avec propagation au péri-apex présente de nombreux points obscurs et, comme le préconise le Dr G. Tellier, il faut actuellement approfondir l'étiologie et l'étude du

processus pathologique par rapport aux tissus lésés et l'influence du terrain est extrêmement importante.

M. Dubois n'a pas visé particulièrement les opinions émises par M. Housset. Il signale l'importance des nombreux travaux allemands et américains qui sont une source abondante d'informations. Ces travaux demandent du reste à être revus et critiqués.

Le Dr Rolland parle de la tolérance tout à fait remarquable de certains tissus tels que les os, les nerfs, pour des antiseptiques habituellement considérés comme incompatibles avec la survie de ces tissus.

Le Dr Bonnet-Roy signale plusieurs cas de nécrose étendue des parties molles et dures de la voûte palatine à la suite d'injections anesthésiantes; il émet l'hypothèse que l'adrénaline synthétique puisse être mise en cause.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 janvier 1925

(Compte rendu résumé communiqué par M. le Dr Lacronique)

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU POUR 1925

DISCOURS DU PRÉSIDENT : Dr HERPIN

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : Dr LACRONIQUE

I. — *Présentations de malades*

Le Dr Lacronique présente un cas de résorption gingivo-alvéolaire grave avec suppuration anaérobie remontant à 2 ans, qui n'est pas de la pyorrhée, chez un jeune homme de 20 ans. La symétrie des lésions au niveau des incisives latérales inférieures et des espaces interdentaires entre les deux premières molaires supérieures, l'absence de cause infectieuse apparente, font penser à une cause d'ordre trophique d'origine indéterminée.

Le Dr Leclercq montre une malade sur laquelle il a pratiqué une régularisation chirurgicale des bords alvéolaires des deux maxillaires avec suture primitive pour permettre l'application d'un appareil de prothèse.

Le Dr Raison présente un malade ayant une atrophie du massif facial avec *absence des deux parotides*, atrophie de la sous-maxillaire droite et atrophie des glandes lacrymales. D'après les antécédents et l'histoire du malade cette malformation paraît être congénitale et d'origine hérédo-syphilitique.

Il est à remarquer que malgré les troubles fonctionnels (absence presque complète de salivation, impossibilité de mastiquer par manque d'engrènement des arcades dentaires) l'état général du sujet n'est altéré que par des troubles digestifs relativement peu importants.

Une amélioration notable de ces troubles a été obtenue par l'appareillage permettant la mastication.

II. — *Communications Dr Retterer. — La transformation de la dentine en émail chez le sanglier et le porc*

Il montre que chez ces animaux l'étude histologique des dents permet de voir que l'émail, qui fait suite à la dentine, a une disposition de ses éléments histologiques telle qu'il apparaît comme le résultat de la transformation de la dentine.

D'autre part, l'étude de la défense du sanglier aux différents âges lui a permis de montrer que l'émail est d'autant plus épais que l'animal est plus avancé en âge, ce qui montre que l'émail se forme sans que l'organe adamantin intervienne. Le Dr Retterer montre aussi en s'appuyant sur la disposition anatomique de la défense du sanglier que la pression est un facteur très important de la formation de l'émail.

Drs Kritchewski et Seguin. — Premières recherches bactériologiques sur l'infection de la pulpe et de l'apex

Ils concluent :

1° Que la flore des infections chroniques fermées de la pulpe et de l'apex est avant tout une flore anaérobie.

2° Que cette flore est constituée par des microbes peu abondants, très résistants à la dessiccation et à l'action des antiseptiques et qu'il serait désirable de chercher des moyens chimiothérapiques ou biologiques capables d'atteindre ces organismes et de permettre une désinfection plus parfaite des canaux dentaires.

3° Que les organismes composant cette flore, tout en ayant un pouvoir pathogène négligeable, sont susceptibles de donner lieu à des infections aiguës soit qu'ils acquièrent pour des raisons inconnues une virulence particulière, soit qu'ils puissent réactiver d'autres germes plus nocifs.

4° Que les microbes acidophiles et acidogènes de la carie dentaire dans les infections chroniques de la pulpe et de l'apex sont les antagonistes des agents de putréfaction.

Les auteurs se proposent d'étudier ultérieurement la flore d'infection paradentaire ayant un caractère de plus grande acuité et pensent être alors à même de juger si les théories émises par Rosenow résistent à l'examen des faits et si les infections focales sont aussi redoutables que l'assurent les auteurs américains.

III. — *Dr Duchange. — Note sur la vaccinothérapie locale de la pyorrhée*

Dans toutes les observations que l'auteur a compulsées la guérison est jugée établie parce qu'il y a diminution ou arrêt du pus, gencives roses; pour lui ce ne sont que des améliorations qui sont du reste obtenues par tous les traitements préconisés jusqu'à ce jour. Il cite quelques observations personnelles, discute l'opinion du Dr Goldenberg qui ne considère pas les accidents survenant au cours de la vaccination comme des accidents anaphylactiques mais simplement des manifestations de choc protéique banal et conclut : La vaccinothérapie ne constitue pas le mode de traitement définitif et suffisant de la périodontoclasie. Elle n'a pas un effet curatif puisqu'employée seule elle ne fait que diminuer momentanément un épiphénomène de la maladie de Fauchard.

Les inconvénients étant nuls ou rares, elle constitue une méthode adjuvante capable d'aider les autres traitements dans le but d enrayer provisoirement la pyogénèse due aux saprophytes buccaux qui viennent accélérer l'évolution de la pyorrhée.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
(A. F. A. S.)

Section d'Odontologie

CONGRÈS DE GRENOBLE

(27 *juillet*-1er *août* 1925)

Mon cher confrère,

Lors du Congrès de Liége de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui s'est tenu en juillet dernier, j'ai eu l'honneur d'être élu président de la Section d'odontologie, pour la prochaine session, qui aura lieu à Grenoble du 27 juillet au 1er août 1925.

La profession dentaire aura certainement à cœur d'assurer au Congrès de Grenoble le succès qui a marqué les réunions antérieures, notamment celles de Rouen, Bordeaux et Liége, suivies par un très grand nombre de confrères, d'autant que par la convention conclue avec le Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, il y a 3 ans, l'union s'est enfin heureusement établie dans la profession et le Congrès de l'A. F. A. S. est véritablement notre Congrès dentaire national maintenant.

Nous nous devons à nous-mêmes de faire progresser sans cesse l'art dentaire français afin qu'il soit au moins l'égal de l'art dentaire étranger et qu'il n'ait plus rien à lui envier. Comme cela a été dit par une voix autorisée, les études odontologiques, qui ont en France une durée plus longue que partout ailleurs et qui sont poussées aussi loin que le permet l'état des connaissances actuelles, nous mettent à même de supporter la comparaison avec les praticiens de tous pays, car c'en est fait aujourd'hui des supériorités nationales, réelles ou légendaires, il n'y a plus que des supériorités individuelles.

Je vous engage donc à préparer dès à présent un sujet de votre choix, susceptible d'intéresser nos confrères, et à le traiter en vous aidant au besoin des publications déjà faites, mais en faisant appel surtout à votre expérience et à votre savoir personnels, pour le présenter au Congrès de Grenoble dans une communication écrite.

Les démonstrations pratiques occuperont, de leur côté, une large place dans la session : opérations, présentations d'appareils, d'instruments, procédés nouveaux, perfectionnements de méthodes,

simples tours de main, tout cela est de nature à intéresser les praticiens qui se rendent aux Congrès. Aussi n'est-il pas hors de propos de vous inviter à apporter et à montrer à Grenoble ce que vous aurez inventé, imaginé ou amélioré.

Les résultats de la pratique personnelle sont toujours d'un grand profit et, à cet égard, les réunions de ce genre constituent un véritable enseignement mutuel.

Comme les années précédentes, une exposition spéciale de matériel et de fournitures dentaires sera annexée à la Section, indépendamment de l'exposition générale du Congrès.

Je crois inutile de signaler les avantages des congrès ; la chose a été faite tant de fois que ce serait de la superfétation. Qu'il suffise de dire qu'ils offrent à la fois une excellente occasion d'apprendre quelque chose, de contracter de nouveaux liens confraternels et de resserrer les liens existants, de visiter une contrée d'une façon commode et de passer des vacances agréables.

Il se trouve justement que Grenoble est située dans une des contrées les plus pittoresques de France, où les excursions sont innombrables et où les moyens de communication sont extrêmement nombreux ; c'est une des régions les plus visitées.

Mais nous devons être guidés surtout par la pensée de coopérer séparément et collectivement au progrès de l'odontologie théorique et pratique qui est d'ailleurs la raison d'être de notre affiliation à la grande Association dont nous faisons partie depuis 25 ans et dont le titre seul nous impose un devoir qu'il faut tenir à honneur de remplir: travailler à l'avancement de la science. En poursuivant ce but, nous savons que nous agissons pour le bien de l'humanité et que c'est là une tâche particulièrement noble et réconfortante.

J'espère donc bien vous voir au Congrès de Grenoble en 1925 et, en attendant ce plaisir, je vous prie de croire à mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Président,

Henri VILLAIN.

NOTA. — Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages : facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc., etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Prière d'adresser les demandes de renseignements et les adhésions au Secrétaire de la Section, M. Wallis-Davy, 7, boulevard Rochechouart, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat général de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 20 francs par an, plus un droit d'inscription de 5 francs pour les membres nouveaux.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS

C. I. T. I.

Le troisième Congrès des Travailleurs intellectuels s'est tenu les 3, 4 et 5 janvier, à la Sorbonne. Y ont pris part, les délégués et représentants d'Autriche, de Belgique, de Bulgarie, de Finlande, de France, de Grande-Bretagne, du Luxembonrg, de Pologne, du Portugal, de Roumanie, de Serbie et de Tchécoslovaquie.

La Confédération Internationale des Travailleurs intellectuels groupait cette année des effectifs particulièrement importants : Autriche : 410.000 ; Belgique : 6.000 ; Bulgarie : 25.000 ; Finlande : 12.000 ; France : 183.000 ; Grande-Bretagne 330.000 ; Roumanie : 100.000 ; Tchécoslovaquie : 160.000 ; Pologne : 140.000 ; Serbie : 22.000 ; soit un million et demi de travailleurs intellectuels adhérents à des C. T. I. régulièrement constituées.

Le Congrès a approuvé le rapport du secrétaire général et a décidé, en outre du Conseil, la formation d'une commission, composée exclusivement de personnes habitant le même lieu que le secrétariat général et destinée à établir la liaison avec les C. T. I. nationales et à poursuivre l'étude des vœux adoptés par le Congrès.

Il a examiné les modalités de l'admission de la C. T. I. au Bureau international du Travail ; il a organisé une enquête sur les contrats collectifs des Travailleurs intellectuels, sur le rôle moral des fonctionnaires dans le Gouvernement ; il a décidé de poursuivre l'unification de la propriété littéraire et artistique et la reconnaissance de la propriété scientifique.

Le Congrès a renommé comme secrétaire général M. Louis Gallié.

Le 4 janvier, banquet d'une centaine de convives. Au dessert, M. Moro Giafferi, sous-secrétaire d'Etat à l'Enseignement technique, représentant le président du Conseil empêché, a dit avec quelle sympathie le Gouvernement suit les efforts des Travailleurs intellectuels pour s'unir et se fédérer.

Le 5 janvier, les congressistes, après s'être rendus à l'invitation du ministre de l'Instruction publique à un thé à la Fondation Salomon de Rothschild, ont été reçus par le Président de la République qui rappela que les Congrès précédents avaient éveillé la curiosité, mais que ce troisième congrès, qui groupait les délégués d'un million et demi de travailleurs intellectuels, unis professionnellement, montrait que le mouvement était une forces en marche.

Le Congrès se réunira en 1926 à Bruxelles, la semaine après Pâques.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER

Mon cher Confrère,

Lors d'une récente réunion professionnelle qui groupait un certain nombre d'anciens dentistes militaires, nous avons pensé qu'il serait pour nous aussi agréable qu'utile de nous constituer en Amicale à l'exemple des anciens médecins ou pharmaciens mobilisés, aucun groupement similaire n'existant encore à notre connaissance.

Ce comité d'initiative, constitué spontanément, a bien voulu, en me faisant l'honneur de me nommer son secrétaire, me charger de pressentir le plus grand nombre possible d'anciens dentistes militaires et dentistes de la marine, en vue d'une deuxième réunion préparatoire.

Celle-ci a eu lieu, avec un plein succès, le dimanche 18 janvier à 11 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris et déjà de nombreuses adhésions nous sont parvenues.

L'importance de ce nouveau groupement, à la fois indépendant, amical et de défense de nos intérêts militaires, ne vous échappera certainement pas, sachant combien les Pouvoirs publics nous sont particulièrement favorables en ce moment et la rapidité de sa formation est indispensable pour que le Velours « Violet-Prune » soit représenté par un nombre important de ses membres au prochain Congrès de médecine et de pharmacie militaires qui aura lieu au Val-de-Grâce en avril prochain.

J'espère, mon cher confrère, que vous voudrez bien être des nôtres et avertir de votre côté tous vos amis, dentistes de l'armée de terre et de la marine qui ont servi pendant et après la guerre et qui n'auraient pas été prévenus soit par un involontaire oubli, soit parce que nous n'avions pas leur adresse, afin que tous se fassent inscrire à notre groupement. Je tiens à leur disposition autant de bulletins qu'ils voudront bien me réclamer.

Une assemblée générale aura lieu très prochainement.

Pour le Comité :

Le Secrétaire général,

Ch. WINTERGERST

49, rue Rivay, Levallois-Perret (Seine).

Aide à la profession dentaire japonaise

A la suite du tremblement de terre du Japon de septembre 1923 nous avons adressé, dans notre numéro de février 1924, un appel à nos confrères pour solliciter des ouvrages destinés à la reconstitution de la bibliothèque de l'Ecole dentaire de Tokio, dirigée par M. Morinosuke Chiwaki, école détruite de fond en comble.

Quelques confrères ont répondu à cet appel. De leur côté l'Ecole dentaire de Paris et l'A. G. S. D. F. ont voté chacune un crédit de 2.500 francs (total 5.000 francs) pour un don de livres, brochures et journaux à l'école sinistrée. Il y a été joint le film cinématographique de la préparation des cavités en usage à l'Ecole dentaire de Paris.

L'envoi a été fait et il en a été accusé réception avec remerciements par notre confrère japonais, qui nous a annoncé que l'école détruite est maintenant reconstruite et fonctionne comme avant.

Nous accueillerons néanmoins encore avec plaisir les dons d'ouvrages qui seront faits et nous les ferons parvenir dans un prochain envoi.

Introduction en Alsace-Lorraine de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine

Le *Journal officiel* du 20 décembre 1924 contient la loi suivante en date du 13 décembre 1924 :

Article unique. — Est ratifié le décret du 5 juillet 1922 portant introduction dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle de la loi du 30 novembre 1892, modifiée par la loi du 14 avril 1910, relative à l'exercice de la médecine.

Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer

Je soussigné *(Nom et Prénoms)*.....

Chirurgien-Dentiste de la Faculté de Médecine de.....

Grade :.....

Date de la dernière nomination :.....

Décorations :.....

Déclare adhérer à l'Amicale en formation et m'engage à verser la somme de dix francs de droit d'entrée et dix francs pour la cotisation annuelle.

Signature :

ADRESSE

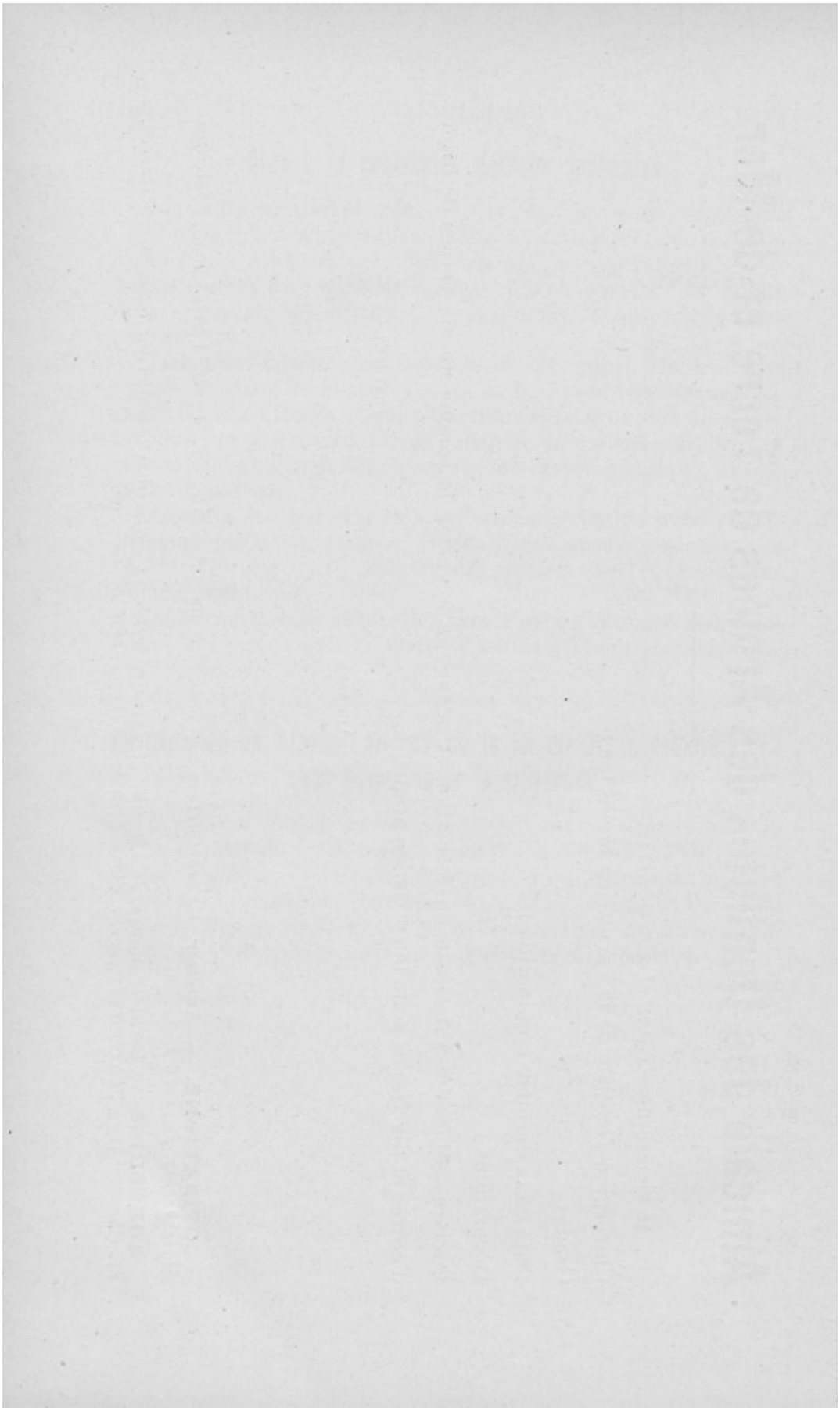
.....

.....

.....

COTISATIONS. — *Adresser les cotisations au Trésorier de l'Amicale, M. Louis VIAU, 109, Boulevard Malesherbes, Paris (8e).*

ADHÉSIONS. — *Déchirer suivant le pointillé et faire parvenir ce bulletin d'adhésion au Secrétaire Général, M. Charles WINTERGERST, 49, rue Rivay, Levallois-Perret (Seine).*



HYGIÈNE

DISPENSAIRE INTERCOMMUNAL D'ERMONT

Les visites dentaires scolaires organisées par le Dispensaire intercommunal d'Ermont (Seine-et-Oise), assurées par un praticien de cette localité, M. Fieschi, n'ont pas donné jusqu'à présent tous les résultats espérés à cause de l'indifférence et de l'ignorance des parents quant à l'importance des soins dentaires.

Aussi la Société des *Amis du Dispensaire* se propose-t-elle d'intensifier son action avec l'aide des instituteurs et institutrices, de M. Fieschi et de M. Wallis-Davy, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, membre de la Société. Elle organise des conférences avec projections pour appeler l'attention des parents sur l'importance de l'hygiène dentaire, conférences qui seront faites par ces deux spécialistes.

La conférence inaugurale sera faite par notre Directeur et rédacteur en chef, le Dr Maurice Roy.

Le Dispensaire d'Ermont est également entré en rapports avec l'Ecole dentaire de Paris, qui, sur la demande de M. Wallis-Davy, a accepté de donner, dans ses services, des soins gratuits aux enfants qui y seront envoyés d'Ermont, après avis de MM. Fieschi et Wallis-Davy.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

PRÉSIDENCE DU Dr FOVEAU DE COURMELLES

Dans sa séance du 10 novembre 1924, et, sur la proposition de M. René Masson, la Société d'Hygiène de l'Enfance a émis les vœux suivants :

1° Un chirurgien-dentiste devra être attaché à chaque école.

2° Utilisation du carnet dentaire. Obligation pour les parents de présenter les enfants avec des dents saines ou guéries. En cas d'indigence, il existe des Ecoles dentaires où les soins sont donnés gratuitement en attendant la création des services fonctionnant dans les lycées et les institutions.

3° Formation d'une commission de vulgarisation des soins dentaires groupant toutes les personnes que cette question intéresse.

Ces vœux ont été transmis, par les soins du secrétaire général à MM. les ministres de l'Hygiène et de l'Instruction publique.

SOINS DENTAIRES SCOLAIRES A MILAN

En décembre 1924 a commencé à Milan le nouveau service dentaire scolaire organisé par l'Institut stomatologique italien. Il est assuré par neuf médecins traitants et un médecin inspecteur. Il se compose de 4 cabinets ambulants transportés par 2 automobiles.

Les écoles desservies sont au nombre de 93 et sont visitées chaque semaine.

CLINIQUES DENTAIRES

Allemagne

La caisse locale générale contre la maladie d'Elingen a ouvert une clinique dentaire scolaire le 1er octobre 1924.

La caisse locale générale contre la maladie de Forst (Lusace) se propose d'ouvrir une clinique dentaire dans son nouvel immeuble.

Etats-Unis

L'armée du salut a créé dans son immeuble principal situé dans le quartier pauvre de Chicago une clinique dentaire où tous les soins sont donnés gratuitement. Les dentistes traitants y consacrent leur temps bénévolement. Les frais sont couverts par des dons.

Italie

Une section dentaire a été ouverte à l'hôpital *Regina Elena* à Trieste.

CLINIQUES DENTAIRES SCOLAIRES

Danemark

La première clinique dentaire scolaire fut ouverte à Esbjerg en 1909 ; la seconde à Frederiksberg en 1920. On en compte 13 actuellement pour 43.000 enfants, dont 25.000 y sont traités.

Suède

On compte à Stockholm 11 cliniques dentaires scolaires avec 19 dentistes pour 33.000 enfants.

BIBLIOGRAPHIE

Curious observations on the teeth

Les éditeurs John Bale, fils et Danielsson, 83-91 Great Titchfield Street, Londres, ont eu l'heureuse idée de réimprimer le premier ouvrage connu en langue anglaise sur la dentisterie (*Curieuses observations sur les dents*), de Charles Allen (1687). Le volume fut édité à Dublin et l'original est conservé au British Museum, il est dédié aux médecins, chirurgiens et pharmaciens de Dublin.

Le volume débute par une courte adresse à ces trois corporations ; puis vient une sorte d'introduction consacrée à l'opérateur des dents qui commence par cette belle pensée « *Sachant qu'il est du devoir de tout homme*, en particulier de ceux qui vivent sous un gouvernement civil, où l'intérêt général comprend toujours l'intérêt particulier, *de contribuer autant qu'il le peut dans sa situation au bien public...* »

Le 1er chapitre traite de la nature des dents ; le 2e des altérations des dents et de leurs remèdes ; le 3e de la corruption des dents et de leurs remèdes, avec la description et le mode d'emploi du pélican ; le 4e chapitre est consacré à la restauration des dents ; le 5e, aux maux de dents, à leur perte, à la carie, avec leurs remèdes. Dans le 6e l'auteur s'occupe des dents des enfants. Dans le 7e et dernier de l'accélération des dents. Le volume se termine par un avis aux lecteurs daté de 1686.

L'ouvrage est présenté dans une introduction signée de Mme Lilian Lindsay.

Ce livre, du prix de 5 shillings, cartonné, offre un vif intérêt de curiosité.

Physiologie mandibulaire et dents artificielles

Le Dr Marcel Darcissac a réuni sous ce titre en une brochure de 53 pages les premiers mémoires par lesquels il a fait connaître le résultat de ses recherches sur l'*enregistrement intra-buccal et la reproduction secondaire, précise, sur un articulateur spécial des rapports individuels d'articulé dentaire* en vue du montage rationnel des dents artificielles.

La brochure contient une préface du Dr Léon Frey qui présente l'ouvrage à ses confrères, une courte introduction de l'auteur, puis un exposé général de la méthode. Elle aborde ensuite les cas de prothèse partielle avec articulé bien équilibré, puis les

cas de prothèse partielle avec articulé déséquilibré et se termine par une conclusion.

33 figures illustrent cette publication, de *la Semaine dentaire*.

Livres reçus

Nous avons reçu de M. Albert Enrique Gallo, de Buenos-Ayres, la thèse sur l'*inclusion dentaire* qu'il a soutenue à l'Ecole d'odontologie de la Faculté de médecine de l'Université de cette ville, pour l'obtention du titre de docteur.

La brochure, de 22 pages, illustrée de 11 gravures, débute par des généralités ; puis viennent des considérations anatomiques. L'auteur aborde ensuite l'étiologie et la pathogénie, les accidents, les complications ; il passe au diagnostic, indique le traitement, rapporte des observations et termine par des conclusions.

***

Nous avons reçu du Dr Luis Samengo, de Buenos-Ayres, une brochure en espagnol de 27 pages, avec 13 figures, intitulée: *Sutures intracavitaires en oto-rhino-laryngologie, technique et dispositifs.*

Nouveaux journaux

Nous avons reçu les journaux suivants : le 1er numéro (novembre 1924) de *The Dental Forum*, publié mensuellement 549 West Washington Boulevard, Chicago, sous la direction de M. Newton G. Thomas ;

Le 1er numéro (octobre 1924) de *Brasil Odontologico*, publié mensuellement par la *Casa Hermanny*, 54 rue Gonçalves Dias, Rio-de-Janeiro ;

Le *Bulletin de la Société odontologique turque* publié en langue turque mensuellement à Constantinople. Le bureau est à l'ancien siège social du Croissant Rouge, à côté du tombeau du sultan Mahmoud.

Le premier numéro de *Die Fortschritte der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv* (Les progrès de la dentisterie avec les archives de la Littérature), publié par le Dr Julius Misch, de Berlin, et édité par Georg Thieme, de Leipzig.

Cette publication comprend douze livraisons mensuelles paraissant chaque année à la même date. Ces livraisons forment un volume se terminant le dernier mois de l'année et contenant un index.

La première partie de l'ensemble embrasse une cinquantaine de rubriques ou matières traitées par autant de collaborateurs, tous professeurs, chargés de cours ou chirurgiens-dentistes.

NÉCROLOGIE

Albert Carbonnel

Nous avons appris trop tard le décès de M. Carbonnel, survenu le 19 janvier, pour que l'Ecole dentaire de Paris puisse être officiellement représentée à ses obsèques qui ont eu lieu le 22 janver.

Notre ami M. George Viau, prévenu à la dernière minute, a pu cependant présenter ses condoléances à la famille.

M. Albert Carbonnel est décédé à l'âge de 85 ans, et beaucoup d'entre nous ont le souvenir de ce charmant et aimable confrère qui, quoique plus âgé que la plupart de fondateurs de notre école, faisait partie du *Cercle de dentistes* créé en 1879, et participait à la fondation de l'Ecole dentaire de Paris en 1880 comme souscripteur et l'un des 15 membres du Comité d'organisation.

Carbonnel avait pour gendre notre regretté confrère M. Baelen, qui a fait partie du Corps enseignant de l'Ecole, et pour petit gendre M. Godefroy, qui en fait également partie actuellement, ainsi que du Conseil d'administration.

Nous prions la famille de notre regretté confrère d'agréer nos condoléances les plus sincères.

Eugène Fléty

Nous avons le très grand regret d'apprendre le décès, à l'âge de 69 ans, survenu le 5 février, de M. Eugène Fléty, de Dijon, ancien élève (en 1882) de l'Ecole dentaire de Paris, membre pendant de longues années de l'A. G. S. D. F.

Les obsèques ont eu lieu à Montoi.

Il occupait une situation très en vue et était entouré de l'estime et de la considération de ses confrères.

Il laisse une veuve et plusieurs enfants, dont un fils, élève à l'Ecole dentaire de Paris, auxquels nous adressons nos très sincères condoléances.

Abel Delaplanche

Nous avons appris avec un vif regret le décès de M. Abel Delaplanche, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, survenu à Lausanne, le 10 février à l'âge de 46 ans.

Les obsèques ont eu lieu à Paris le 16 février, M. Lubetsky y représentait l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à la famille du défunt nos sincères condoléances.

Mlle Plantier

Nous avons le regret d'apprendre le décès de Mlle Plantier, notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F., survenu à Flat, par Issoire (Puy-de-Dôme).

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

Nos confrères MM. le Dr L. Frison, directeur de l'Ecole odontotechnique, et Maurice Frison, professeur à cette école, viennent d'être éprouvés par le décès de M. Paul Frison, leur père, survenu le 1er février 1925, à l'âge de 83 ans, à Neuilly-sur-Seine.

Nous leur adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris. — A la suite des concours qui ont eu lieu, sur la proposition de la Commission d'enseignement et par décision du Conseil d'administration du 14 février 1925, M. P. Housset a été nommé professeur suppléant de couronnes et de bridges, le Dr Bosquet, chef de clinique de couronnes et de bridges, M. Ninet et Mlle Delarbre, chefs de clinique de dentisterie opératoire.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. — Les deux Conseils d'administration se sont réunis le 14 février, à 10 heures du soir, pour procéder à la nomination du Comité de rédaction de l'*Odontologie*.

Les membres sortants ont été réélus dans les mêmes fonctions, avec M. L. Viau en remplacement de M. Mendel Joseph, qui a quitté la profession et a d'ailleurs été nommé membre honoraire du Groupement.

La réunion a procédé ensuite à l'élection de la Commission exécutive du Groupement et du Bureau de celle-ci et a renouvelé leurs pouvoirs aux 6 délégués (Ecole 3, Association 3), à la Confédération des travailleurs intellectuels.

F. D. N. — La F. D. N. a tenu son assemblée générale annuelle le samedi 21 février, à 8 h. 30 du soir avec l'ordre du jour suivant :

Rapports du Secrétaire général et du Trésorier.

Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Congrès de Grenoble (A. F. A. S.). — Session de Genève (F. D. I.). — Congrès dentaire international de Philadelphie (1926).

Comité interfédérations. — Election du Comité exécutif.

Après la séance le Comité exécutif s'est réuni et a réélu le bureau sortant, en remplaçant comme secrétaire adjoint M. André par M. Wallis-Davy.

Société d'odontologie de Paris. — La Société d'odontologie de Paris se réunira le 3 mars 1925 avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Louis Viau. — Présentation d'un malade atteint d'érosion.

2° Dr Monbrun. — Rapports de l'opthalmologie avec l'art dentaire.

3° M. Tacail. — *A*) Trousse spéciale d'orthodontie avec matériel de séries.

B) Appareil automatique pour malocclusion distale inférieure.

4° Dr H. Violle. — De la pectine et de ses effets hémostatiques. Son rôle en odontologie.

5° Incidents de la pratique journalière.

Prix Magitot. — Nous apprenons avec plaisir que le prix Magitot pour 1924 a été décerné par l'Académie de médecine au Dr Siffre, Rédacteur en chef de la *Revue odontologique*.

Le *rapport général sur les prix décernés* par l'Académie en 1924 présenté par M. Souques, secrétaire annuel, à la séance du 9 décembre 1924, s'exprime ainsi à cet égard :

« M. le Dr Siffre, de Paris, a obtenu le *prix Magitot*, pour des « travaux très remarqués sur l'odontologie et la stomatologie, « portant sur la teneur en calcaire des dents, sur l'indice minéral « dentaire, sur la carie dans ses rapports avec la tuberculose. « Certains d'entre eux dépassent l'art dentaire et intéressent la « médecine et l'anthropologie ; il me suffira de citer ici ceux qui « ont pour titre : la dent et la destinée de l'homme, la patho- « logie mandibulaire contemporaine et préhistorique les lésions « maxillo-dentaires chez les préhistoriques. »

Nous adressons à notre confrère nos vives félicitations.

Nomination de dentiste militaire. — Par décret du 3 janvier 1925 a été nommé dans le cadre de réserve des officiers du Service de santé et par décision ministérielle du même jour a reçu l'affectation suivante :

Au grade de dentiste militaire de 2e classe
(Rang du 3 janvier 1925)

M. Aussourd (Henri), dentiste auxiliaire de la 2e section d'infirmiers militaires, est affecté à la 2e région de corps d'armée.
(*Journal officiel* du 9 janvier 1925).

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France. — L'Assemblée générale annuelle du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France a eu lieu le 1er février à Lille, salle du Cercle du Commerce.

Elle a été précédée d'une soirée de conférences par MM. Fourquet et Joly et suivie d'un banquet à l'hôtel Bellevue, présidé par M. G. Bettmann, auquel ses confrères voulaient rendre hommage au moment où il prenait sa retraite.

A l'Assemblée générale fut voté un ordre du jour pour demander aux Pouvoirs publics :

1° Que les syndicats professionnels soient consultés par la Commission parlementaire ;

2° Que le projet de *loi des Assurances maladie* soit disjoint de toutes les autres assurances ;

3° Que l'*Assurance maladie* ne soit obligatoire que jusqu'à 6.000 fr. de revenus et facultative de 6.000 à 10.000 fr. de revenus.

Le Bureau pour 1925-26 a été constitué comme suit :

Président : M. Joly L. ; *Vice-présidents :* MM. Lohier et Bauweraerts E. ; *Secrétaire général :* M. Vaesken S. ; *Secrétaire adjoint :* M. Evens ; *Trésorier :* M. Lenain M. ; *Conseillers :* MM. Alexandre, Dr Caumartin, Fertin, Mercier, Verschoote.

Comité de Rédaction du Nord dentaire

Directeur-Rédacteur : Joly L. ; *Secrétaire de la Rédaction :* Verschoote ; *Administrateur-gérant :* Bettmann ; *Administrateur-adjoint :* Lugiez ; *Rédacteurs :* Drs Caumartin, Tondeur, Evens ; *Siège de la Rédaction :* 5, rue de la Tannerie, Calais ; *Administration :* 141, boulevard de la République, La Madeleine-lez-Lille.

Association syndicale des Chirurgiens-Dentistes du Sud-Est de la France. — L'Association syndicale des Chirurgiens-Dentistes du Sud-Est de la France, dans son Assemblée générale ordinaire, a renouvelé ainsi son Conseil d'administration pour 1925 :

Président : M. Guieu (Marseille) ; *Vice-présidents :* Dr Buix (Marseille) ; M. Luneau (Toulon) ; *Secrétaire général :* M. R. Maurech (Marseille) ; *Secrétaire-adjoint :* M. de Bomble (Marseille) ; *Trésorier :*

M. Adnot (Marseille); *Membres :* MM. Bernard Brodeur (Marseille) ; Bonnafoux (Ajaccio); Davenet (Nîmes) ; Gros (Aix-en-Provence) ; Grether (Marseille) ; Reynal (Marseille) ; Dr Romieux (Marseille) ; Oustric (Draguignan) ; Samson (Aix-en-Provence) ; Valery (Marseille) ; Valette (Toulon).

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Lorraine. — L'Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Lorraine se tiendra le 1er mars à Nancy.

9 heures, Majestic-Cinéma, rue St-Dizier.

1° *Film Morineau*: a) préparation des cavités ; b) aurification à l'or mou.

2° *Film Pathé* : une dent propre ne se carie jamais.

3° *Film Collignon* : l'or coulé.

14 heures, salle Excelsior, rue Gambetta, assemblée générale.

Signalons qu'il sera présenté un rapport de M. Ackermann fils sur une assurance mutuelle en cas de décès.

16 heures, Communications scientifiques.

19 heures, Grand Hôtel, place Stanislas, banquet, suivi de sauterie.

Fête des étudiants. — La section dentaire de l'Association générale des étudiants a donné sa Revue annuelle le mercredi 18 février, en soirée, au théâtre de l'*Atelier*, place Dancourt, sous le titre *Chacun son tour*, en deux actes et dix tableaux.

Contrairement aux précédents, cette Revue n'a eu qu'une représentation.

Dans ces deux actes, où les souvenirs classiques abondent, les auteurs ont, suivant l'usage, mis en relief les travers qu'ils ont découverts chez les professeurs des écoles et ont égayé l'auditoire aux dépens de ceux-ci.

Des chansonnettes, pendant l'entracte, ont eu grand succès de rire.

Mariage. — Le mariage de notre confrère M. Henri Soret, de Pau, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Antoinette Buffard, a été célébré le 27 janvier.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur.

Naissance. — Mme et M. Neuenschwander, membres de l'A. G. S. D. F., font part de la naissance de leur fils Yves.

Nous leur adressons nos félicitations.

Société européenne d'orthodontie. — La Société européenne d'orthodontie se réunira au Langham Hotel, Portland Place, Londres, les 27 et 28 mai 1925.

Tous les orthodontistes sont invités à la réunion.

S'adresser pour tous renseignements au Secrétaire, M. A. C Lockett, Hereford House, 117 Park Street, Londres W. 1.

Statistique des chirurgiens-dentistes norvégiens. — On compte en Norvège 598 dentistes. Ce nombre a augmenté de 84 en 1924.

Société austro-allemande d'orthopédie maxillaire. — Une société austro-allemande d'orthopédie maxillaire vient d'être organisée et inaugurée à Hambourg les 13 et 14 décembre ; elle comptait 105 membres à ce moment. Elle tiendra chaque année une réunion de plusieurs jours. Elle se propose de faire des cours de perfectionnement avec une collection d'appareils et de moulages.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'Ecole dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert les lundis, mercredis et vendredis de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements

---

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

*45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^*

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser [1] aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé, lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son

---

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés en effet ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une aide des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une o ganisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès* afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

45e ANNÉE. N° 3. 31 MARS 1925. VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES RAPPORTS DE LA DERMATOLOGIE ET DE LA SYPHILIGRAPHIE AVEC L'ART DENTAIRE

Par le Dr Clément SIMON,
Médecin de Saint-Lazare.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 février 1925.)

Lorsque mon ami, le Dr Bonnet-Roy, m'a fait l'amitié de me demander d'exposer devant vous les rapports qui existent entre l'art dentaire d'une part, la syphiligraphie et la dermatologie d'autre part, j'ai accepté d'emblée; mais je ne me doutais pas de la difficulté de la tâche que j'assumais. En effet, lorsque j'ai revu mes notes, lorsque j'ai réfléchi un peu au plan que j'allais suivre, je me suis aperçu que je m'étais chargé de vous exposer toute la syphiligraphie et presque toute la dermatologie. Il n'est pas question de développer devant vous un plan de si grande envergure; aussi pour être plus clair, je passerai complètement sous silence les stomatites aiguës et chroniques, d'origine dentaire pour la plupart, que vous devez connaître aussi bien que moi; je ne vous parlerai pas non plus des dysmorphismes dentaires, car ils sont très discutées.

Ces exclusions prononcées, auxquelles j'ajoute la stomatite mercurielle que vous devez connaître très bien, il faut se placer dans la situation du dentiste qui opère dans une bouche et aperçoit sur la muqueuse bucco-linguale quelque chose qui ne lui paraît pas naturel. Qu'est-ce que c'est? Voilà l'état d'esprit qu'on peut prendre pour faire la conférence dont vous avez bien voulu me charger.

On peut voir au niveau de la muqueuse linguale plusieurs

sortes de lésions : des taches, des érosions, des vésicules et des bulles, des ulcérations et enfin des tumeurs. Si vous le voulez bien, nous allons reprendre les différents termes de cette progression et nous verrons à propos de chacun d'eux ce qui lui correspond au point de vue pathologique.

D'abord les taches : On entend en dermatologie par tache une différence de couleur, de coloration au niveau des téguments et de la muqueuse bucco-linguale ; ces taches ne s'accompagnent d'aucune dépression ni d'aucune élevure. Elles peuvent être de différentes couleurs ; il y en a de brunes, de roses, de blanches.

On voit quelquefois au niveau de la muqueuse bucco-linguale des taches ardoisées, brunes mêmes, assez bien limitées, qu'on voit sur la face interne des joues et sur le voile du palais ; c'est un peu l'aspect de la gueule de certains chiens anglais. On a affaire le plus souvent à une maladie d'Addison ; un dentiste voyant pour la première fois un tel patient, qui ne se sait pas malade d'ailleurs, peut le diriger sur le médecin.

Les taches brunes peuvent être dues aussi à autre chose. Vous voyez depuis deux ou trois ans à peu près un assez grand nombre de malades qui présentent des taches brunes, bleues, plutôt bleues que brunes, qui siègent sur le bord de la muqueuse gingivale ou sur la face interne des jours : c'est la stomatite bismuthique. Si les taches brunes ne s'accompagnent pas de gingivite, s'il y a simplement des taches brunes au niveau de la face interne des joues, vous pouvez hésiter. Il y a un moyen assez simple de faire le diagnostic : tendez la muqueuse et vous verrez que la surface qui vous paraissait uniforme, unie, est formée d'une infinité de petits points noirs juxtaposés que vous parvenez à dissocier ou séparer en écartant la muqueuse. Vous voyez que ces petits points dessinent le réseau capillaire de la muqueuse ; ce sont des grains de bismuth amenés là par la circulation et qui y restent. Ce petit semis de grains n'est pas, je crois, décrit d'une façon classique. Autrefois — nous n'avons pas vu cela nous-mêmes — on soignait les tabétiques avec le nitrate

d'argent et l'on voyait apparaître au niveau de la muqueuse bucco-linguale des taches ardoisées semblables à celles que je viens de vous décrire et dont je ne parle que pour mémoire.

Vous n'ignorez pas que le plomb peut donner lieu également à une stomatite dont le liséré gingival est assez analogue à celui du bismuth, mais qui, à ma connaissance du moins, ne s'accompagne pas de taches pigmentaires ailleurs que sur les gencives.

On voit quelquefois des langues qui sont presque noires. On les nomme *langues noires pileuses* parce que les papilles sont très allongées et donnent à la langue un aspect chevelu. On a cru, à tort, que cet aspect était dû à une mycose. En réalité, comme l'a montré Lebar il s'agit simplement de l'exagération de l'état saburral. Ce qui le prouve, c'est qu'il y a les langues pileuses blanches. Les papilles hypertrophiées gardent quelque temps la couleur blanchâtre de l'enduit saburral, puis cet enduit s'oxyde à l'air et vire au noir. Les expériences de Lebar semblent bien confirmer cette hypothèse et aussi le fait que des lavages de bouche répétés à l'eau oxygénée aboutissent souvent à noircir la muqueuse linguale.

Autrefois, lorsqu'on traitait les tabétiques en leur faisant absorber du nitrate d'argent, on voyait parfois sur la muqueuse buccale des taches ardoisées qui accompagnaient d'ailleurs une teinte analogue de toute la peau. Ces « argyries » ont à peu près disparu de la clinique actuelle.

A côté des taches brunes, on peut voir sur la langue des taches roses ou rouges. Parfois elles sont bien limitées, ovalaires, lisses par disparition à leur surface des papilles de la langue, mesurant quelques millimètres de diamètre. Ce sont les *plaques fauchées* de Fournier appelées ainsi parce qu'elles rappellent l'aspect de zones limitées qu'on faucherait dans du gazon, le gazon représentant les papilles. Fournier considérait ces taches comme de nature syphilitique et son opinion est généralement admise et souvent, mais non toujours, vérifiée par les faits. Mais il est aventureux de faire un diagnostic aussi grave que celui de syphilis sur la vue d'une ou

deux plaques fauchées. Il faut savoir que certains dyspeptiques, certains porteurs d'appareils dentaires, surtout quand ils ont une langue saburrale, peuvent présenter des plaques fauchées dont la nature paraît banale. Concluons que la plaque fauchée doit éveiller l'attention et faire rechercher d'autres signes de syphilis, mais sans permettre une affirmation absolue. On a bien dit que les plaques fauchées syphilitiques étaient plus fermes au toucher, plus infiltrées que les plaques fauchées dyspeptiques. C'est une nuance bien subtile.

Je fais ici une parenthèse pour vous parler d'autres plaques; au lieu d'être une lésion récente, précoce comme la plaque fauchée, c'est une lésion ancienne; vous voyez également une zone dépapillée, mais plus dure, plus sèche, c'est la sclérolinguale superficielle.

Vous voyez encore des plaques roses au niveau de la langue, qui sont dues à la syphilis secondaire; celles-ci peut se manifester au niveau de la muqueuse linguale non seulement par ces deux lésions dont je viens de vous parler, mais également par des zones érythémateuses roses. Il faut être assez habitué pour faire ce diagnostic. Mais il y a des formes qui sont plus précises; au lieu d'être un érythème diffus, ce sont des zones roses assez vives dont le centre est occupé par un petit exudat un peu grisâtre; cet aspect est plus caractéristique que les deux autres.

D'autres fois les taches roses, au lieu d'être bien limitées, ont des contours irréguliers, géographiques. La surface est plus grande, dépapillée et ourlée sur les bords, fait caractéristique, par un fin liséré blanc légèrement saillant. Cette curieuse affection a une autre caractéristique : elle se déplace d'une joue à l'autre, se repapillant d'un côté et s'étendant de l'autre, de sorte que l'aspect de la langue varie d'une joue à l'autre. C'est la *glossite exfoliatrice marginée* appelée encore *desquamation aberrante en aires* ou *langue géographique*. Sa cause et son traitement sont absolument inconnus. Le fait qu'elle se voit surtout sur des *langues scrotales*, c'est-à-dire sur des langues qui présentent, congénitalement, un sillon

médian d'où partent, plus ou moins régulièrement, des sillons obliques, a fait penser à certains auteurs qu'il s'agissait d'une stigmate de syphilis héréditaire. Cette opinion est aujourd'hui abandonnée aussi bien pour l'une que pour l autre affection. Elles sont d'ailleurs sans aucune gravité, ne s'accompagnent d'aucune sensation anormale et le mieux est de ne pas s'en occuper.

Brocq et Pautrier ont décrit sous le nom de *glossite médiane losangique* une lésion constituée par des saillies mamelonnées, groupées en avant du V lingual, sur la ligne médiane. Elles forment un losange à grand diamètre antéro-postérieur. La muqueuse, à ce niveau, est dépapillée, d'un rouge jaunâtre. Cette affection s'accroît lentement pour atteindre ses dimensions définitives qui sont de 1 ou 2 centimètres en surface sur 3 ou 4 millimètres de hauteur. Ensuite elle se fixe et ne donne lieu à aucun trouble à la santé. L'erreur serait donc de la prendre pour un lupus et d'entreprendre des traitements qui ne pourraient que nuire.

Beaucoup plus importantes sont les *taches blanches* de la muqueuse bucco-linguale et ici je réclame toute votre attention.

On voit très souvent des sujets qui présentent sur les joues, au niveau des articulations dentaires, une ligne horizontale, mesurant d'un à plusieurs millimètres de longueur. De cette ligne partent des lignes secondaires dessinant les interstices dentaires. La couleur de cette longue ligne est d'un blanc opalin. La muqueuse est comme légèrement rouge, boursouflée, œdémateuse, à son niveau. Mais, au toucher, elle garde toute sa souplesse. Souvent, les sujets présentent, en outre, de la desquamation persistante des lèvres. La langue est assez souvent, surtout sur les bords, rouge et desquamée. Les gencives sont rouges autour des dents et, sur le reste de leur étendue, légèrement opalines, comme les joues. Il faut se garder de confondre cette affection, décrite par Brocq sous le nom de *glosso-stomatite superficielle diffuse des auto-intoxiqués nerveux*, avec la leucoplasie comme on le fait malheureusement trop souvent.

Comment se présente donc le *leucoplasie*? La question est d'importance et pour plusieurs raisons. L'origine d'abord. La leucoplasie est souvent, Landouzy et Gaucher disaient même toujours, d'origine syphilitique. Brocq est revenu récemment sur la question de l'étiologie de la leucoplasie et il a montré que si l'origine syphilitique était la plus fréquente, elle n'était pas la seule : les traumatismes répétés, l'abus du tabac, le mauvais état digestif, le mauvais état des dents peuvent intervenir non seulement comme causes adjuvantes, ce qui est admis par tout le monde, mais comme cause déterminante. On a vu des leucoplasiques contracter la syphilis. Il n'en est pas moins vrai que la leucoplasie doit immédiatement faire penser à la syphilis et qu'on ne peut écarter celle-ci que lorsque, par tous les moyens, on a fait la preuve qu'elle n'est pas en cause.

La leucoplasie est importante encore et surtout à cause du pronostic; vous savez que la leucoplasie se transforme assez souvent en cancer; dans quelle proportion? Les avis sont partagés : les uns disent 50 p. 100; c'est sûrement exagéré; je préfère croire la statistique de M. Darier qui l'évalue à 10 ou 15 p. 100.

Où siège la leucoplasie? Le siège le plus fréquent est à la commissure des lèvres, à l'intérieur où elle dessine une sorte de triangle blanchâtre appelé la plaque des fumeurs. La seconde est à la face dorsale de la langue; quelquefois sur les amygdales ou le voile du palais. Cette leucoplasie est caractérisée par des taches. Si vous regardez de près, que voyez-vous? Que cette couleur blanche est due à un enduit extrêmement adhérent que vous ne pouvez pas arracher de la muqueuse; la plaque a des bords irréguliers, diffus; lorsque vous touchez cette leucoplasie, vous sentez une sorte de résistance. Et quand vous regardez de plus près, vous voyez que la surface est pour ainsi dire souvent quadrillée de sortes de petits traits que vous pouvez écarter en tirant sur la peau. Voilà en deux mots l'aspect général de la leucoplasie. Chez les fumeurs, il faut recommander de ne pas fumer : il n'y a pas de cancer de la langue chez les malades qui n'ont pas eu

de leucoplasie. Chez les syphilitiques, leucoplasie plus tabac égale cancer.

Cette leucoplasie ne reste pas toujours en l'état; au lieu de rester lisse, elle peut se hérisser de petites saillies papillomateuses, de petites verrues qui sont sur la surface de la leucoplasie; ceci est un mauvais indice. D'autrefois au contraire au lieu de pousser en saillie, la leucoplasie fait des fissures à l'intérieur, qui deviennent douloureuses. Cette leucoplasie au lieu de rester sous forme de taches peut s'étendre, entourer la langue d'une sorte de carapace; les malades sont gênés pour manger. Ce que vous pouvez voir c'est sur une simple plaque de leucoplasie toute petite se développer une sorte de papillone, une sorte d'exubérance, et si vous la touchez, elle est extrêmement dure à la main, presque comme du bois. Ceci, il faut s'en méfier, c'est le cancer qui commence. Si vous avez la chance de voir la lésion à ce moment-là, vous pouvez la faire opérer et une opération même localisée qui se contente d'enlever cette petite saillie peut mettre le malade à l'abri d'un cancer. D'autrefois, le cancer débute non pas par une exubérance mais par une fissure et alors le diagnostic est très difficile.

Toutes les fois qu'on se défie du développement possible du cancer dans une plaque de leucoplasie, il y a des choses à ne pas faire et d'autres à faire d'urgence. Il ne faut pas, en face d'une lésion leucoplasique qui vous paraît douteuse, se dire : c'est peut-être de la syphilis tertiaire qui évolue. Il faut se garder de faire aucune espèce de cautérisation sur une langue fissurée qui fait mal; il faut faire immédiatement une biopsie qui en quelques heures entre des mains habiles vous donne une certitude et dicte ou écarte l'intervention.

On pourrait croire que le diagnostic de la leucoplasie est assez facile et pourtant on la confond avec une lésion de la langue que vous connaissez bien : le lichen-plan des muqueuses. C'est une maladie de peau sans aucune espèce d'importance qui évolue sans altérer la santé générale et qui n'a pas d'étiologie syphilitique; vous voyez par conséquent la gravité

d'affirmer à un malade qu'il n'a pas de leucoplasie et seulement du lichen-plan.

Comment donc faire le diagnostic? C'est par une grande habitude d'abord, et par les symptômes qui sont un peu différents dans les deux cas. Quand vous regardez très attentivement une plaque de lichen-plan de la langue, vous voyez que la plaque au lieu d'être uniformément blanche est moins nacrée; si vous regardez plus attentivement en tirant sur la muqueuse, vous voyez que cette plaque est formée pour ainsi dire d'une infinité de petites lignes qui se coupent sur les incidences les plus diverses, tantôt angle droit, tantôt angle aigu, en formant une sorte de réseau irrégulier. Ces lignes au lieu d'être droites sont parfois courbes et dessinent une feuille de fougère, un débris de dentelle; ce sont des comparaisons classiques qui rendent assez bien l'aspect de la lésion.

J'en ai fini pour ce qui est des taches. Vous voyez l'importance qu'elles ont dans la pathologie bucco-linguale et comment elles peuvent amener un malade à se faire opérer assez tôt lorsque les lésions épithéliomateuses sont reconnues assez à temps.

A côté des taches, je vous ai dit que nous étudierions au niveau de la langue les vésicules et les bulles. Une vésicule est une petite boule pleine d'eau, de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire ou à tête blanche; à volume plus grand, cela devient une bulle.

L'affection qui donne le plus souvent lieu à des vésicules est l'herpès; c'est une maladie assez fréquente qui est caractérisée par une zone érythémateuse sur laquelle apparaît une sorte de bouquet de vésicules plus ou moins groupées; au bout de quelques jours ou de quelques heures, l'herpès évolue, c'est-à-dire que ces vésicules se rompent et laissent à leur place une sorte d'érosion dont nous parlerons tout à l'heure.

L'aphte commence par une vésicule, mais plus grosse que celle de l'herpès; c'est une vésicule très tendue autour de laquelle est un petit liséré érythémateux rouge. L'aphte se rompt très vite et laisse à sa place une ulcération dont nous reparlerons tout à l'heure.

Il y a aussi une maladie plus rare, comme l'hydroa, mais ce sont là des choses spéciales qui le plus souvent accompagnent une affection cutanée.

Il y a une lésion qu'il faut que vous connaissiez bien, c'est l'antypirinide : d'un aspect assez particulier qui fait hésiter les médecins; ce n'est pas de l'herpès, cela y ressemble pourtant; ce n'est pas de l'aphte non plus. Qu'est-ce que cela peut être? Demandez aux malades s'ils ont pris de l'antypirine : ces lésions bulleuses sont souvent causées par ce médicament; ce ne sont d'ailleurs pas les seules lésions que donne l'antypirine, qui donne sur la peau des éruptions érythémato-pigmentées fixes.

Je viens de vous dire que ces éruptions bulleuses peuvent en se rompant donner lieu à des érosions.

Je reprends tout de suite l'herpès et l'aphte. A quoi va-t-on reconnaître qu'une érosion à la suite d'une vésicule d'herpès est bien une érosion herpétique, ou bien n'est-elle pas plutôt due à la rupture d'un aphte? Lorsque vous regardez attentivement une érosion due à l'herpès, les vésicules en se rompant laissent une trace, de sorte que les bords sont micropolicycliques. L'érosion aphteuse se recouvre d'un enduit diphtéroïde et s'entoure d'un petit liséré carminé.

Je résume : l'érosion aphteuse est une érosion ovalaire ou arrondie, au centre jaune diphtéroïde et au pourtour carminé, qui revient par périodes récidivantes.

La syphilis donne des taches, mais aussi des érosions. Les érosions syphilitiques correspondent aux papules du corps; on les voit siéger sur le voile du palais, sur les amygdales, sur la langue; elles forment des petites lentilles arrondies, rouges, non douloureuses en général et quelquefois recouvertes d'un petit enduit grisâtre; on les voit assez souvent aux lèvres également. Le chancre est également une érosion mais qui repose sur une base indurée et qui s'accompagne toujours d'une adénopathie satellite caractéristique.

Il faut parler maintenant des ulcérations. L'ulcération est une perte véritable d'une partie de la muqueuse. Les aphtes peuvent aussi faire des ulcérations. Nous entamons ici tout

le chapitre des ulcérations qu'il est assez difficile de séparer des gommes; en effet, les ulcérations de la langue sont souvent consécutives de la syphilis. Cela nous amène à faire le tableau de la sclérose linguale syphilitique. La sclérose profonde de la langue est caractérisée par la dépapillation de la langue; sur cette sorte de carapace rouge et dure de la langue, il se forme pour ainsi dire des ficellements; on a parlé de langue parquetée; voici pourquoi, ce sont des sillons qui se forment dans tous les sens : voilà la sclérose linguale d'une façon générale; mais la syphilis fait aussi des gommes. Ce sont des tumeurs arrondies qui passent par deux stades : le stade cru, sorte de tumeur; dans ce premier stade, cette tumeur est dure; elle fait corps avec la langue entière, mais on peut encore la séparer pour ainsi dire des parties adjacentes. Puis au bout de quelque temps la gomme finit par se ramollir, s'ulcérer, et former une sorte de bourbillon; les orifices qui se forment sont des ulcérations taillées à pic à bords non décollés et dont le fond est bourbillonneux, jaunâtre. Au voile du palais et même au palais osseux, elles aboutissent rapidement à faire des perforations dont l'importance est en rapport avec le volume de la gomme.

Il faut que vous sachiez que toutes ces ulcérations syphilitiques linguales peuvent être simulées par d'autres ulcérations, notamment les ulcérations tuberculeuses. Celles-ci reposent rarement sur une gomme; les gommes tuberculeuses de la langue existent, mais sont rares; au contraire, les ulcérations tuberculeuses de la langue et des lèvres sont assez fréquentes; c'est une ulcération dont les bords sont décollés, c'est-à-dire que si vous passiez un stylet sous le bord de cette ulcération, vous pourriez le soulever, ce que vous ne pouvez pas faire pour les ulcérations syphilitiques. Souvent dans leur voisinage se trouvent des grains jaunes assez caractéristiques. Elles sont très douloureuses. Elles siègent assez souvent à la face intérieure de la langue alors que les ulcérations syphilitiques n'y siègent pour ainsi dire jamais.

Il y a encore au niveau de la langue certaines lésions qui peuvent donner lieu à des ulcérations, mais ce sont des raretés,

si l'on en excepte les ulcérations dentaires que vous connaissez bien et qui guérissent facilement en soignant ou en enlevant la dent qui blesse.

Il y a une lésion dont je voudrais vous parler en terminant, qui ressemble au chancre syphilitique, qui n'en est pas un, et qu'il faut savoir connaître pour éviter une erreur, c'est le botryomycome, petite tumeur qui siège le plus souvent sur la pointe de la langue, qui est différente du chancre en ce sens que celui-ci est une érosion bien arrondie, limitée, dure, qui ne forme pas tumeur; au contraire le botryomycome est une petite tumeur en forme de grain de raisin; la surface en est érodée, mais si vous regardez attentivement, vous voyez qu'il y a un pédicule; il y a une sorte de collet par lequel il est relié à la langue.

J'ai été appelé en consultation pour la femme d'un de nos confrères, sur la langue de laquelle il avait vu une ulcération suspecte; il avait fait venir de la ville voisine un chirurgien et ils avaient pensé tous les deux à la possibilité d'un chancre syphilitique. Il s'agissait d'un botryomycome; j'ai fait faire une biopsie et la nature de l'affection a été démontrée.

Je pourrais encore vous parler du cancer de la langue et de toutes les tumeurs de la langue; mais nous sortirions du domaine de la dermatologie et de la syphiligraphie pour entrer dans le domaine de la chirurgie, et je pense qu'il sera plus correct de ma part de laisser la voie ouverte à mes confrères chirurgiens.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE KYSTES DENTIFÈRES

Par le Dr Maurice Roy.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 2 décembre 1924).

Je vous ai présenté il y a trois ans une série d'observations de kystes dentifères qui ont été publiées il y a quelques mois seulement dans l'*Odontologie*[1]. Je voudrais vous présenter aujourd'hui deux nouvelles observations de kystes dentifères que j'ai eu récemment l'occasion d'opérer et qui me paraissent intéressantes.

Ces kystes, comme je le faisais observer dans mon premier travail, sont en effet assez rares pour qu'il ne soit pas inutile d'en publier un assez grand nombre d'observations, d'autant que celles-ci, comme je vous l'ai montré déjà, ne pourront que contribuer à élucider la pathogénie de ces formations qui sont, à mon sens, d'ordre *tératologique* et non *pathologique* comme les kystes paradentaires de beaucoup plus fréquents. D'autre part, outre l'intérêt particulier que présentent ces deux observations, je veux profiter de l'occasion qu'elles m'offrent de réparer une omission involontaire que j'ai faite dans la communication que je vous ai présentée il y a trois ans.

En effet, dans ce premier travail, je vous avais donné à la suite des observations mes vues personnelles sur la pathogénie de ces kystes, me basant sur les constatations anatomo-pathologiques que j'avais faites dans ces différents cas et en particulier sur l'insertion constante de la paroi kystique exactement au collet de la dent causale, la couronne plongeant dans le kyste à l'exclusion de la moindre parcelle de la racine. Je vous ai dit que je rejetais complètement, pour les kystes dentifères, la théorie de Malassez, et que j'adoptais la théorie folliculaire de Broca et je concluais à la formation de ces kystes aux dépens du feuillet externe de l'organe de l'émail :

1. Les kystes dentifères, leur pathogénie. *L'Odontologie*, 1924, p. 439.

« L'évolution de ces kystes, disais-je, serait donc due selon moi, à l'absence de disparition du réticulum étoilé et à l'absence de transformation du feuillet externe de l'organe de l'émail ou cuticule de Nasmyth. Le feuillet interne de l'organe de l'émail aurait suivi le processus habituel de transformation adamantine, mais, par suite d'un trouble tératologique, le réticulum étoilé n'aurait pas disparu et le feuillet externe de l'organe de l'émail se serait modifié et, au lieu de constituer la membrane de Nasmyth, ses cellules épithéliales se seraient transformées et il aurait formé la paroi même du kyste dont on s'explique ainsi clairement la disposition autour de la couronne de la dent. »

Les deux observations que je vais vous présenter ne modifient en rien mes idées au sujet de cette pathogénie; mais, depuis la publication de mon travail, j'ai eu connaissance de deux études extrêmement intéressantes de mon excellent confrère lyonnais, M. Julien Tellier, sur la pathogénie des kystes dentifères, études qui, par un hasard extraordinaire et que je regrette vivement, étaient passées totalement inaperçues pour moi lors de leur publication. Or, dans ces deux communications [1], l'une de 1905, l'autre de 1920 et par conséquent antérieures à la mienne, M. Julien Tellier, s'appuyant également sur le fait de l'insertion de la paroi kystique au collet de la dent, dont il montrait toute l'importance pathogénique, arrivait à des conclusions à peu près identiques aux miennes.

Je suis très heureux de m'être rencontré aussi complètement sur ce point avec mon confrère lyonnais, bien qu'ignorant complètement ses publications sur ce sujet à cette époque; mais je tiens à établir ici la priorité de ses travaux sur les miens sur les kystes dentifères et à dire combien leur lecture m'a intéressé en confirmant d'une façon aussi complète que possible mes idées sur la pathogénie des kystes dentifères dont la formation ne me paraît pas pouvoir être expliquée d'une façon différente.

1. Julien Tellier. Des kystes des mâchoires d'origine dentaire. *L'Odontologie*, 30 juin 1905, p. 360.
Julien Tellier et Dunet. Kyste dentifère. *Revue de Stomatologie*, 1920, p. 61.

M. J. Tellier est parti comme moi pour ses études de deux cas cliniques bien observés et il est intéressant de noter ce fait que, procédant de même et sur un plus grand nombre d'observations, je suis arrivé, sans les connaître, à des conclusions identiques aux siennes.

Ceci dit, voici les deux observations nouvelles que je veux vous communiquer.

***

Observation I. — Roger B..., quatorze ans, présentait depuis deux ans environ au-dessus des incisives supérieures une tuméfaction indolore qui fut vue à l'époque à Eu, par M. Maman, son dentiste, qui porta le diagnostic de kyste et engagea ses parents à en faire pratiquer l'ablation. Ceux-ci, un peu timorés, ne se décidèrent pas immédiatement. Mais, dans les premiers mois de 1924, la tuméfaction ayant considérablement augmenté et amenant une grosse déformation faciale, ils vinrent enfin me trouver en avril dernier sur le conseil de M. Maman.

Ce garçon, grand et fort gaillard paraissant au moins deux ans de plus que son âge, présentait une déformation considérable de la lèvre supérieure, de l'aile du nez et de la fosse canine du côté gauche, toute cette région paraissant soulevée par une tumeur intra-buccale. Cette tuméfaction était peu douloureuse et élastique à la palpation.

En ouvrant la bouche, on constatait du côté gauche, au niveau des incisives et de la canine supérieure, la présence d'une énorme tuméfaction siégeant dans le vestibule et sur la voûte palatine. La muqueuse avait une coloration sensiblement normale, quoique un peu plus vasculaire; la palpation était peu douloureuse et, dans le vestibule comme sur la voûte palatine qui était déformée dans toute la partie antérieure gauche, elle donnait la sensation très nette de la crépitation parcheminée pathognomonique des formations kystiques.

Ce garçon de quatorze ans avait complètement terminé son évolution dentaire, il avait toutes ses dents permanentes en bon état apparent; toutefois l'incisive centrale, la latérale et la canine gauches, au niveau desquelles s'était développée la tumeur, étaient déviées et, surtout l'incisive latérale, plus ou moins obliques dans le plan mésio-distant.

Toutes les dents de cette région étaient exemptes de carie ou d'obturation et elles présentaient toutes une sensibilité très nette

au froid par stypage au chlorure d'éthyle, preuve indéniable de vitalité pulpaire; aucune de ces dents ne pouvait donc être la cause du kyste non moins indéniable que présentait ce malade. Il ne pouvait donc s'agir que d'un kyste dentifère provoqué par une dent surnuméraire. Je fis immédiatement radiographier ce jeune garçon et la radio confirma ce diagnostic.

Comme on le voit sur le cliché que je vais vous faire projeter (fig. 1), ce kyste était considérable ayant détruit toute la portion

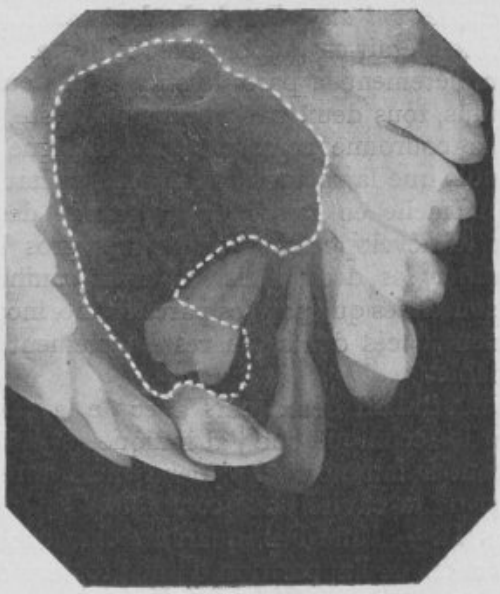


Fig. 1.

antérieure du maxillaire supérieur gauche : la portion palatine, la fosse canine jusqu'au voisinage du plancher de l'orbite et refoulant en dedans la paroi externe des fosses nasales. A la partie inférieure du kyste, on voit une dent placée obliquement dont la couronne, d'aspect particulier rappelant un peu une molaire de carnassier, plonge dans le kyste, la couronne dirigée du côté de la ligne médiane des maxillaires.

On remarque sur cet excellent cliché, dû au Dr Petit, que le tissu osseux est presque complètement détruit au niveau des incisives et canines gauches dont on voit la forte déviation, ainsi que la forme particulière de la racine de l'incisive latérale en tire-bouchon.

Le 3 mai j'opérai ce malade sous anesthésie générale. Après avoir fait une large incision horizontale dans la région vestibulaire, je mis à nu le kyste recouvert encore d'une lame d'os parche-

miné. Le kyste ouvert présentait une cavité considérable, au moins équivalente à la moitié d'une grosse mandarine, dans laquelle, à l'endroit indiqué par la radiographie, se trouvait la couronne de la dent surnuméraire génératrice de ce kyste. Cette dent avait la forme générale d'une canine, mais avec une petite encoche d'un de ses bords qui avait, par la déformation radiographique, donné l'image particulière que l'on voit sur le cliché.

Point capital que, comme Julien Tellier, j'ai déjà signalé dans mes observations précédentes, *la paroi kystique était insérée comme une collerette, exactement au collet de la dent causale* dont aucune partie de la racine n'était en rapport avec le kyste.

J'enlevai complètement la paroi kystique sans ouvrir les fosses nasales ni le sinus, tous deux très voisins du kyste, puis j'enlevai la dent dont la couronne regardait vers la ligne médiane des maxillaires, tandis que la racine était dirigée en haut et à gauche. L'extraction fut facile en raison de la grande destruction d'os provoquée par le développement de ce très gros kyste. Je dus également sacrifier les deux incisives et la canine gauches qui n'étaient plus soutenues que par l'os parcheminé, incapable d'assurer ultérieurement à ces dents, du reste fortement déviées, une solidité convenable.

Je tamponnai pendant deux jours avec de la gaze imbibée de benjoin suivant la technique que j'ai indiquée et les suites opératoires furent tout à fait normales; deux mois après l'opération, l'épidermisation de la cavité était complète.

Observation II. — Mme F..., quarante-cinq ans s'est aperçue il y a quelques mois de l'apparition d'une grosseur dans la région vestibulaire du maxillaire supérieur droit au niveau de la canine. Le mari de cette malade, lui-même médecin, porte le diagnostic de kyste de la mâchoire et après radiographie me conduit la malade.

Je constatai l'existence d'une tuméfaction grosse comme une amande dans la région vestibulaire au dessus de la canine et de la 1re prémolaire droites. Cette tuméfaction un peu plus vascularisée que la normale, était indolente, fluctuante et on sentait sur le pourtour le bord osseux coupant que l'on observe au pourtour des kystes après disparition de la paroi osseuse parcheminée. Dans cette région, la canine permanente manquait, elle n'avait jamais fait son éruption, mais, par contre, la canine temporaire était restée, mais n'était plus représentée que par sa racine, cette dent s'étant cariée. La 1re prémolaire droite n'existait plus qu'à l'état de racine.

Le kyste semblait descendre très bas, les incisives latérales et centrales droites étaient très mobiles par suite de la résorption osseuse.

Malgré l'existence des deux racines dont je viens de parler, l'absence de canine permanente donnait tout de suite à penser

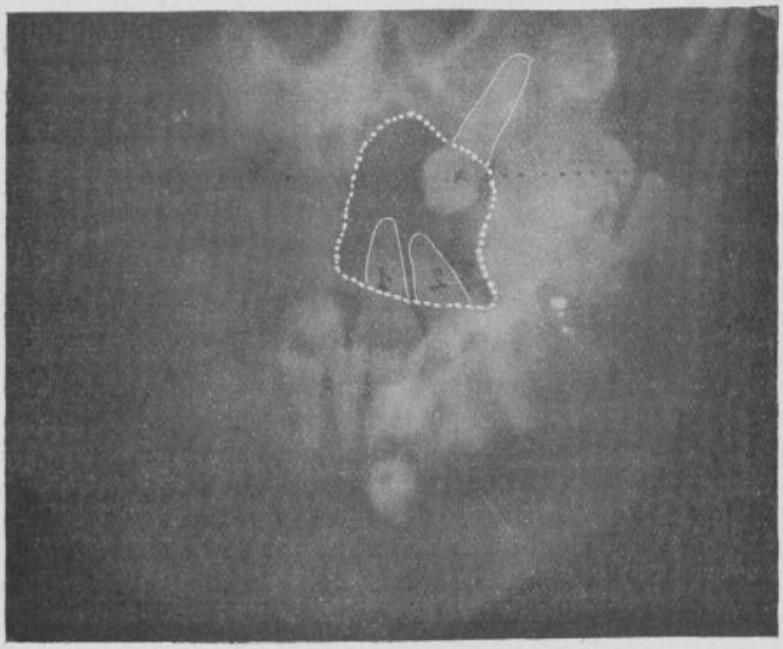


Fig. 2. — Radio extra-buccale, vue antéro-postérieure, d'arrière en avant.

à un kyste dentifère dû à cette dent; la radiographie confirmait ce diagnostic (fig. 2 et 3); on constatait en effet sur celle-ci une large

Fig. 3 — Radio intra-buccale du kyste représenté figure 2, mais vu d'avant en arrière.

zone de raréfaction correspondant au kyste et, dans celui-ci, on apercevait, plongeant dans sa cavité, la couronne de la canine permanente dont la racine s'enfonçait obliquement en haut et en arrière dans le massif maxillaire.

J'ai opéré cette malade le mois dernier sous anesthésie locale intra-buccale complétée par une anesthésie transcutanée.

Après incision longitudinale de la muqueuse j'ai fait l'ablation du kyste, de la grosseur d'une très grosse noix, dans l'intérieur duquel se trouvait la couronne de la canine; *la paroi kystique était insérée comme une collerette exactement au collet de cette dent*; aucune portion de la racine ne se trouvait en rapport avec le kyste. La racine de la dent de lait adhérait, elle, au kyste par une petit pédicule, peut-être faut-il voir là le *gubernaculum dentis* de la dent incluse.

L'extraction de la canine ne présenta pas de difficulté particulière. J'enlevai ensuite la racine de la 1re prémolaire qui, ainsi que je l'ai dit, était infectée, mais n'avait pas de rapports avec le kyste.

Je dus sacrifier les incisives latérale et centrale droites, bien qu'elles fussent saines et à pulpe vivante, car elles n'étaient plus soutenues que par une lamelle osseuse tellement mince qu'elles étaient fortement mobiles et qu'elles eussent été de ce fait une gêne ultérieure.

Je tamponnai vingt-quatre heures avec de la gaze imbibée de benjoin et la cicatrisation se poursuivit sans aucun incident, elle était complète au bout de six semaines.

***

J'ai confié ces deux kystes pour l'examen histologique à M. Delater, le distingué directeur du laboratoire de recherches de l'École Dentaire de Paris; voici la note qu'il m'a remise pour celui faisant l'objet de la seconde observation.

Paroi fibreuse tapissée par un épithélium malpighien pauci-stratifié, qui ne montre que très peu de polynucléaires et qui présente quelques cavités arrondies de dimensions inégales, remplies d'une matière granuleuse éosinophile. Celle-ci se retrouve aussi dans la lumière du kyste et tapissant l'épithélium; il s'agit vraisemblablement d'une matière grasse et peut-être de cholestérine, car dans une masse un peu plus large on voit nettement des fentes de cristaux d'acides gras.

Pour le premier de ces kystes, M. Delater ayant égaré la fiche qu'il avait établie à son sujet m'a remis la note suivante qui résume en même temps l'observation histologique de ces deux kystes.

Je n'ai pu retrouver qu'une seule des deux fiches que vous me demandez. Il s'agit de la pièce qui portait de petites racines des dents temporaires.

Pour l'autre, je me souviens qu'il s'agissait aussi d'un épithélium malpighien — et que rien ne pouvait distinguer ces coupes, pas plus que les premières d'un kyste radiculo-dentaire.

Il ne semble pas que ces kystes soient nés dans l'organe adamantin — mais plutôt dans le gubernaculum, si tant est que l'on puisse faire fond sur l'apparence malpighienne, bien distincte d'une apparence adamantine — et sur la présence d'une racine.

En tous cas, aucune des deux couronnes ne portait trace de membrane de Nasmyth. Au contraire la surface en était irrégulière, mamelonnée, à nu et comme érodée. Peut-être l'infection avait-elle joué un rôle pour l'entamer, car l'épithélium des kystes était infecté et le processus avait dû naître par propagation d'une inflammation apparue autour des dents temporaires [1].

***

Ces deux observations, qui s'ajoutent à celles que j'ai déjà publiées, confirment donc ce que, d'accord avec les travaux précédents de M. Julien Tellier, j'avais dit au sujet de la pathogénie des kystes dentifères et montrent bien l'impossibilité de faire naître ces kystes aux dépens des débris épithéliaux paradentaires ainsi que cela paraît devoir être admis pour les kystes radiculo-dentaires.

Dans le beau travail de Malassez et Galippe sur *Les Débris épithéliaux paradentaires* [2] ces auteurs essaient de donner une théorie nouvelle des kystes dentifères dans laquelle les débris épithéliaux paradentaires ne joueraient plus qu'un rôle accessoire en quelque sorte.

D'après ces idées nouvelles, les kystes seraient développés dans le *Gubernaculum dentis* où se formerait une sorte de canal excréteur constitué par la série de cavités par où passe la dent au fur et à mesure de sa progression concordant avec la formation de la racine; un épanchement de liquide pourrait se produire dans cette cavité antécoronaire d'où la formation des kystes dentifères.

1. Je dois faire observer que, cliniquement, ces deux kystes n'étaient pas infectés.
2. Masson, Paris, 1910.

M. Julien Tellier, dans le travail paru dans la *Revue de Stomatologie*, a discuté cette théorie et fait à son sujet les plus grandes réserves; je me rallie, pour ma part, pleinement à son opinion, cette théorie, malgré les recherches extrêmement intéressantes de Malassez et Galippe, ne me paraissant pas cadrer avec l'évolution clinique de ces kystes.

Pour ces auteurs, il n'y aurait plus de kyste folliculaire à partir du moment où se forme la racine de la dent, le kyste à ce moment passant du follicule dans le *Gubernaculum dentis*, « à moins de supposer, disent-ils, que, dans ce mouvement en avant, la couronne soit restée coiffée par son organe adamantin, ce qui serait en contradiction formelle avec ce qui se passe à l'état normal ».

Cette dernière objection me paraît absolument inopérante, car, dans les cas que nous étudions, nous ne sommes justement pas dans l'état normal et on peut très bien admettre une *persistance anormale* de cet organe de l'émail puisque nous sommes en présence d'une *évolution anormale de l'organe dentaire*. Ne pourrait-on pas expliquer de même les modifications histologiques de la nature de celles signalées par M. Delater dans les examens qu'il a faits des deux pièces faisant l'objet de mes observations et sur lesquelles il s'appuye pour les faire dériver du Gubernaculum.

Pour ma part je reste partisan de la théorie folliculaire de Broca et du développement des kystes dentifères aux dépens du feuillet externe de l'organe de l'émail qui me paraît seule capable d'en expliquer le développement et l'insertion constante de la paroi exactement au collet de la dent. Je fais observer que M. Delater qui, sur ma demande, l'avait recherchée spécialement, n'a pas trouvé de cuticule de Nasmyth sur les deux dents faisant l'objet de ces deux observations; cela semblerait appuyer cette théorie, si, comme le pensent certains auteurs, la cuticule de Nasmyth était formée par le feuillet externe de l'organe de l'émail.

Quoi qu'il en soit, ces considérations montrent l'importance qu'il y a à apporter un nombre élevé d'observations semblables. Toutefois, et j'insiste particulièrement sur ce point,

ces observations ne peuvent avoir toute leur valeur que si elles sont prises par des cliniciens compétents, faute de quoi elles peuvent être involontairement entachées d'erreurs grossières qui faussent totalement les déductions que l'on en peut tirer. C'est ainsi que Malassez et Galippe, à propos des kystes dentifères, parlent de kystes para ou juxta coronaires dans lesquels la dent incluse est en rapport avec les parois kystiques sans que sa couronne plonge dans le kyste comme dans les cas que j'ai pour ma part observés et ceux que M. Tellier a observés et décrits. Or je dois dire que, avant d'accepter l'existence de kystes semblables, sur lesquels Malassez et Galippe s'appuient en partie pour justifier leur théorie pathogénique, j'attends des observations absolument probantes qui, à ma connaissance n'ont pas été données.

Il ne suffit pas en effet pour déclarer qu'une dent incluse a provoqué un kyste que l'on ait trouvé à côté l'un de l'autre une dent incluse et un kyste, ces deux ordres de fait pouvant être absolument indépendants l'un de l'autre. Pour ma part j'ai rencontré plusieurs fois des kystes radiculo-paradentaires, dus à des infections pulpaires comme on en observe si fréquemment et qui s'étaient développés au voisinage d'une dent incluse découverte par hasard, soit au cours de l'opération, soit par la radiographie, sans que cette dent incluse ait d'autre rapport que ceux de voisinage avec le kyste. Or un médecin ou un chirurgien non spécialiste aurait pu très bien, sur cette simple constatation de voisinage, qui n'aurait pas manqué de le frapper, établir une relation d'origine absolument erronée; et si par hasard la dent causale du kyste paradentaire était exempte de carie ou d'obturation avec pulpe mortifié, sans carie ou si cette dent avait été enlevée depuis plus ou moins longtemps, ce qui ne modifie pas l'évolution du kyste, il pourrait de la meilleure foi du monde affirmer que toutes les dents du sujet étaient *saines* ou hors de cause et méconnaître la cause réelle de la production néoplasique.

Je pense donc que seules peuvent être discutées utilement les observations minutieusement prises par des dentistes ayant soigneusement examiné l'état pulpaire de toutes les

dents situées au voisinage du kyste, ce qui ne me semble pas avoir été le cas dans les observations, toutes de date ancienne, citées par Malassez et Galippe dans leur travail si intéressant par ailleurs sur les débris épithéliaux paradentaires et je souhaite qu'un grand nombre d'observations, autant que possible avec examen histologique, soient apportées dans ces conditions pour nous permettre si possible d'éclaircir complètement cette question intéressante de la pathogénie des kystes dentifères.

Dans une prochaine séance je vous présenterai un malade que j'ai opéré pour un kyste dentifère intéressant par le développement et la forme particulière qu'il avait prise, ainsi que par la façon économique avec laquelle j'ai pu l'opérer malgré son volume considérable.

LES CONTROVERSES SUSCITÉES PAR LES RAPPORTS SUR LE TRAITEMENT DES CANAUX

Par Paul HOUSSET,
Professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie du 3 février 1925.)

Cette communication n'offre aucun des éléments d'un travail original, c'est plus exactement la mise au point des conclusions de notre rapport, celles-ci ayant été plus ou moins dénaturées dans certaines études critiques.

J'ai deux réponses à donner, l'une à un confrère qui sous le pseudonyme de Nemo a signé dans *La Semaine Dentaire* un article où l'idée scientifique repose sur la base fragile de l'imputation désobligeante. Je me demande si ce mode de discussion est inspiré par le proverbe latin « Nemo dat quod non habet ». A M. Nemo j'ai déjà répondu personnellement et je compléterai mon opinion dans le journal qui publie ses appréciations.

L'autre réponse concerne les confrères qui veulent bien me faire l'honneur de critiquer mon ouvrage, sous la forme la plus correcte, même si elle exprime la contradiction la plus nette. J'ai donc réservé cette seconde réponse, qui ne peut rechercher que des arguments scientifiques pour l'auditoire de notre honorable Société.

La discussion du résumé de notre Rapport présenté récemment par le Dr Ch. Ruppe à la Société de Stomatologie, a d'une part suscité quelques commentaires bien en dehors du fond principal de l'ouvrage sur la classification des caries en degrés (question de terminologie qui serait en effet à élucider et à mettre en accord avec les faits cliniques, mais actuellement aucune appellation ne semble réellement satisfaisante); d'autre part, M. Tellier a exposé des considérations dont il faut tenir le plus grand compte et qui ouvriront la voie à des études étiologiques et thérapeutiques vraiment rationnelles.

Je profite de la présence dans cette enceinte de nombreux sociétaires de l'A. F. A. S. pour exprimer mes regrets de n'avoir pu assister au Congrès de Liége. Je l'ai déploré vivement, mais ce fut indépendant de ma volonté. M. Godefroy, puis M. Hulin devaient me remplacer; ils en furent empêchés par des raisons de santé. Nous nous sommes excusés très régulièrement; je tiens, quant à moi, *à le préciser* puisque mon absence a, en particulier, vivement contrarié deux de nos confrères, d'ailleurs de la plus grande autorité.

J'entamerai la discussion scientifique par quelques mots sur ce que l'on peut qualifier : les dogmes en art dentaire, où ils présentent les mêmes inconvénients qu'en médecine.

Je ne crois pas qu'il puisse exister une entrave plus sérieuse à l'évolution d'une science, entrave qui peut provoquer tant d'incompréhensions entre confrères, cependant frères de labeur théorique et pratique, donnant chaque jour, durant toute une vie, les mêmes efforts et creusant les mêmes idées, éprouvant la même peine.

Il faut qu'au sein de nos Sociétés, qui, ont au beau sens du mot, des lieux de réunion, nous venions les uns vers les autres en apportant notre infime parcelle de savoir, l'échangeant contre celle de notre prochain en sachant bien que tout est incertitude.

Parlant des savants, et nous ne sommes pas des savants, le physicien Magendie a dit :

« Le savant n'est qu'un chiffonnier qui se promène dans le domaine de la Science, une hotte au dos, un crochet à la main et qui ramasse ce qu'il trouve. »

Cette image est un peu rigoureuse, mais ne créons pas, dans nos discussions, l'esprit dogmatique qui divise et qui complique; nos connaissances sont fragiles, et c'est la grande séduction de la science d'être, comme toutes les séductions, diverse et changeante. Est-il allé bien loin dans la méditation celui qui, malgré l'épreuve du temps, ne change jamais d'idées ni de méthode?

Le dogme en médecine, c'est par exemple pour le néoplasme

exclusivement le traitement chirurgical, puis l'actinothérapie, à l'exclusion d'un traitement médical; puis un jour ou l'autre, les méthodes se remplacent et s'unissent, et les inconvénients ou les dangers d'une technique autrefois prônée apparaissent.

C'est la succession par élimination en thérapeutique de médications que par la suite on réunit. Parmi d'autres, on peut citer l'exemple du mercure, de l'arsenobenzol et du bismuth, que l'on cherche actuellement à appliquer dans le même traitement, aux différentes périodes et selon les modalités.

Or, pour ce qui nous concerne, dans la carie pénétrante au premier stade (pulpite aiguë ou subaiguë) que nous désignons improprement, mais commodément, faute d'une autre appellation, sous le terme de troisième degré, on tend actuellement à créer des divisions dans le traitement : les uns exigeront l'extirpation totale des filets, d'autres l'extirpation partielle de ce filet, d'autres encore le laisseront intact, c'est là le point qui soulève les débats les plus vifs et les plus controversés — et tous les praticiens s'hypnotisent sur cette question qui, à mon sens, n'est pas primordiale. Il n'en est pas moins vrai que la confusion s'établit, les dogmes se créent, voilà trois catégories solidement constituées, et demandant à chacun son avis, on va constituer une sorte de referendum peut-être intéressant, mais sans base réellement scientifique, car la véritable recherche ne se fait pas ainsi. Elle veut tout d'abord la solitude de la tour d'ivoire, puis la lente, très lente expérience du laboratoire, enfin la prudente, très prudente application pratique.

Dans l'étude de ces traitements, il faut d'abord la connaissance histologique, puis celle de l'anatomie pathologique et c'est ce que préconise actuellement très justement le Dr Julien Tellier dans son étude magistrale sur le périodonte. Davis et Grove ont fait des travaux intéressants avec des faits à l'appui; à nous de les vérifier, mais ne les infirmons pas les mains vides, sans présenter des coupes, sans faire lire des microphotographies; ne parlons pas de supériorité française ou américaine ou d'infériorité : la seule supériorité scientifique qui

compte est celle qui se rapproche de la vérité et celle-ci est au delà des divisions de notre terre.

Pour faire une digression à propos des Américains du Nord, on ne peut nier, et notre éminent Mendel Joseph l'a dit ici, la valeur de leurs travaux. Il faut les étudier dans le texte anglais pour en trouver de nombreux qui sont remarquables. On ne peut que leur reprocher une chose, c'est d'ignorer, tout au moins apparemment, les recherches faites au dehors des États-Unis.

L'anatomie pathologique s'attachera aux lésions infectieuses, par rapport aux différents tissus lésés, mais aussi aux lésions médicamenteuses ou traumatiques dans des conditions se rapprochant le plus possible de la normale, puis la bactériologie ou plus exactement la microscopie expérimentale et clinique vérifiera la valeur des produits utilisés et le résultat des méthodes; la radiographie et la clinique donneront toutes leurs indications et enfin l'épreuve du temps, la lente et impavide épreuve du temps, nous apportera son criterium, dont il faudra encore éliminer les causes d'erreur (infections secondaires, réactivation par voie hématogène, désagrégation des matières obturatrices, réinfiltrations, etc.).

Quel problème complexe à plusieurs inconnues, et quelle longue attente, mais alors ce sera la réponse plus ou moins complète de la science et non pas un referendum d'opinions!

Dans notre Rapport, déjà si long et si fastidieux, nous avons essayé de dégager quelques faits et tout d'abord cela seul nous a intéressé. Puis d'une idée à l'autre, Hulin et moi, nous avons élargi nos investigations. Au fond, j'aurais voulu ne pas donner de conclusions. Pour la carie pénétrante infectée, je n'ai d'ailleurs pas pu en trouver et c'est là pratiquement où nous avons le plus à faire.

Cependant, pour ce que nous continuerons jusqu'à nouvel ordre de dénommer le troisième degré, il nous a semblé qu'il se dégageait, de toutes nos expériences et aussi de nos observations cliniques pendant plusieurs années, un grand fait qui pouvait permettre d'élucider, tout au moins en partie, la question du traitement et pour nous, je le répète, ce n'est pas tellement la

question d'exérèse plus ou moins complète de la pulpe, question qui suscite actuellement tant de controverses, mais *celle primordiale de l'asepsie.* Or l'asepsie ce n'est pas un mot, c'est un fait, et un fait incompatible avec nos anciennes méthodes de traitement, et surtout avec notre organisation opératoire.

Il est évident que dans les articles parus, nous retrouvons le mot « asepsie ». C'est chez l'un :

Premier principe commun : Opérez aseptiquement.

Chez l'autre : Il est bien entendu que je prends toutes les précautions aseptiques.

Chez l'autre encore : Enfin, grâce à l'asepsie, nous devons établir des traitements scientifiques, etc.

Et *tutti quanti.*

Or, jusqu'à présent, avons-nous opéré aseptiquement? Non, ceux qui ont de la conscience opéraient proprement et recherchaient avant tout l'antisepsie. Il n'y a pas eu d'asepsie réelle; or, je maintiens que *dans le traitement des pulpites elle est indispensable* et elle n'est pas, contrairement à ce qu'une routine impardonnable tend à faire croire, *impossible à appliquer dans le milieu buccal* si l'on sait s'isoler, *et c'est facile,* dans ce milieu buccal. *Certaines de nos expériences l'ont prouvé indiscutablement.*

Cette asepsie est-elle possible si nous n'organisons pas différemment notre matériel opératoire et nos procédés? NON, elle n'est pas possible sans ces améliorations.

C'est pourquoi il faut considérer, comme je l'ai déjà écrit en 1921 à Rouen, le traitement du troisième degré comme une *opération chirurgicale de courte durée,* à pratiquer dans un *très petit nombre de séances* et dans une séance si possible quand on aborde le canal, car s'il est pratiquement admissible de ne pas infecter un canal en une séance, à la rigueur en deux séances, en plusieurs cela devient problématique étant donné les exigences professionnelles. Il n'y a d'autre part aucune raison valable pour attendre. La raison principale des complications est à imputer à des fautes concernant l'asepsie, et pour préciser

mon argumentation, je vais maintenant répondre à la discussion de M. Dubois.

Je remercie tout d'abord celui-ci d'avoir apprécié la forme que nous avons donnée à nos recherches.

Une chose me frappe et me plaît dans les travaux de notre confrère, c'est la mesure qui caractérise ses théories, et vraiment ses travaux ne conduisent pas au dogme dont je redoute les conséquences. Écoutons-le quand il dit :

« Je répondrai au Dr Roy que je considère la méthode de conservation des filets radiculaires comme un pis aller; je crois qu'il faut extraire la pulpe radiculaire chaque fois qu'il est possible de le faire sans risquer de la refouler au fond du canal, etc. »

J'apprécie la mesure de cette phrase, c'est une heureuse liaison théorique et pratique. On conçoit tout de suite que M. Dubois admet, en laissant un filet, des possibilités d'infections, qu'il ne veut pas nier *urbi et orbi*, mais d'autre part il fait sagement la part des impossibilités pratiques. Donc pas de système strict et étroit, mais une adaptation au cas. Nous retrouvons plusieurs fois ce sens de la mesure dans les écrits de notre confrère, et je l'en félicite encore vivement. Dans quelques instants, j'aurai à protester tout aussi vivement contre certaines imputations qu'il me prête bien à tort; je le ferai avec la même netteté.

Je tiens à faire ici une digression à propos d'une méthode ardemment défendue, depuis de longues années, par le Dr Roy — tout le monde sait que je parle de l'amputation pulpaire. — Je précise tout d'abord qu'en principe je ne suis pas partisan de cette technique que je n'emploie qu'en certains cas, parfois pour les traitements de 3e molaire ou en cas d'anomalies constatées. Je présenterai d'ailleurs quelques objections à son sujet, mais je tiens, puisque l'on m'a prêté beaucoup de propos ou d'écrits auxquels je suis étranger, à dire *ici* qu'au point de vue strictement scientifique (j'entends par là expériences bactériologiques, contrôles histologiques, cliniques, radiographiques même) rien ne me permet à l'heure actuelle d'attaquer cette méthode, et je ne crois pas l'avoir fait dans mon

rapport. Certes, celle que je préconise et que j'ai vérifiée est différente; mais n'ayant pas encore étudié expérimentalement la méthode du Dr Roy, je n'ai actuellement qu'un droit très réduit : celui de soulever quelques objections dans le domaine des hypothèses.

Pour revenir à M. Dubois, je demanderai à celui-ci une observation plus détaillée sur les dents traitées depuis un laps de temps variant de trois ans à quatorze ans et ne présentant pas d'aréole. Voilà des cas où il est intéressant de donner des renseignements nets, seuls valables, en présentant observation et radio. Si la séance de projections qu'il prépare est accompagnée d'observations précises, elle peut être du plus grand intérêt, et c'est par des faits que l'on pourra défendre ou non un médicament attaqué comme As^2O^3.

Et à ce propos, je m'élève contre l'imputation de notre confrère qui se fait mon accusateur public, dans un réquisitoire d'une forme d'ailleurs modérée. Mais je tiens cependant à protester nettement; je suis victime d'une erreur judiciaire : je n'ai jamais voulu supprimer As^2O^3.

Ayant relu sept fois mon rapport pour les épreuves de correction, j'ai tout de même eu encore assez de courage pour le relire ces jours-ci une huitième fois et je me demande où M. Dubois a pu constater que je demandais la suppression de l'acide arsénieux.

Dans la dépulpation de dent saine que je choisis comme dent type, j'indique un mode d'anesthésie mixte par réfrigération et compression cocaïnique. Par contre, à la suite, j'indique d'autres modes d'anesthésie et plus loin, dans les modalités pathologiques, je signale la possibilité d'emploi d'As^2O^3 (p. 51-52). De nombreuses expériences, avec traitement aseptique, indiquent l'emploi d'As^2O^3 (p. 27-28). Alors je demande ma réhabilitation, d'autant plus que dans certains autres écrits on ne manquerait pas de suivre l'exemple de M. Dubois, ce qui serait regrettable.

Je tiens à dire que je n'ai pas fait de vérifications anatomo-pathologiques sur l'action de l'acide arsénieux. Je ne peux donc rien dire de son action sur la membrane péridentaire et

les expériences de Grove à ce sujet n'indiquent pas comment il fut employé ainsi que M. Dubois le fait remarquer.

Un fait signalé par plusieurs confrères me frappe, moi aussi; après l'emploi judicieux de l'arsénieux, on retrouve très fréquemment, *mais ce n'est pas constant et ceci est à retenir*, un filet radiculaire partiellement vivant, l'action est donc très limitée si le médicament est bien utilisé aussi bien comme dose que comme mode d'emploi et profondeur d'application, car il me semble qu'il peut y avoir danger s'il est mis en place à l'entrée du canal comme on le voit faire parfois, *à tort, à mon point de vue.*

Quant aux phénomènes de pulpite dont parle M. Dubois, s'ils existent parfois avec l'anesthésie locale, on les rencontre aussi avec l'acide arsénieux et parfois à longue échéance dans les cas d'amputation, ce qui est à mon point de vue une objection sérieuse.

Y a-t-il plus d'arthrites, de granulômes, kystes, comme le dit notre confrère après l'extraction du filet radiculaire vivant? Y en a-t-il moins après l'extraction du filet radiculaire mort ou à circulation ralentie? Est-ce dans le premier cas un phénomène infectieux, par compression pulpaire? Est-ce un phénomène irritatif?

M. Dubois élimine le défaut d'asepsie. Eh bien, à mon point de vue, c'est là la principale raison; je ne crois pas à l'infection profonde par compression pulpaire, la pulpe faisant obstruction dans sa masse et ne propageant pas l'infection par son système circulatoire si elle est immédiatement extirpée; le phénomène traumatique irritatif existe aussi quand le filet radiculaire est encore vivant après As^2O^3 et est extirpé. Mais il est évident que le manque d'asepsie est plus grave si la pénétration microbienne est conduite sur une plaie saignante et vive après l'extirpation, au moment de l'hémostase ou de l'obturation, par des instruments non stériles.

Quand on opère aseptiquement et rapidement, on n'observe pas ces complications, ou alors il y a eu faute opératoire, ce qui est encore fréquent avec notre organisation actuelle.

Nous en arrivons à la rupture du filet radiculaire et à l'obturation du canal.

Eh bien, là encore, comme me le fait dire à tort M. Dubois, je n'ai pas préconisé la rupture du filet au niveau du tiers radiculaire, sens apex. Je demande après bien d'autres l'usage prudent du tire-nerf ou autre instrument (le tire-nerf ayant de nombreux inconvénients bien mis en lumière par notre confrère). Engager l'instrument modérément, pas au delà des deux tiers du canal, quant à la rupture, elle se produira vraisemblablement, si le filet est bien accroché, au point faible, le plus aminci, c'est-à-dire à la partie rétrécie du canal, avant le foramen, là ou Grove fait pénétrer la membrane péridentaire; c'est-à-dire que pratiquement elle sera là où nous avons l'habitude de l'obtenir quand nous réussissons cette manœuvre.

Est-ce à dire que nous obtiendrons toujours l'extirpation totale du filet? Évidemment non; il faut compter avec les canaux filiformes, avec les canaux très sinueux, avec les canaux aberrants, etc. (p. 4 et suiv. du rapport). Mais à moins *de difficulté apparente très nette*, nous devons tenter cette extirpation et je n'érigerai pas en système la conservation des filets vestibulaires de molaires supérieures, des filets mésiaux de molaires inférieures. *C'est une question d'espèce.*

Quant aux partisans de l'amputation pulpaire par principe, j'ai remarqué qu'ils insistent sur l'application de leur procédé aux multiradiculées. Je leur demande ce qu'ils font quand ils sont en présence d'une canine ou d'une incisive, où il faut placer un pivot radiculaire pour une Richmond ou un pilier de bridge. Il faut alors pénétrer dans le canal et c'est précisément un cas semblable (dent saine pour pilier de bridge) que j'ai choisi pour la démonstration de notre méthode. Les partisans de l'amputation pulpaire veulent-ils préciser leur technique dans ce cas (extirpation du filet et obturation du canal)?

J'en arrive en ce qui me concerne et pour répondre à M. Dubois, une dernière fois, à l'obturation du canal. Encore une fois, je n'ai pas préconisé, pas plus dans le texte que dans les dessins, l'obturation vraiment totale du canal. Le texte

indique page 37 : que le canal ne doit être obturé que dans les deux tiers de sa longueur, la partie apicale, par conséquent le tiers radiculo-apical, étant respectée. Le dessin page 42, les radios pages 40 et 41 en donnent confirmation. Comme je supposais que la rupture du filet devait vraisemblablement se produire avant le foramen, au point le plus rétréci, si l'on obture aux deux tiers, il est évident qu'il y aura une chambre plus ou moins haute entre la matière obturatrice et le point de rupture du filet (le dessin p. 42 l'indique nettement). Alors je me demande comment notre confrère a pu lire dans mon texte qu'il devait y avoir contact entre le filet et la pâte. A mon idée les phénomènes de compression seraient plus constants sur des filets entiers quand l'obturation est faite dans la chambre pulpaire à l'entrée des canaux.

Quant à l'obturation complète en volume, j'en signale page 38 la difficulté; c'est pourquoi j'emploie une tige comme tuteur de la pâte; et non seulement il est difficile de conduire cette pâte même dans un canal lubrifié, mais il faut encore tenir compte de la rétraction et même de la résorption de certaines pâtes :

Pour résumer :

1° Ce sont les *conditions aseptiques* dans lesquelles il est exécuté qui *dominent la réussite* du traitement;

2° Cette asepsie n'est possible que si elle est basée sur la *réorganisation pratique de notre intervention* (*instrumentation et mode opératoire*); (j'insiste sur ce point);

3° L'intervention étant d'*ordre chirurgical doit être rapide*. Les pansements à demeure dans le canal sont le plus souvent inutiles ou même nuisibles. Les antiseptiques irritants y sont dangereux;

4° Le genre d'*anesthésie est à déterminer selon les cas*. Nous donnons la préférence à la réfrigération et à la compression cocaïnique pour les dents saines.

L'acide arsénieux peut parfaitement être utilisé dans de nombreux cas de pulpite, là où l'infiltration microbienne est déjà avérée;

5° Il est rationnel de rechercher, *si possible*, l'extirpation

complète du filet radiculaire, mais *en évitant toute lésion mécanique au niveau de l'apex.*

Le filet radiculaire peut être envahi par les micro-organismes (Mendel Joseph, Hartzell, Henrici, etc.); il peut être la cause de complications infectieuses ou tout au moins de phénomènes de névrite;

6° L'obturation par une pâte aseptique non irritante doit être faite *au maximum dans les deux tiers du canal.*

Toute compression est à éviter.

7° L'amputation pulpaire est à réserver pour certains cas exceptionnels.

Nous précisons ces points, maintenant par ailleurs ce que nous avons précédemment écrit; ce qui ne signifie nullement que dans notre esprit nous ne chercherons pas un concept évoluant avec l'observation des faits.

De différents côtés on a reproché aux méthodes que nous préconisons d'être récentes et de ne pas être étayées sur des observations cliniques. Pratiquement, nous les employons depuis deux et trois ans et nous pourrons dans quelque temps présenter des faits cliniques. Nous avons déjà présenté des radiographies, des vérifications bactériologiques, et en ce qui concerne les aréoles infectieuses des résultats indiscutables. Mais la dépulpation des dents saines nous préoccupe davantage et nous donnerons à notre théorie un appui clinique dès que l'épreuve du temps le permettra.

Évidemment notre méthode est jeune, mais selon une réponse connue à ce sujet, c'est un défaut dont elle se guérira chaque jour davantage.

LES ÉLÉMENTS ÉCONOMIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS LA THÉRAPEUTIQUE RADICULAIRE

Par le Dr WATRY (Anvers).

(Communication au Congrès de Liége, 1924.)

J'ai songé à vous présenter quelques réflexions que m'a suggérées la lecture du rapport déposé au Congrès de Bordeaux par MM. Cavalié, Dubois, Housset et ses collaborateurs, moins au point de vue scientifique, qu'au point de vue économique et social.

Scientifiquement le travail de nos confrères est plus qu'un rapport; il mérite mieux que le sort généralement fait à ce qu'on entend par ce terme : c'est une *œuvre*, un tout complet, la marque d'une étape essentielle du développement de notre spécialité.

Sa conclusion pourrait en effet se concréter en ces termes : la thérapeutique radiculaire n'est plus ce problème parfois angoissant, décevant, parce qu'il est alourdi par les brumes de l'empirisme et de la routine. Ayant pris solidement base, non sur une théorie toujours incertaine, mais sur des faits précis, elle emprunte ses méthodes aux plus récentes acquisitions dans le domaine des sciences médico-chirurgicales, elle s'élève, grâce à une technique de plus en plus perfectionnée, au niveau des sciences et justifie pleinement la place que nous y revendiquons pour notre spécialité.

Naguère en quoi consistait le traitement de la carie pénétrante?

Après avoir éventuellement dévitalisé, puis, par résorption et fraisage, établi les meilleures voies d'accès aux canaux, on cherchait à débarrasser tant bien que mal ceux-ci de leur contenu; on avait ensuite le choix entre une infime variété de méthodes, qui est, nous sommes aujourd'hui unanimes à ce sujet, la meilleure preuve de l'insuffisance de garanties d'efficacité de chacune d'elles.

Il n'est pas un seul de ces temps opératoires qui n'ait servi

de sujet aux discussions, voire aux polémiques les plus passionnées. La dévitalisation fut longtemps un élément essentiellement empirique et la question de manœuvre opératoire à exécuter dans un canal radiculaire donna prétexte aux plus âpres controverses doctrinales, les uns voulant y faire prédominer l'habileté technique, les autres en contestant la valeur.

Maintenant que la science éclaire si nettement ce qui servit de champ de bataille à nos aînés, nous comprenons que chacun ait cru de bonne foi, en cherchant dans l'ombre, à tâtons, trouver la vérité à la seule lumière de ces conceptions.

Ceux qui ont collaboré à cette manœuvre de perfectionnement ont non seulement rendu service à la science pure, mais ont aussi contribué à faciliter l'unification de nos doctrines professionnelles, parfois si violemment opposées; aussi nous plaçant à ce point de vue psychologique, nous croyons ne pas exagérer en disant que ce n'est pas là le moindre de leur mérite. La dent malade n'est plus cet élément d'importance secondaire qu'il s'agit de reconstituer ou de remplacer dans un but essentiellement esthétique; c'est un organe jouant un rôle important dans notre vie végétative, participant de façon active, essentielle à plusieurs des fonctions vitales les plus importantes; un organe dont la pathologie participe aux phénomènes pathologiques généraux d'une façon qui s'avère de plus en plus étroite. Il en découle logiquement que la thérapeutique des lésions dentaires doit tout aussi étroitement s'apparenter aux autres domaines de la thérapeutique médico-chirurgicale et ainsi on arrive aisément à considérer comme logique et naturelle cette conclusion des travaux de nos confrères : le traitement des canaux doit être envisagé comme une opération chirurgicale.

Après avoir aussi rendu notre très modeste hommage à la valeur indiscutable des travaux de MM. Cavalié, Dubois, Housset et de leurs collaborateurs, nous nous trouvons beaucoup plus à l'aise pour examiner la question de la thérapeutique radiculaire sous un aspect que l'enthousiasme pour nos principes scientifiques ne doit pas nous faire perdre de vue.

Le traitement conservateur des dents atteintes de carie pénétrante devient donc une opération chirurgicale et peut être classée parmi les interventions ressortissant à la petite et à la grande chirurgie. Nous y retrouvons, en effet, les différents temps caractéristiques de l'intervention en chirurgie générale : les préparatifs, l'asepsie, le matériel instrumental, puis l'intervention elle-même se faisant de façon absolument comparable à toute autre intervention aseptique et s'accompagnant des observations de contrôle biologique, radiographique, bactériologique.

Si, au point de vue scientifique, cette conception est irréprochable, ne pensez-vous pas que son aspect et ses conséquences économiques doivent un peu retenir notre attention. Le péril dentaire tient son exceptionnelle gravité de deux facteurs d'ailleurs eux-mêmes étroitement interdépendants : la fréquence des affections dentaires et l'ignorance, l'insouciance qui caractérisent la mentalité du public à l'égard de ce danger.

Vous connaissez comme moi la lamentable situation qui résulte d'un ensemble d'éléments contribuant à former un cercle vicieux que toute la force des initiatives, tant collectives que privées, n'est pas encore parvenue à briser.

La population scolaire est de plus en plus atteinte, malgré une campagne d'hygiène, nos inspections, notre propagande.

En ce qui concerne la grande masse, il suffit de participer activement au fonctionnement des cliniques et dispensaires populaires pour se rendre compte de ce que signifie pour elle la question dentaire, tant au point de vue hygiène et prophylaxie que nécessité thérapeutique.

C'est très lentement que se fait son éducation; on peut même dire que actuellement une notable partie de la population échappe à sa bienfaisante influence et nous sommes persuadé que la raison de semblable état de choses se trouve dans des considérations d'ordre économique. S'il y a là un obstacle sérieux, c'est, je pense, parce que, contrairement à ce qui se passe en Amérique, nous ne lui avons pas toujours donné l'importance qu'il a en réalité.

Je tiens à bien préciser que je me place au point de vue purement collectif et social. Il est certain que le véritable aspect du problème nous échapperait si nous nous limitions à l'expérience de nos clientèles privées.

Mais il ne faut pas se dissimuler que le patient, pris en général, ne se rend pas compte de la valeur réelle des soins que nous lui donnons et que le taux de nos honoraires lui paraît trop élevé. Il serait certes intéressant de discuter même un peu longuement cet élément purement matériel de la question; mais, sans en mésestimer la valeur, je ne crois pas devoir m'y attarder, le cadre scientifique de nos travaux ne nous le permettant pas; je me borne donc à l'appréciation économique du service rendu.

Si la thérapeutique conservatrice des dents se hausse du niveau d'une intervention de dentisterie courante à celui d'une intervention chirurgicale, il faut être certain que l'appréciation du service rendu au point de vue scientifique se développera parallèlement, sinon nous nous exposerons à ne pas faire œuvre complète. Une élite seule bénéficiera de ce progrès dont les conséquences risquent d'être compromises au point de vue social. Cette élite serait en effet limitée d'abord par le nombre des patients qu'il serait possible de faire bénéficier de cette technique perfectionnée et plus encore par le nombre de ceux que leur situation sociale mettrait intellectuellement et matériellement à même de se prêter utilement à ses applications. Je considère bien entendu tous les praticiens en contact avec la clientèle comme aptes à l'appliquer et, sans devoir être accusé de manquer d'égards envers notre professeur, je ne crois pas me tromper en disant qu'ici déjà je suis en plein dans le domaine de l'hypothèse, voire de l'utopie.

Autant il est exact de considérer la technique qui nous est présentée comme posant un merveilleux jalon sur la route du perfectionnement et de l'évolution de notre art, autant il est juste de dire qu'elle contribuera largement à faciliter l'éducation non seulement du public, mais aussi des médecins non spécialisés, encore trop enclins à sous-estimer notre rôle, autant il serait utopique et par conséquent dangereux de se

laisser entraîner par l'enthousiasme, jusqu'à dire que cette conception thérapeutique est dorénavant la *seule* qui doit être admise.

Ce serait une *révolution*, mot qui m'effraie et je serais plus rassuré si vous vouliez bien ne parler que d'*évolution*. Dans cette évolution qui doit être prudente, ayons soin de donner à chaque élément son importance proportionnelle, ayons soin que ces éléments se développent synchroniquement, harmonieusement.

Or, dans le problème qui nous occupe serait-il possible d'adapter, non pas instantanément, mais rapidement, la technique chirurgicale idéale aux nécessités économiques et sociales de nos cabinets, de nos cliniques? Vous êtes certainement d'accord avec moi pour répondre que non.

Il serait possible d'étayer cette affirmation d'une longue argumentation, que vous pourriez d'ailleurs tous confirmer, mais je me bornerai à évoquer devant vous le problème de la carie de la dent de six ans dans la population scolaire.

Dans 3 écoles prises au hasard dans mon ressort d'inspection à Anvers j'avais, il y a près de trois ans, trouvé sur un nombre total de 434 enfants de huit à dix ans :

32	cas de carie pénétrante	de	4	dents de six ans,	soit	128
37	—	—	3	dents —	—	111
71	—	—	2	— —	—	142
64	—	—	1	— —	—	64
				Total		445

Ce qui résulte d'observation des enfants d'âge scolaire se confirme plus gravement encore dans les collectivités auxquelles s'appliquent des règles d'hygiène et de médecine si précises qu'on les a groupées sous l'étiquette d'*hygiène et médecine scolaires*.

La tâche, envisagée sous cet aspect, est double pour nous comme pour les médecins : préventive et curative.

La prévention en médecine sociale est un champ d'action largement ouvert, tout spécialement en médecine scolaire qui

a pour but non pas tant de soigner l'enfant malade que d'empêcher l'enfant sain de devenir malade.

La partie curative de la médecine sociale est lourde, écrasante et, pour atteindre un résultat, elle doit avoir recours à des méthodes de traitement collectif, en quelque sorte standardisées, car en appliquant des thérapeutiques purement individuelles, on serait indiscutablement débordé par le nombre.

On peut même dire que les difficultés qui se présentent à cet égard en médecine sociale seraient insurmontables si l'on n'avait l'espoir de voir la tâche curative proprement dite allégée par les résultats de la lutte prophylactique et par l'éducation.

Ce qui est vrai en médecine générale l'est plus encore en médecine et chirurgie dentaires, où la tâche curative est, même dans les circonstances actuelles, littéralement irréalisable et contraint le praticien à des thérapeutiques sommaires ou trop radicales, parce que presque deux tiers de nos semblables sont atteints de carie et justiciables de nos soins.

La carie dentaire est, en effet, une maladie sociale qui se place bien haut en tête dans le tableau de fréquence de ces maladies.

Or, chose paradoxale, l'art dentaire a, dans ce domaine une place notoirement insuffisante et surtout mésestimée.

Ce n'est pas seulement le patient qui ignore son mal, les dangers auxquels il l'expose et les ressources salvatrices que lui offre notre technique de jour en jour perfectionnée; mais il y a aussi le médecin conseiller sanitaire qui n'accorde pas toujours à ce très grave problème de la prophylaxie et de la thérapeutique dentaires toute l'importance qu'il mérite; il y a même le dentiste qui, de façon générale ne sait pas suffisamment s'adapter à la conception moderne de sa tâche.

Ne voyons-nous pas de nombreux confrères se désintéresser de la thérapeutique dentaire infantile, parce qu'elle est trop ingrate et que les enfants sont des patients indociles!

Et cependant quels miraculeux résultats ne peut-on pas obtenir dans cette partie de notre spécialité si l'on veut bien faire preuve d'un peu de psychologie et de patience!

J'irai même plus loin en affirmant que négliger la thérapeutique infantile constitue une faute professionnelle, puisque c'est rester inactif vis-à-vis de patients chez lesquels notre intervention peut être la plus efficace, puisqu'elle lutte contre le mal à son début, voire avant son éclosion et permet de rétablir le fonctionnement normal de l'appareil dentaire à un âge où ces lésions n'auraient pas encore entraîné de désordres définitifs dans l'état général.

Une technique chirurgicale perfectionnée, telle que l'établissent les admirables travaux récents auxquels nous ne saurions trop rendre hommage s'impose certes quand on s'en tient au seul point de vue du perfectionnement scientifique. Mais pour qu'elle puisse s'imposer en fait dans la pratique journalière et s'y développer, il lui faudrait un terrain préparé, fécondé par une éducation rationnelle.

En sommes-nous là? Ayons le courage de dire que non. Dans un de ses récents travaux sur la prothèse dentaire complète, notre confrère suisse Ackerman émettait une opinion très juste. Il disait que si l'on se heurte à de grosses difficultés dans la réalisation pratique de méthodes, théoriquement irréprochables, c'est qu'on oublie que, à côté de la vérité scientifique, universitaire, il y a la vérité pratique, celle de tous les jours.

Cette remarque peut, pensons-nous, s'appliquer au problème de la thérapeutique dentaire. Les méthodes perfectionnées qui nous sont proposées sont indiscutablement des méthodes de choix; mais ce sont aussi des méthodes d'exception dans notre lutte contre le fléau dentaire, considéré au point de vue social.

Appliquons-la partout où nous le pouvons, de plus en plus souvent; mais que tout l'intérêt que nous y trouvons ne nous fasse pas négliger l'étude et le perfectionnement des moyens de prévenir et d'amoindrir les conséquences du fléau dentaire par toutes techniques s'adaptant plus immédiatement aux conditions sociales et économiques des différents milieux dans lesquels nous pouvons être appelés à lutter contre lui.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 3 février 1925.

PRÉSIDENCE DE M. Henri VILLAIN.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — CORRESPONDANCE.

Le Secrétaire général fait part des excuses du Dr Roy et de M. L. Viau, qui, obligé de quitter Paris, ne peut faire sa communication.

II. — LES RAPPORTS DE LA DERMATOLOGIE ET DE LA SYPHILIGRAPHIE AVEC L'ART DENTAIRE, PAR LE Dr Clément SIMON.

M. le Dr C. Simon donne lecture de cette communication. (v. p. 159).

DISCUSSION.

M. Hulin. — Je désirerais simplement demander à M. Simon ce qu'il préconise pour le traitement de l'aphte.

M. Bonnet-Roy. — Je suis très heureux que mon ami Clément Simon ait bien voulu nous réserver ce soir cette communication sur la dermatologie et la syphiligraphie dans ses rapports avec l'art dentaire; je le remercie comme ami et comme membre de la Société d'Odontologie. — Je voudrais lui demander ce qu'il pense de l'action du traitement sur les formes de sclérose tardive de la langue, au sujet desquelles le diagnostic de cancer ou l'éventualité d'un cancer imminent est envisagée. On a quelquefois à prendre des décisions chirurgicales qui peuvent entrer en conflit avec les désirs du malade d'une part et le traitement préconisé par le médecin d'autre part. Je voudrais avoir l'avis de M. Simon à ce sujet.

M. le Dr C. Simon. — Je répondrai d'abord à H. Hulin. Pour le traitement des aphtes, je ne suis pas embarrassé pour répondre : il n'y en a pas d'autres que le lavage de bouche à l'eau de Vichy ou de guimauve. Il faut se garder par-dessus tout de traitements actifs sur l'aphte : pas de nitrate d'argent, pas de teinture d'iode, etc.

Je vais faire un peu de réclame pour un produit qui s'appelle le Borostyrol; c'est une suspension balsamique colloïdale qui se dépose en forme d'enduit sur les muqueuses. Quand vous voyez l'aphte à la période vésiculeuse, il arrive souvent qu'en perçant avec une aiguille flambée, on évite l'érosion.

Pour Bonnet-Roy. La sclérose linguale, celle qui ficelle, la langue parquetée dont je vous parlais tout à l'heure, le traitement n'a pas d'action sur elle; on a affaire à une cicatrice qu'on modifie bien peu par les traitements antisyphilitiques les plus actifs. Mais quelquefois la sclérose est compliquée de petites gommes ou de tumeurs un peu plus grosses qu'un pois sur lesquelles le traitement agit. Quand on a affaire à cette carapace leucoplasique qui entoure les langues, on peut décortiquer cette langue, enlever l'enduit scléreux qui se forme à la surface, mais c'est au prix de suites opératoires pénibles.

M. Bonnet-Roy. — Je crois qu'il y a une chose qu'il ne faut pas faire, c'est le traitement par les agents physiques, en tout cas par le radium. J'ai vu des plaques de leucoplasie traitées par le radium terriblement aggravées et qui, alors qu'elles étaient auparavant très bien supportées par les malades, étaient devenues de véritables infirmités après qu'on les avait traitées par le radium.

Je reste très réservé sur ce que peut faire le radium sur un cancer de la langue; mais sur une plaque de leucoplasie, je crois qu'il est à repousser.

M. le Dr Simon. — Je suis tout à fait de l'avis du Dr Bonnet-Roy. En somme, le traitement de la leucoplasie, c'est d'éviter sa transformation en cancer; il faut se borner à donner aux malades des conseils d'hygiène, leur faire arranger les dents, leur dire de ne pas fumer et de suivre une certaine hygiène alimentaire. Mais de traitement actif, il n'y en a pour ainsi dire pas. C'est comme si l'on voulait faire disparaître une cicatrice; ce sont des choses organisées, il n'y a plus rien à faire et le seul service qu'on peut rendre, c'est d'empêcher la leucoplasie de se transformer en cancer.

M. le Président. — Il me reste une mission très agréable à remplir, celle de remercier très chaleureusement M. le Dr Clément Simon pour sa très intéressante et très scientifique communication.

Les applaudissements répétés sur tous les bancs prouvent combien vous avez su intéresser votre auditoire, et facilitent ma tâche de Président qui, au nom de toute la Société, vous est très reconnaissant d'être parmi nous ce soir.

III. — Les controverses suscitées par les rapports sur le traitement des canaux. — Réponse, par M. P. Housset.

M. P. Housset donne lecture de sa communication. (v. p. 181).

Discussion.

M. Dubois. — Je m'excuse d'avoir commis des erreurs d'interprétation au sujet de la communication de M. Housset à Bordeaux. En répondant à sa communication, j'avais présent à l'esprit l'ensemble des travaux publiés sur cette question, par lui-même, par Clyde Davis, par Grove, par Friteau et Martinier.

Je suis de l'avis de M. Housset : nous n'avons pas encore de méthode scientifique de traitement des caries du troisième degré. Avant d'établir une méthode rationnelle nous aurons besoin d'être fixés sur quelques points essentiels que la clinique, aidée de la bactériologie, de la radiologie, de la chimie et de l'histologie, nous révélera. C'est de la collaboration attentive de la clinique et du laboratoire que sortira la méthode nouvelle qui nous permettra d'obtenir le maximum de succès dans nos interventions.

La section de dentisterie opératoire de la Société Odontologique de France a entrepris cette étude. Elle a dû s'entourer des compétences spéciales qui lui ont semblé indispensables.

Nous ne serons pourtant pas des novateurs. Des travaux déjà nombreux ont paru, non seulement en Amérique, mais surtout dans les pays de langue allemande.

Le Dr Reibel, agrégé de la Faculté de Gœttingen, et son assistant Franz Heinze, ont publié dernièrement une étude sur l'acide arsénieux, traduite en français par le Dr Kieffer, de Strasbourg, et publiée dans les numéros de novembre et décembre de *Science et art dentaire*. D'une analyse générale des travaux parus jusqu'à ce jour, les auteurs concluent que, devant la divergence des idées, il ne convient pas d'abandonner un procédé qui a donné des résultats, pour le remplacer par un autre sur lequel nous ne sommes pas documentés.

De divers côtés des essais sont entrepris sur des chiens et sur des singes, et je pense que nous aurons une documentation plus complète dans quelque temps.

Je signale également à M. Housset un travail du Dr Karl Lutz, de Rheineck. Ce travail a été condensé et traduit en anglais par le Dr Wayne, de Philadelphie, qui a publié sa traduction dans le *Dental Cosmos* de décembre 1924.

Lutz a porté des investigations sur 62 cas traités à la clinique dentaire de l'École publique de Zurich. Les dents examinées par

lui avaient été traitées au minimum six mois et au maximum six ans auparavant. Toutes avaient été dévitalisées par le cobalt, la pulpe avait été amputée et les filets radiculaires conservés avaient été coiffés à l'aide de la pâte Trio de Gysi, qui est à base de trioximéthylène.

Les filets radiculaires étaient restés sains, d'apparence caoutchoutée. La pâte avait conservé son action chimique. Au point de vue bactériologique, sur les 62 cas examinés, Lutz déclare n'avoir pas trouvé de bactérie. Il recommande l'emploi du coiffage et de la pâte Trio si l'on veut garantir la stérilité absolue des filets radiculaires. Au point de vue histologique ses investigations ont porté sur 13 cas. Il affirme que la conclusion de Grove, lorsqu'il indique que le cément secondaire ne peut être formé après l'emploi des médicaments dévitalisants, est indubitablement fausse. Les examens histologiques entrepris par lui sur des dents ayant une histoire de six mois a cinq ans l'ont amené à conclure que le cément secondaire se forme parfaitement après l'emploi des dévitalisants. Non seulement il a constaté des aréoles de cément de nouvelle formation, mais encore, dans 2 cas sur 13 (4 et 5 ans), il a observé une oblitération complète du canal. Les travaux de Grove et de Clyde Davis sont donc contre-balancés par une expérimentation clinique et scientifique qui a donné des résultats différents.

M. Housset préconise l'asepsie. Je l'admets absolument, mais il ne faut pas oublier que nous allons vers la simplification des méthodes. Je crois que l'antisepsie doit conserver sa valeur et qu'elle doit se joindre et peut-être suppléer, jusqu'à un certain point, à l'asepsie rigoureuse que M. Housset indique.

Je pense que les méthodes devront être orientées dans l'avenir, vers des traitements rapides, à la portée de toutes les bourses.

M. Paul Housset. — Je prends acte des rectifications de mon confrère Dubois, tout en estimant les travaux de Davis, de Grove, etc., je tiens à ne prendre la responsabilité que de mes propres écrits. Je connais plus complètement les travaux américains que les travaux de langue allemande. J'ai étudié les travaux de Bœnnecken et ceux de Kieffer. Quand ils concluent à l'action non irritante du formol ou des pâtes au trioxyméthylène, ils considèrent des cas d'amputations pulpaires. Par conséquent il est possible qu'il n'y ait pas d'action irritante sur le péri-apex puisque les pansements de formol son placés à distance du foramen ; la diffusibilité du formol est discutable, M. Hulin pourrait nous donner à ce sujet des précisions et ceci n'infirme pas les constatations de Grove.

A propos des recherches des auteurs allemands sur la membrane péri-dentaire et son invagination dans le foramen, il semblerait que ces auteurs admettent cette obturation presque idéale de

l'apex. Ce qui confirmerait les travaux de Davis et de Grove.

Grove fait remarquer que la destruction de la membrane existe lorsqu'on a employé *après l'extirpation des filets* des traitements caustiques comme l'acide sulfurique. Je crois que l'acide arsénieux, utilisé d'une façon judicieuse, ne doit pas provoquer de lésion sur la membrane péridentaire.

Il semble résulter de tout ceci que nous n'avons pas à créer plusieurs écoles, mais que nous devons faire des recherches par nous-mêmes. Nous avons la possibilité de faire des vérifications dans nos laboratoires.

Je ne suis pas un partisan par principe des idées de Grove ; je pense qu'il y a du vrai lorsqu'il dit qu'on doit respecter la membrane péridentaire. De là à incriminer l'acide arsénieux, je ne le ferai pas. Créons avant tout l'école de l'asepsie. Ce n'est pas une chose impossible en bouche ; je dirai même que *c'est une simplification*. En quoi réside-t-elle? avoir des *instruments stériles*. Les préparer à l'avance : c'est extrêmement facile en les gardant dans des tubes de verre, de nombre et de calibre approprié. Ces tubes se portent facilement au stérilisateur électrique ; les instruments ne sont pas humidifiés et ne sont pas altérés.

Le champ opératoire? Il est évident que plus souvent on met la digue, plus facilement on la place ; il n'y a vraiment pas de difficulté réelle lorsqu'on traite un troisième degré à placer la digue ; nous mettrons deux à trois minutes par exemple, que nous rattraperons largement en travaillant dans des conditions de quiétude et de netteté. On ne perd pas de temps, on en gagne.

Je crois donc que réellement nous pouvons créer une école d'asepsie, que ce n'est pas une complication au point de vue travail et au point de vue durée, mais une simplification : un facteur d'ordre et de célérité.

M. Pierre Rolland. — Je ne viendrai pas combattre l'asepsie ici, je crois au contraire qu'il faut encourager cette méthode et essayer de la mettre à la portée de tout le monde dans la mesure du possible.

Il y a quelques instants M. Housset a dit qu'il fallait éviter l'emploi d'antiseptiques irritants qui étaient susceptibles d'altérer profondément la vitalité des tissus et de diminuer leurs moyens propres de défense. A mon avis il faudrait classer les antiseptiques d'après leur mode d'action et ne pas les condamner en bloc, ils ont rendu de grands services, en rendront encore et l'organisme s'accommode fort bien de certains d'entre eux classés comme très irritants.

Certains antiseptiques (acide arsénieux, alcalis caustiques, acide sulfurique) agissent d'une façon tout à fait particulière sur les tissus vivants, ils déterminent une véritable nécrose et détruisent

les cellules; les tissus nécrosés doivent être éliminés. Ces produits forment une classe à part. D'autres antiseptiques (alcool fort, formol, iode, etc.), qui sont également irritants, mais à divers degrés, agissent sur les tissus d'une façon toute différente et sont moins nocifs. Bien qu'ils coagulent énergiquement les albuminoïdes de l'organisme ils ne provoquent pas de dégâts irréparables. Enfin, certains corps possèdent même un véritable pouvoir chimiotactique positif et favorisent la régénération des tissus (colloïdes minéraux).

Nous citerons à l'appui de cette thèse les travaux faits pendant la guerre sur les greffes nerveuses, osseuses, cartilagineuses à titre expérimental sur les animaux et les résultats obtenus sur l'homme en chirurgie restauratrice. Ces travaux ont montré que des fragments de nerfs, de cartilage ou d'os fixés plusieurs jours, parfois plusieurs semaines, dans de l'alcool fort ou du formol à 20 p. 100 pouvaient être greffés, après un lavage de quelques minutes dans du sérum, lavage qui ne pouvait pas les débarrasser du formol dont ils étaient imprégnés. Ces greffes antiseptiques, pourrait-on dire, étaient réhabitées après un temps plus ou moins long par des cellules jaunes et reprenaient leur vitalité. (Expériences de Nageotte sur les greffes nerveuses, greffes cartilagineuses de Magitot pour prothèse oculaire dont j'ai vu chez l'homme des résultats remarquables, expériences et résultats cliniques de B. Cunéo et nous-même sur la réhabitation des catguts, des greffes nerveuses et osseuses.)

Des examens histologiques pratiqués après biopsie, et la reprise des fonctions vitales du greffon indiquaient d'une façon non douteuse que le formol antiseptique irritant n'avait pas été trop mal supporté par les tissus, même aussi délicats que des cellules nerveuses et dans le voisinage du cerveau (prothèse oculaire de Magitot).

D'autres antiseptiques ne sont pas irritants et possèdent un pouvoir spécial vis-à-vis des tissus vivants des cellules jeunes en particulier. Nous voulons parler des colloïdes. Ils ne peuvent être classés parmi les antiseptiques forts qui détruisent microbes et cellules; ils ralentissent la vie des bacilles plutôt qu'ils ne les tuent, mais, par contre, grâce à leur chimiotactisme positif, ils sont cytogènes, régénérateurs cellulaires et, véritables catalyseurs, paraissent neutraliser *in situ* les toxines microbiennes.

Certains tissus morts d'abord conservés dans des antiseptiques violents (formol à 10 ou 20 p. 100), puis traités par des colloïdes et ensuite greffés, sont réhabités beaucoup plus rapidement par les cellules migratrices et bien plus facilement que les greffes témoins traitées seulement par les antiseptiques.

Il faut signaler également que l'action de certains corps (argent,

cuivre, mercure, etc.), sur les cellules vivantes est totalement différente suivant que ces corps sont combinés avec tel ou tel radical chimique. — A titre d'exemple nous citerons simplement l'argent, antiseptique fort et irritant, coagulant des albuminoïdes et destructeur des tissus lorsqu'il est employé à l'état de nitrate et qui devient antiseptique faible, mais puissant régénérateur cellulaire à l'état de colloïde organique (nucléinate d'argent, collargol, etc.).

J'ai exposé ces faits non pas pour critiquer la méthode aseptique, mais pour montrer que la méthode antiseptique mettait tout de même quelques ressources à notre disposition, si elle est judicieusement et rationnellement appliquée.

Je ne vois pas au premier abord quelles seraient les raisons techniques qui pourraient empêcher l'application dans le traitement de la carie dentaire et de ses complications de certaines méthodes antiseptiques nouvelles qui ont donné de bons résultats en chirurgie générale. Quelques résultats personnels heureux ne m'autorisent pas à être plus affirmatif, mais je crois qu'il y a dans l'application de ces méthodes des horizons nouveaux ouverts aux chercheurs.

M. Paul Housset. — Le Dr Rolland nous a montré des aperçus bien intéressants au sujet des antiseptiques; quand nous pourrons enfin les employer rationnellement, le traitement du quatrième degré deviendra plus probant dans ses résultats, il existe de nombreuses lacunes et nous avons besoin de compléter notre arsenal thérapeutique.

Mais pour le troisième degré, puisque nous voulons éviter toute irritation, toute destruction de la membrane péridentaire, je crois qu'il est beaucoup plus simple de ne pas altérer ces tissus en évitant toute substance irritante, et les antiseptiques sont alors inutiles même si les lésions qu'ils peuvent provoquer sont réparables. Il est bien plus logique de ne pas produire ces lésions.

Pour le quatrième degré, c'est différent, nous avons besoin actuellement des antiseptiques et nous aurons des études approfondies à faire. Il n'y aura pas seulement des questions d'antiseptiques à déterminer, mais des questions de réaction de tissus, et ces réactions seront différentes tant pour l'infection que pour l'antiseptique selon le tissu considéré. Le Dr Julien Tellier vient d'ouvrir un horizon très large à ce sujet; le Dr Delater a fait des travaux très intéressants sur le granulome; tissu épithélial, tissu conjonctif, nature et virulence des bactéries, action des antiseptiques sur le germe et sur la cellule, action des méthodes qui vont surgir et remplaceront plus ou moins complètement les antiseptiques, tout ceci, après la grande question primordiale et obscure

du « terrain », que de problèmes où la première équation est à peine établie!

M. le Président. — Si nous n'avons pas eu la chance, à Liége, de voir M. Housset, nous aurons eu ce soir le plaisir de l'entendre discuter son rapport.

Vous avez tous pu vous rendre compte, par la publication de ce rapport, quelle somme de travail a dû fournir M. Housset avec quelques collaborateurs que je ne veux pas oublier de féliciter et de remercier ici, en même temps que l'auteur principal.

M. Housset se plaint des quelques critiques parfois injustifiées qu'a soulevées son travail, mais c'est justement ce qui en prouve tout l'intérêt puisqu'il fut mis à l'ordre du jour et discuté dans presque toutes les sociétés scientifiques professionnelles.

Je remercie MM. Dubois et Rolland qui ont pris part à la discussion et je les convie à continuer leur collaboration dans cette très intéressante question qu'est l'étude du troisième degré.

L'ouverture dans cette École du laboratoire de recherches ouvert à tous les chercheurs facilitera leur besogne et nous amènera à l'asepsie à outrance tant réclamée à juste titre par notre confrère Housset.

Encore une fois un grand merci à tous.

Quelqu'un d'entre vous aurait-il le courage de nous présenter un incident de la pratique journalière? C'est une rubrique que nous mettons à l'ordre du jour depuis plusieurs années et qu'on a trop tendance à oublier. Il n'est pas nécessaire de présenter ici des faits tout à fait remarquables.

IV. — Incidents de la pratique journalière.

M. le Dr Bonnet-Roy. — J'ai eu l'occasion de vous entretenir l'année dernière d'un malade qui, à la suite d'une injection anesthésiante, faite avec un produit sur lequel je n'avais pas eu de renseignements précis, avait présenté des accidents nécrotiques assez étendus qui avaient intéressé non seulement les parties molles de la gencive, mais aussi l'os sous-jacent sur une assez grande étendue; il avait éliminé un séquestre palatin, qui avait la largeur d'une pièce de 50 centimes environ. Plusieurs membres de la Société avaient émis des hypothèses et nous étions tous plus ou moins tombés d'accord pour penser qu'il s'agissait de phénomènes trophiques, déterminés par l'adrénaline synthétique de mauvaise qualité.

J'ai depuis observé 2 cas exactement semblables, présentant le même trouble trophique étendu, en forme de triangle, dont le sommet remontait à l'alvéole de la dent et dont la base correspondait à la région palatine.

Dans les deux cas, j'ai constaté une destruction des parties molles et l'élimination d'un séquestre osseux après une réaction assez vive et une suppuration assez prolongée. Je me suis bien gardé de brusquer les choses, de hâter l'élimination osseuse qui aurait pu, alors, être excessive; j'ai attendu que la nature fasse le départ entre ce qui devait tomber et ce qui pouvait être réparé et je n'ai extrait le séquestre que lorsqu'il a été définitif et mobile.

Dans l'un des 3 cas, j'ai pu trouver le confrère chirurgien dentiste qui avait opéré; je suis entré en relations avec lui et il m'a apporté une ampoule du produit qu'il avait employé. Qu'il s'agisse de tel produit anesthésiant ou de tel autre, cela n'a pas une grande importance; ce qui importe surtout, c'est l'adrénaline qui est adjointe à ce produit.

L'adrénaline provoque un resserrement des vaisseaux; et par conséquent un trouble trophique passager, mais obligatoire, sur des tissus que l'on traumatise par ailleurs. Ceci joint à la qualité imparfaite du produit que ces troubles se prolongent et aboutissent à une perte de substance des parties molles et de l'os.

J'ajoute que nous ne saurions trop, entre nous, nous faire connaître les cas de cette nature, leur donner même la publicité la plus étendue, car cela me paraît être le type d'un de ces accidents susceptibles d'amener, de la part du malade, des réactions médico-légales extrêmement désobligeantes.

Un membre (*étudiant*). — Les troubles trophiques sur la face palatine peuvent s'expliquer parce qu'il y a peut-être là une moindre réaction vitale; il est plutôt à recommander de faire l'anesthésie sur la face vestibulaire.

M. Bonnet-Roy. — Cette observation me paraît extrêmement intéressante en effet; mon attention n'avait pas été attirée sur la localisation des troubles trophiques constatés. Les injections qui les avaient entraînés avaient bien été faites au niveau de la face palatine et limitées à celle-ci.

M. le Président. — Je remercie en votre nom le Dr Bonnet-Roy de son dévouement à notre Société, toujours prêt à se manifester.

Le séance est levée à 22 h. 30.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.

Séance du 3 mars 1925.

La Société d'odontologie de Paris s'est réunie le mardi 3 mars, à 8 heures 30 du soir, sous la présidence de M. Brodhurst en remplacement de M. Henri Villain, empêché.

M. L. Viau a présenté un malade atteint d'érosions. Les érosions

observées sur ce malade paraissent être liées à une augmentation de la teneur de sa salive en sulfocyanate de potassium; la proportion de ce dernier corps aurait été trouvée, à certaines analyses, supérieure de soixante fois à la normale.

Le malade incrimine particulièrement les œufs dans son régime alimentaire.

Le Dr Monbrun a fait une communication sur : *Les rapports de l'Ophtalmologie avec l'art dentaire.*

Les troubles oculaires d'origine dentaire dus à des lésions de voisinage sont connus depuis longtemps. Mais l'ophtalmoscopie, la bactériologie et la radiographie ont permis certaines précisions. Et, on a maintenant, en outre, l'attention attirée sur des complications d'origine dentaire transmises à l'œil par la voie sanguine générale.

En dehors des cas dus à la carie, à la pyorrhée alvéolaire, ou à certaines extractions suivies de complications, il faut penser aux infections périapéxiennes d'apparence silencieuse (révélées par la radiographie).

Les voies lacrymales sont souvent atteintes par propagation de l'infection à la branche montante du maxillaire supérieur. Les complications orbitaires des sinusites maxillaires d'origine dentaire peuvent être mortelles : trombo-phlébite du sinus caverneux ou phlegmon de l'orbite propagé au cerveau.

On doit penser aux troubles réflexes (névralgies faciales atteignant le nerf ophtalmique, blépharospasme, paralysie des muscles moteurs du globe oculaire, troubles pupillaires).

Pour certains auteurs, la plupart des manifestations oculaires d'origine indéterminée seraient dues aux dents et transmises par la voie sanguine. Cette opinion, qui a de nombreux partisans en Amérique, est plus discutée en France. Quoi qu'il en soit, dans un grand nombre de cas cette « origine dentaire » paraît nettement établie. Devant certaines névrites optiques et devant un grand nombre d'inflammations de la membrane vasculaire de l'œil (iritis, choroïdite) on devra penser à cette étiologie, et ne pas manquer de faire examiner et traiter les dents.

M. Tacail, professeur à l'École odontotechnique, présente une série d'appareils destinés au traitement des malpositions dentaires. Ces appareils ont été construits pour fonctionner avec minimum de visites chez l'orthodontiste. La force employée est une force continue qui décroît automatiquement au fur et à mesure des résultats obtenus. Elle s'arrête complètement quand le but est atteint.

M. Tacail présente également une série d'appareils qui font le plus grand honneur à son ingéniosité et à sa patience et qui sont destinés à faciliter les différentes phases de la construction des appareils orthodontiques.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 février 1925.

(*Compte rendu résumé, communiqué par M. le Dr Lacronique.*)

Le Dr Marcel Darcissac présente un nouvel appareil d'orthopédie nasale constitué par différents leviers mus par des liens élastiques permettant d'appliquer sur le squelette nasal des pressions d'intensité et de direction variables. Cet appareil peut servir dans le traitement des difformités nasales comme appareil de contention post-opératoire, comme appareil orthopédique pour corriger les déviations nasales de l'enfance, enfin, pour contenir et réduire les fractures récentes du nez.

Trois malades répondant à ces trois catégories sont présentés et montrent l'efficacité de cette nouvelle prothèse.

Le Dr Bloch présente une observation de dents surnuméraires symétriques.

Le Dr Duchange dans une note sur la *vaccinothérapie des affections buccales et paradentaires* donne le résultat de faits cliniques observés par lui.

Il en conclut que les stocks vaccins agissent surtout dans la bouche en pansements par réaction locale (pansement microbien) et qu'ils sont surtout actifs contre les infections locales et exogènes : ostéites, abcès chroniques circonscrits, pyoarthrites d'irritation, etc., et ne donnent pas de résultats appréciables sur les infections d'origine endogènes parmi lesquelles il classe la maladie de Fauchard.

Le Dr Raison dans une *note sur la pathologie des glandes salivaires* attire l'attention sur la maladie de Mikulicz et conclut en disant que si le syndrome de Mikulicz reconnaît souvent comme étiologie la syphilis, d'autres causes, et en particulier les intoxications chroniques légères et répétées, peuvent donner des symptômes analogues.

J. Raison.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
(A. F. A. S.)

Section d'Otonlogie.

CONGRÈS DE GRENOBLE

(27 *juillet*-1er *août* 1925.)

L'A.-F. A. S. fera immanquablement cette année les démarches nécessaires pour obtenir des compagnies de chemins de fer les réductions consenties autrefois à l'occasion de son Congrès annuel, et quand nous serons avisés du résultat nous ne manquerons pas d'en informer nos lecteurs. Nous leur signalons en tout cas le moyen mis dès à présent à leur disposition pour faire le voyage de Grenoble (aller et retour à prix réduit), grâce aux Bons à lots de l'Exposition de la houille blanche et du tourisme, dont nous publions la circulaire ci-dessous.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE LA HOUILLE BLANCHE ET DU TOURISME

(Mai-Octobre 1925).

ÉMISSION DE 360 000 BONS A LOTS DE 25 FRANCS

TABLEAU DES LOTS (1 686 LOTS)

1er Tirage, 15 juin 1925		2e Tirage, 15 septembre 1925.	
1 lot de. . . .	500 000	1 lot de.	1 000 000
1 — de. . . .	100 000	1 — de.	250 000
2 lots de. . . .	50 000	1 — de.	100 000
8 — de. . . .	25 000	2 lots de.	50 000
10 — de. . . .	10 000	4 — de.	25 000
100 — de. . . .	1 000	5 — de.	10 000
1 000 — de. . . .	100	50 — de.	1 000
		500 — de.	100
Total	1 200 000V	Total.	1 700 000

Soit au total : 2 900 000 francs, représentant 32 p. 100 du total de l'émission.

AVANTAGES SPÉCIAUX RÉSERVÉS AUX PORTEURS DE BONS A LOTS

En outre des 1 686 lots compris dans les deux tirages, les Porteurs de Bons auront le droit d'effectuer pendant la durée de l'Exposition sur le réseau P.-L.-M. un voyage à Grenoble, aller-retour, à prix réduit. La réduction sera calculée sur le double des billets simples et fixée comme suit :

Première zone. — Porteur de Bon effectuant un trajet de 200 kilomètres (ou payant pour cette distance) à 500 kilomètres; réduction de 30 p. 100 avec validité de dix jours.

Deuxième zone. — Porteur de Bon effectuant un trajet supérieur à 500 kilomètres (ou payant pour cette distance); réduction de 33 p. 100 avec validité de quinze jours.

Le Porteur aura droit en outre :

à une entrée gratuite à l'Exposition;

à une réduction de 20 p. 100 sur le prix de deux voyages en autocar au départ de Grenoble;

à une réduction de 25 p. 100 sur le prix d'entrée de deux attractions.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

A PROPOS DES CARTES DE PRÉSENTATION DES RADIOGRAPHIES DENTAIRES

Par Marthe CAEN,

Assistante au Service de radiologie de l'École Dentaire de Paris.

Nous avons adopté, pour soumettre aux chirurgiens-dentistes les clichés radiographiques de leurs malades, un mode de présentation qui nous paraît propre à en faciliter la lecture et l'interprétation, et nous pensons utile d'exposer ici les raisons de notre choix.

On nous demande des radiographies dentaires soit intra-buccales, soit extra-buccales. Celles-ci sont d'un emploi moins fréquent, et nous allons décrire d'abord nos cartes pour présentation d'intra-buccales, beaucoup plus usitées. Nous nous sommes efforcés de réunir une bonne condition d'éclairage et l'orientation facile du cliché, points essentiels pour que l'examen radiographique seconde utilement l'examen clinique.

Nos cartes sont d'un format o + o, bien supérieur à celui des clichés qu'elles supportent. C'est qu'elles sont destinées à faire fonction d'écran et à donner ainsi plus de visibilité aux clichés qu'elles sertissent.

Elles en permettent l'examen même à la lumière du jour, si elle est assez intense. Mais ce procédé est bien souvent insuffisant, et il faut lui préférer, chaque fois que la chose est possible, l'examen à la lumière d'une lampe électrique. On en approche ou on en éloigne le cliché suivant que l'on désire obtenir une plus ou moins grande intensité lumineuse. Il est mieux encore d'employer un négatoscope sur lequel on pose la carte radiographique. Cet appareil consiste en un jeu de résistances qui permet de varier l'éclairage de lampes enfermées dans une boîte au couvercle fait d'un verre dépoli sur lequel on pose la radiographie. On peut, en variant l'intensité de la lumière, examiner le cliché sans qu'aucun détail en échappe.

Les clichés au développement un peu poussé qui, à un éclairage moins vif, peuvent paraître défectueux y prennent une valeur que ne possèdent pas toujours d'autres clichés moins développés qui présentent moins de détails en dépit d'une apparence plus plaisante.

Dans tous les cas, nous ne saurions trop conseiller de ne jamais retirer le cliché de sa carte-écran qui en renforce les valeurs.

Il nous paraît utile de donner aussi quelques explications sur la manière d'orienter nos films radiographiques — car c'est là chose assez difficile sans initiation préalable. Reconnaître s'il s'agit de dents du haut ou du bas est aisé, les deux maxillaires présentant de notables particularités anatomiques. Il n'en va pas de même pour discerner s'il s'agit d'un côté droit ou gauche. On manque parfois de points de repère sur le malade et le praticien peut être embarrassé s'il se trouve par exemple en présence de deux radios de deux régions symétriques sans différences de détails apparents. La même difficulté se présente s'il s'agit du bloc incisif inférieur ou supérieur. Nos cartes portent un schéma qui se présente ainsi : G + D. Ces indications surprennent au premier abord, car elles sont à l'inverse des signes d'orientations du schéma dentaire habituel D + G. Nous allons, en expliquant cette particularité montrer la manière très simple d'orienter un film.

Les films de la maison Kodak que nous employons nous sont livrés de telle sorte que le côté sensible qui consiste en une couche d'émulsion se trouve *toujours* appliqué contre la région à radiographier. On en obtient donc en quelque sorte le calque. Une fois lavé et séché, le cliché présente une face brillante et une face mate très distinctes l'une de l'autre. La face mate signale le côté sensible qui a été appliqué contre la dent radiographiée. En tenant compte de ce fait, il est aisé de distinguer la droite et la gauche de la plaque. On la confirme en plaçant par l'imagination le cliché dans sa propre bouche le côté émulsion appliqué contre les dents. C'est ce qu'indique la mention « vu par la face linguale » qui accompagne sur le schéma les indications D et G. Nous aurions pu, en retournant le cliché, rendre au schéma l'ordre habituel de ses signes, mais alors le côté sensible qui est fragile se serait trouvé à l'extérieur sans la protection su support.

Enfin, en plus du schéma dont nous venons de parler, nos cartes présentent à leur partie supérieure un emplacement réservé au nom du malade, un autre à celui du dentiste et un troisième pour la date, vient enfin la signature du radiographe.

Nous avons mis en première ligne le nom du malade en pensant que la fiche le concernant serait ainsi plus rapidement accessible au dentiste s'il la range avec d'autres dans un fichier où il la trouvera ainsi immédiatement. Les radiographies extra-buccales sont utilisées pour avoir une vue plus étendue des dents dans leurs rapports entre elles, ou des lésions osseuses étendues et leurs rapports avec les régions annexes. Elles sont le plus souvent usitées par le maxillaire inférieur. C'est en effet le seul moyen d'obtenir une image complète de la branche montante du maxillaire, où les dents $+^{\infty}_{\infty}$ se trouvent parfois incluses. L'articulation du condyle

est aussi obtenue par ce procédé. Nous utilisons pour ces radiographies des films à double émulsion dont les deux faces semblables ne peuvent être orientées par le procédé indiqué plus haut. Quand nous avons deux radiographies extra-buccales de régions symétriques, nous les distinguons l'une de l'autre au moyen d'un repère métallique, et nous indiquons la D et la G sur la monture du cliché. La carte de présentation porte les mêmes indications que la carte des intrabuccales, le schéma excepté, puisqu'il serait inutile.

Les chirurgiens-dentistes trouvent sur le film dentaire l'image exacte, sans déformation notable, de la région du maxillaire qu'ils désirent explorer. Quand il s'agit d'accidents dentaires proprement dits, de recherches de follicules ou de dents incluses, de connaître l'état des racines pour la pose de bridges ou de dents à pivot, ou de la position de dents de sagesse, l'interprétation est aisée.

Mais on demande aussi aux radiographies des renseignements sur les régions annexes, sinus maxillaires, articulation du condyle, corps des maxillaires. L'interprétation des clichés devient alors plus délicate. La forme parfois multilobée des sinus, leur position parfois très proche du bord alvéolaire, peuvent, au cours d'un examen superficiel, les faire prendre pour un épanchement kystique. Les images des sinus maxillaires vus de face (radios extrabuccales) offrent des difficultés d'interprétation encore plus grandes par suite de la complexité du squelette de la face. L'articulation du condyle est, pour les mêmes raisons, souvent peu aisée.

Dès que la superposition des plans provoque un doute sur l'interprétation d'un cliché, il ne faut pas hésiter à en recommencer un ou plusieurs autres en modifiant l'incidence sous lequel il est pris. On voit ainsi le point litigieux sous des angles différents et on arrive à pouvoir en déterminer exactement la nature.

Quant aux kystes, aux abcès et aux accidents de nécrose maxillaire, ils donnent des images précises, le plus souvent de lecture aisée. La raréfaction du tissu osseux, conséquence de ces accidents, produit sur le cliché une ombre très foncée, aux contours flous pour les abcès, nettement délimités pour les kystes.

Il faut se rappeler que, d'une façon générale, seuls les tissus osseux donnent une image précise.

La radiographie ne peut donc être d'aucun secours pour la recherche d'accidents glandulaires ou muqueux.

Une dernière particularité nous paraît intéressante à signaler : les films radiographiques, de même que les négatifs photographiques, donnent des images aux valeurs inversées, c'est-à-dire que les parties claires apparaissent foncées, et réciproquement. On peut donc s'étonner de prime abord, en remarquant que, sur

un négatif photographique, les dents qui apparaissent en noir, donnent une image blanche sur un film radiographique. La cause de cette anomalie apparente est simple; les colorations claires ou foncées des objets n'ont aucune action sur les rayons X, mais seulement leur densité qui permet plus ou moins leur passage.

Par leur composition, les dents présentent aux rayons une opacité plus grande que le tissu osseux et c'est pourquoi ils en donnent une image qui apparaît plus blanche. Les régions osseuses donnent une image de plus en plus foncée à mesure qu'elles présentent une épaisseur et une densité moindres, et les tissus mous, étant presque absolument perméables aux rayons, donneront une image très sombre, pratiquement inexistante.

Nous espérons que les cartes radiographiques dont nous avons présenté les particularités, et ces quelques indications complémentaires aideront les praticiens qui veulent bien nous confier leurs malades à tirer des radiographies que nous leur envoyons le plus grand nombre de renseignements utiles. Elles leur parviennent deux jours après la prise du cliché.

LABORATOIRE DE RECHERCHES BIOLOGIQUES

Le Laboratoire de recherches biologiques de l'École dentaire de Paris fonctionne depuis le mois de janvier 1925 sous la direction du Dr Delater.

Il a été pourvu des appareils les plus modernes, et bien que resserré dans des locaux un peu étroits — que nous élargirons d'ailleurs d'ici peu, — il va permettre la réalisation d'un triple but : 1° préciser les diagnostics hésitants de nos confrères; 2° développer l'enseignement de nos élèves et aussi des confrères établis qui seront curieux d'augmenter leur culture scientifique générale; 3° poursuivre des recherches personnelles sur les problèmes actuels.

Ses moyens seront la bactériologie, la sérologie, l'histologie normale et l'anatomie pathologique.

Le laboratoire est ouvert à l'enseignement depuis le mois de février. Par séries, les élèves de 1re et de 2e année viennent y suivre leurs travaux pratiques. Et pour donner satisfaction à nos confrères curieux des progrès de la science médicale, nous avons institué des cours et travaux pratiques à leur intention. Ils ont lieu deux fois par semaine, le jeudi et vendredi à 20 h. 45 et comportent 16 séances. Si les condide temps le permettent et si les candidats inscrits sont assez nombreux, le Dr Delater pourra probablement assurer ce même service pour une 2e série.

En tous cas le laboratoire est ouvert en tout temps et peut donner satisfaction à toutes les demandes d'analyse qui lui sont faites par les confrères. Il recevra les prélèvements faits par eux; ou bien le personnel fera lui-même les prélèvements sur les malades venus au laboratoire. Il pourra même les effectuer au domicile des malades.

On peut résumer ainsi les examens qui peuvent être pratiqués :

Tous examens directs sur lame. Pus. Pyorrhée. Mèche de canal. Ulcère. Fausse membrane, etc. Toutes cultures. Autovaccins. Réactions de Wassermann. Agglutinations de Widal. Urines : Albumine et sucre, Analyse chimique complète. Sang : Cholestérine, Glucose, Urée. Inoculations, Examens histologiques (Tumeurs).

Les confrères pourront demander au laboratoire le petit matériel d'écouvillons, pipettes, lames, tubes stériles qui leur permettra de faire eux-mêmes certains prélèvements.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA RÉGLEMENTATION EN ITALIE

Nous recevons à ce sujet de notre confrère M. Saias, d'Elbeuf, la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Que se passe-t-il en Italie? demandez-vous dans l'article paru dans l'Odontologie *du 31 décembre. Tout simplement ceci : la lutte entre stomatologistes et odontologistes est commencée.*

Un peu plus en avance que nous dans l'établissement d'une réglementation définitive de notre profession, les odontologistes livrent aux stomatologistes une bataille acharnée. Ils ont gagné la première manche en instituant le doctorat en chirurgie dentaire, mais tiraillé par les stomatologistes et l'Ordre des Médecins italiens, qui comptent plus de vingt membres, — et non des moins puissants, — à la Chambre italienne, le Gouvernement a dû céder du terrain en abrogeant ladite loi, mais toutefois il a été bien spécifié que les médecins ne pourront exercer l'art dentaire qu'à la condition de faire 2 années de dentisterie obligatoire et subir pour cela un examen d'Etat. La seconde partie de la bataille est donc perdue pour les odontologistes qui veulent un titre unique et indépendant pour l'exercice de leur profession.

La lutte n'est pas encore terminée. Le professeur Chiavaro n'a point désarmé : souhaitons-lui bonne chance de réussite, pour que l'exemple de nos confrères italiens puisse servir d'argument quand, pour les mêmes raisons, la lutte s'engagera en France.

Veuillez trouver ci-joint un article en date du 17 avril 1924, publié dans l'Idea Nazionale. Cet organe appartient à la grande presse de la capitale italienne, c'est vous dire que le grand public s'y intéresse aussi.

Recevez, etc.

J. SAIAS.

A l'époque de la Constitution du royaume d'Italie, la pratique de l'odontoïatrie n'était pas réglementée par des lois uniformes dans les diverses régions de la péninsule. Il n'existait pas d'école d'enseignement de cette branche importante de l'art de guérir. Nécessairement, l'exercice abusif en était toléré par les autorités, du fait même qu'il n'existait pas de loi pour le réprimer. Un décret paru en 1890 établissait, que pour exercer l'odontoïatrie, il fallait être à partir de cette date, docteur en médecine et en chirurgie.

Le résultat de ce décret fut que les exerçants illégaux augmentèrent en nombre, car l'enseignement dans les Universités ne fut pas institué même d'une façon rudimentaire; en même temps, il se créa de nouveaux intérêts de nature professionnelle en faveur d'une classe privilégiée, et pour le plus grand dam de la santé publique. Les médecins se mirent à exercer une profession sur laquelle ils n'avaient aucune connaissance, puisque cette branche ne leur était pas enseignée durant le cours de leurs études; quelques-uns parmi eux essayèrent de se faire une culture dans la matière en allant passer quelques mois à l'étranger (pour la forme), ils prirent à leur service un mécanicien italien ou étranger et... firent si vite fortune que l'exemple fut suivi et imité. Quelques mécaniciens-dentistes, bien que rémunérés par leurs patrons, se détachèrent d'eux, commencèrent à exercer abusivement (de la même manière que le faisaient légalement leurs patrons) pour leur propre compte, et... s'enrichirent si rapidement que l'exemple fut largement imité.

Patrons, médecins-dentistes et mécaniciens-dentistes, exerçant abusivement ou légalement, provenaient également de la même école autodidactique; faisant également de belles recettes, d'une manière tout à fait humaine, ils se mirent d'accord pour empêcher la surcharge de leur profession. Les médecins-légistes, en 1912, demandèrent que le décret de 1890 fût transformé en loi d'Etat, et les mécaniciens-dentistes demandèrent la légitimation de leur exercice abusif. Les législateurs d'alors contentèrent leurs clients, et la loi du 31 mars vit le jour, loi digne en tous points des temps d'alors, et qui disait ceci :

1° Pour exercer l'odontoïatrie, il est seulement nécessaire d'avoir le diplôme de médecine et chirurgie (il n'est pas nécessaire de donner des preuves de connaissances odontoïatriques, parce que cette science n'était pas enseignée obligatoirement durant le cours des études de médecine et de chirurgie, et que dans certaines Universités, il manquait même une chaire d'enseignement libre d'odontologie).

2° Tous ceux qui pourront avoir exercé abusivement pendant douze ans de suite l'odontoïatrie, et « horribile dictu » pourront le prouver; et cette preuve pouvait être faite par la présentation d'une sentence de condamnation d'exercice illégal, d'un acte notarié, ou d'un témoignage quelconque.

3° Ceux qui n'auront pas pu faire bénéficier notre peuple de leur pratique pendant une suite de douze années, mais seulement pour un temps inférieur à cette limite, seront soumis à un examen... « pro forma », après lequel ils continueront à exercer légalement.

La loi fut appliquée. Les exerçants : médecins-dentistes, patrons et mécaniciens-dentistes, continuèrent à faire fortune, devinrent

de plus en plus nombreux, et avec le fruit de leurs travaux scientifiques, pour rassurer les personnes horrifiées, prirent le nom de stomatologistes, alors que les mécaniciens-dentistes s'intitulèrent dentistes de carrière. Ces deux classes de praticiens bien méritants entrèrent vite en conflit, parce que les nouveaux dentistes de carrière demandèrent la prolongation des sessions d'examen de régularisation, et les stomatologistes n'en voulurent point accorder, et tinrent ferme, se sentant protégés par la loi de 1892. Leur essai d'accord fit grand bruit, mais pour l'amour de la patrie, nous en cacherons les diverses particularités qui ont du reste été publiées dans les *Pagine odontotechniche* de Turin. Pourtant le bruit des armes arriva jusqu'aux oreilles du gouvernement fasciste, qui, le 3 décembre 1923, ordonne par une loi de « gâche-métier », laquelle porte le numéro 1912, et crée, après un cours universitaire de six ans d'études sérieuses et complètes, le titre de docteur en odontoïatrie. Ce futur docteur en odontoïatrie est l'épouvantail des stomatologistes, qui croient que leurs intérêts privés sont lésés. Pendant un certain temps, ils en demeurèrent confus, ensuite ils s'érigèrent en pontifes de la science : ils entrèrent en relations avec l'Ordre des Médecins, se mirent en rapport avec quelques journaux de la grande presse politique et scientifique, mais sans aucun résultat. En effet, la loi qui institue le nouveau titre de docteur en odontoïatrie est de pure marque italienne, comme le prouve avec beaucoup de sagesse et de compétence le professeur Silvio Lessona, chargé du cours de droit sanitaire à l'Université de Pise. Mais les intérêts lésés d'un petit noyau de retardataires font dire au « Messagero » que l'odontoïatrie vient d'être détachée de la médecine, alors que la loi Mussolini-Gentile du 31 décembre 1923 fait rentrer triomphalement dans l'orbite de la médecine et chirurgie la nouvelle profession de l'odontoïatrie, en lui instituant un doctorat spécial.

Plusieurs stomatologistes rétrogrades font dire à l'Ordre des Médecins que la loi Mussolini-Gentile rabaisse le niveau didactique et professionnel de l'odontoïatrie, alors que nous savons, comme le dit si bien le professeur Lessona, que « en jurisprudence, et par sa dignité, le diplôme d'odontoïatrie égale le diplôme d'ingénieur, de mathématicien, de médecin, de pharmacien, etc. » La loi n'était pas encore promulguée que les intéressés obtinrent du professeur Murri (nous ne savons comment ni par quels moyens) une lettre adressée au cher Bersani au sujet de cette loi, lui faisant croire que le futur odontoïatre ne possédera point la compétence scientifique et professionnelle, alors qu'il est élémentaire de se rendre compte qu'après la licence lycéale, six ans d'études suffisent pour créer un bon médecin, capable de soigner tous les organes

malades du corps humain : six ans d'études après la licence lycéale doivent être suffisants pour créer un merveilleux médecin, capable seulement de soigner les dents.

La loi Gentile, créée de concert avec Mussolini, réglemente les nouvelles études pour la préparation au doctorat en odontoïatrie d'une façon vraiment géniale. Elle a été hautement évaluée par des compétences nationales et étrangères non intéressées : elle nous libère finalement et après un demi-siècle, des écoles dentaires étrangères ; crée dans toute Université l'institution complète d'odontoïatrie ; rend obligatoire dans les Facultés de médecine où il y a des cours libres, l'enseignement de l'odontologie ; oblige le futur praticien, après six ans de cours techniques, théoriques et cliniques, à subir les examens d'Etat pour l'exercice de sa nouvelle profession, de la même manière que pour les ingénieurs, pharmaciens, médecins, etc. ; elle garantit à notre grand peuple la compétence du nouveau *sanitaire* dont le besoin se faisait tellement sentir dans toutes les classes sociales, et qui, par sa science et sa technique, nous sera enviée même par des Etats tels que les Etats-Unis d'Amérique, proclamés depuis longtemps le berceau de l'art dentaire, parce que là-bas les études dentaires ne durent que quatre ans, et la licence lycéale n'est point obligatoire. Celui qui a été aux Etats-Unis sait que, si un négociant veut faire l'éloge d'une étoffe de laine, et la vendre facilement, il la proclame « Italian stuff ». Nous sommes de faciles prophètes en prédisant que, dans peu de temps, nous verrons aux Etats-Unis des enseignes avec le titre : *Italian Dentist* pour attirer à eux la meilleure clientèle, comme nous avons vu pendant très longtemps chez nous des enseignes avec : *American Dentist* pour obtenir le même but.

Les retardataires feront mieux de ne pas insister, de laisser de côté leurs intérêts privés, et d'envoyer un mot d'admiration et d'approbation à notre Gouvernement, comme le font à ce propos les écoles dentaires étrangères, où allaient nos étudiants pour apprendre ce qu'il leur était impossible d'apprendre dans leur mère patrie.

NOTRE ENSEIGNEMENT

Par le Dr Joseph KIEFFER,

Médecin et chirurgien dentiste,
Ancien professeur agrégé à l'Université de Strasbourg,
Directeur de la Clinique dentaire de la caisse locale de malades.

On m'informe qu'une revue a publié un article parlant de l'avis que j'avais émis sur la question de notre enseignement et

soulignant la préférence de l'auteur pour une modification de cet enseignement que je ne juge pas opportune.

Je sais qu'il a toujours été ingrat et ordinairement infructueux d'essayer de convertir ceux qui auraient déjà au préalable défendu une solution opposée à celle que je défends, et même si j'avais une ambition dans cette question, ce qui n'est pas le cas, elle ne pourrait pas aller jusqu'à espérer que je convertirais tout le monde par mon petit traité. « Quelques réflexions qui s'imposent autour du sujet de l'Odontologie », traité auquel je n'ai d'ailleurs encore aujourd'hui rien à rectifier, rien à reprendre ni rien à ajouter.

Je répète ici encore pour ne laisser aucun doute que je n'ai aucune mission dans la question, que **j'ai traité tout le sujet après avoir fait les deux études complètes moi-même, après une longue période d'observation comparée chez tous les peuples dans lesquels les soins dentaires jouent un rôle sérieux**, que je n'espère pas de plaire aux uns comme je ne crains pas de déplaire aux autres et que j'ai toujours agi dans cette question en pleine indépendance de toutes considérations personnelles. Si c'étaient celles-ci qui me guident j'aurais peut-être mieux fait de ne pas dire mon avis, ou de chercher une autre solution que celle que je défends, par une conviction acquise en observant les résultats de différents enseignements.

Je regrette une chose, celle de n'avoir cité dans ma dernière publication sur le sujet (voir *Science et Art dentaire* 1923, nº 9) que l'Amérique et l'Allemagne comme **exemples** de deux peuples — bien loin et bien différents l'un de l'autre sous tous les rapports — ayant obtenu un résultat incontestable et incontesté par un très grand nombre d'hommes de science du monde entier, en donnant un enseignement nettement odontologique à ceux de leurs citoyens qui doivent pratiquer précisément l'Odontologie.

Je regrette de n'avoir cité que ces deux peuples parce que cette omission de ma part a donné l'occasion à l'auteur de tirer des déductions d'ordre politique.

Je ne pouvais, avec la meilleure volonté, pas songer à la possibilité que des déductions de ce genre pourraient être invoquées pour appuyer des arguments lors d'une discussion scientifique.

J'aurais pu éviter cette surprise à nos lecteurs et j'aurais pu me faciliter ma tâche en citant en plus la Suisse, la Hollande, l'Angleterre, la Suède, le Canada et une série d'autres peuples tout aussi civilisés, qui ont prouvé, par la réglementation de leur enseignement, qu'il fallait donner à celui qui doit soigner les dents un programme d'études respectant l'étendue actuelle de la science dentaire, c'est-à-dire un enseignement demandant à lui seul un travail actif de trois ou quatre ans au moins.

Je crois pouvoir admettre que tous ces peuples n'auraient pas fait

de cette manière leurs lois concernant la matière, s'ils avaient eu la conviction que ces lois ne serviraient qu'à « augmenter, comme dit l'auteur, la quantité des praticiens incompétents ou simplement médiorces», et j'affirme que je connais dans tous ces pays, et cela non seulement parmi les « Dental Surgeons » américains et parmi les « Dentists » anglais, mais tout autant parmi les « Zahnârzte » suisses de Zurich, que parmi les « Médecins-dentistes » suisses de Genève, parmi les « Tandlaekares » ou les « Odontologic-Doctor » suédois, que parmi les « Tandarts » hollandais, etc., des chirurgiens dentistes, desquels nous tous pourrions apprendre encore bien des choses.

Serions-nous vraiment plus renseignés que tous les autres peuples sur ce qu'il faut pour être bon dentiste?

Serait-ce vraiment par une contagion d'incompétence et d'ignorance — contagion à laquelle nous aurions alors à peu près seuls la chance d'avoir échappé — que presque tous les peuples d'Europe et d'en dehors auraient stipulé l'un après l'autre par des lois régissant leur enseignement, qu'ils n'admettaient pas la possibilité de faire de la science dentaire d'aujourd'hui un accessoire plus ou moins insignifiant de la médecine, et qu'ils n'avaient pas cette peur presque monomane d'appeler nettement dentiste ou quelque chose d'analogue un homme dont les obligations professionnelles consisteront pendant toute sa vie à soigner les dents et leur voisinage immédiat et à les remplacer, le cas échéant?

N'aurions-nous vraiment rien à apprendre chez tous ces peuples qui sont tout aussi intelligents et tout aussi civilisés que nous?

Certainement que si. **Nous nous trouvons devant le bilan établi par des gens tout aussi clairvoyants et tout aussi soucieux du bien-être de leur peuple que nous-mêmes** et ce bilan nous dit : **A peu près toutes les nations civilisées du monde ont reconnu la nécessité de donner à leurs spécialistes dentistes un enseignement spécial**, pour ne pas se trouver finalement devant des praticiens n'étant plus médecins et n'étant pas encore dentistes.

Nous ne serions d'ailleurs, dans la question que traitent ces lignes, d'aucune façon les inventeurs d'un système nouveau dans l'enseignement professionnel. Les autorités autrichiennes croyaient déjà il y a vingt-cinq ans avoir trouvé la solution idéale en faisant des études de la science dentaire un accessoire de la médecine. Les *chirurgiens-dentistes* américains, suisses et allemands qui pratiquent dans les villes voisines de la frontière autrichienne, à Venise, à Zurich, à Munich, à Breslau, etc., n'eurent jamais à se plaindre de cette solution.

Un résultat constaté a encore toujours renversé toutes les théories. Le résultat négatif qui a forcé les autorités autrichiennes après

coup de repermettre l'exercice des non-diplômés ne dit-il pas plus que toutes les théories émises sur le sujet qui nous intéresse?

J'ai assisté de très près à cette aberration, j'en ai vu les suites, j'ai pu me former un jugement sur place, et voilà pourquoi je peux me permettre de souligner toujours à nouveau ce que je souligne.

Je ne crois pas non plus à la possibilité qu'admet l'auteur de l'article (p. 4) que l'étudiant en médecine en se « spécialisant tôt » sorte de ses études comme spécialiste quel qu'il soit, parce que si cette solution était possible nos confrères médecins voulant pratiquer comme accoucheurs, comme rhinologistes, etc., seraient bien naïfs de ne pas s'être spécialisés « tôt » et auraient fait jusqu'à présent des sacrifices inutiles en consacrant après leurs études trois à quatre ans et souvent bien plus **à une spécialisation effective**.

Non! les études de médecine peuvent être la préparation à une spécialisation, rien de plus, et ce qui n'est pas possible pour aucune spécialité de la médecine elle-même, c'est-à-dire de pouvoir à volonté sortir de ces études comme « spécialiste », l'est encore bien moins pour ce grand programme de la science dentaire, dont seuls un certain nombre de chapitres relèvent de la médecine.

Nous ne pouvons pas dire assez clairement à tous ceux qui pourraient encore admettre qu'il n'y avait que quelques « trucs » à apprendre et à d'autres qui pourraient admettre que « pour la dentisterie cela suffira toujours » que nous sommes très loin de l'époque où un praticien qui s'imaginerait des choses pareilles pourrait exister **devant un public heureusement de jour en jour plus critique et plus renseigné sur la question des soins dentaires.**

Il faudrait d'autre part que le programme des études de médecine soit bien mal rempli et par conséquent bien mal établi si l'on pouvait à côté de ces études encore approfondir tout le vaste domaine de la science dentaire actuelle. Ce reproche ne devra pas pouvoir être fait à ces hommes dont les noms sont une garantie et qui **ont établi le programme des études médicales en nous certifiant que ces études seules exigeaient un minimum de tant et tant d'années si on ne veut pas ou bien abuser de la santé de l'étudiant ou bien en faire un dilettante**.

La solution de vouloir faire en même temps deux études très différentes et demandant chacune son temps nous mettrait vis-à-vis d'un dilettantisme plus déplorable encore pour la totalité que pour celui qui devait constater journellement son insuffisance, et dont les exploits devront fatalement faire pleurer plus d'un de ses concitoyens tout en faisant rire plus d'un autre.

Je répète donc ce que j'ai dit : **La science dentaire étant aujourd'hui un domaine très vaste et le programme des études médicales étant bien rempli, on ne peut pas étudier une dentisterie telle que**

nous la comprenons de nos jours dans les entr'actes des études médicales, et si l'on juge indispensables les études de toute la médecine cela sera inévitablement des études doubles ou à peu près doubles.

Si je n'avais pas pour approuver cette thèse la majorité des praticiens renseignés de mon propre pays, je pourrais toujours me consoler avec la certitude d'avoir celle des praticiens renseignés de tout le reste du monde civilisé.

DIPLOMES OBTENUS PAR CORRESPONDANCE

Nous avons entretenu nos lecteurs dans notre numéro du 30 décembre 1921 d'une entreprise américaine connue sous le nom de *Oriental University*, établie à Washington (District de Colombie), (États-Unis), qui délivrait par correspondance, moyennant finances, des diplômes de diverses natures et notamment, celui de *docteur en chirurgie dentaire* (D. D. S.). L'École dentaire de Paris et l'A. G. S. D. F. se sont occupées de cette importante question, mais les plaintes élevées en Europe n'avaient pas abouti.

Cette affaire a grandement ému la profession de l'autre côté de l'Atlantique, et à la suite de l'action de l'*Association dentaire américaine* et de l'intervention des autorités, tout le courrier adressé à cette institution a été saisi à la poste, les mandats postaux qui lui étaient envoyés ont été confisqués, le président a été arrêté et l'établissement fermé.

La nouvelle, accompagnée de documents, est parvenue récemment de New-York à l'École dentaire de Paris.

Ce commerce frauduleux ne pouvait finir autrement; mais il y a lieu de s'en réjouir.

HYGIÈNE

LE SERVICE DENTAIRE PUBLIC EN GRANDE-BRETAGNE

Par W. H. SHIPWAY,

De la Clinique dentaire de la fabrique J. S. Fry et fils (Bristol).

(*Communication à la Commission d'hygiène de la F. D. L., Luxembourg*, 1924.)

Le développement d'un système de Service dentaire public dans n'importe quel pays constitue une étude intéressante, car, de cette manière, on est amené à constater l'existence, dans certains cas, de systèmes ou d'organisations d'une nature entièrement différente, pour chaque pays, selon la race ou le tempérament de ses nationaux. Certaines nations sont en faveur des cliniques dentaires, aussi bien pour les adultes que pour les enfants, placées sous le contrôle direct de l'Etat, ce qui se voit dans l'Etat entièrement socialiste, où l'esprit national est plus collectif qu'individualiste. Dans certains autres pays, l'initiative particulière seule agit, et les soins dentaires sont du domaine individuel. Or, la Grande-Bretagne n'appartient ni à l'une ni à l'autre de ces deux catégories nettement tranchées, car on y constate l'existence des deux systèmes fonctionnant côte à côte : en outre, chaque système a subi tant de modifications, destinées à l'adapter aux circonstances, qu'il est bien difficile de dire ce qui constitue véritablement le système de Service dentaire public en vigueur en Grande-Bretagne.

On peut classer en plusieurs groupes, les types de soins dentaires collectifs en usage dans cette nation : 1° *Cliniques publiques*, dont le budget est exclusivement alimenté par des souscriptions particulières :

a) Établissements industriels.

b) Institutions de bienfaisance et religieuses (sourds et muets, estropiés, bien-être des mères de famille).

Dans ces cliniques, les dentistes consacrent soit tout leur temps, soit seulement une partie de leur temps, aux soins qu'on y donne. Quant aux dépenses nécessaires à l'achat des fournitures, au loyer, etc., elle sont à la charge de l'institution ou de la maison qui prête son appui financier à l'établissement.

2° *Cliniques publiques*, dont le budget est entièrement à la charge de la communauté.

a) Cliniques des établissements scolaires publics.
b) Cliniques pour traitement antérieur à la naissance de l'enfant.
c) Cliniques municipales (traitement des adultes).

Les dentistes attachés à ces cliniques y travaillent soit tout le temps, soit durant un certain nombre d'heures par semaine moyennant rétribution. Les dépenses nécessaires à l'achat des fournitures, au loyer, etc., sont couvertes par des contributions municipales ou des impôts et revenus de l'Etat. Le personnel est au service de l'Etat.

Il existe, en outre, en Grande-Bretagne, des cliniques ayant un caractère semi-particulier, et auxquelles l'Etat accorde une subvention, le reste des dépenses étant à la charge des donateurs et philanthropes particuliers.

3° *Service dentaire public*, assuré par des associations amicales ou sociétés de prévoyance en cas de maladie.

Ce dernier groupe, prend actuellement un développement rapide en Grande-Bretagne et il offre le plus grand intérêt à tous ceux qui, parmi nous, sont praticiens particuliers.

En Grande-Bretagne est en vigueur un système d'Assurance nationale en cas de maladie, auquel doivent obligatoirement souscrire toutes les personnes employées, de seize à soixante-dix ans, et dont le revenu total est inférieur à 250 livres sterling par an. Cette catégorie embrasse la majeure partie de notre population ouvrière. La contribution exigible des personnes employées se prélève sous forme d'un timbre que le patron est chargé d'apposer chaque semaine sur une carte ou fiche individuelle. Le montant de cette contribution hebdomadaire varie suivant le sexe de la personne employée, mais il est, en moyenne, de neuf pences par semaine. Bien que ces contributions soient réunies par les soins de l'État, les secours sont distribués par des organes connus sous la désignation de *Sociétés approuvées* (Approved Societies). Ces dernières constituent en somme des associations de prévoyance en cas de maladie, sur une échelle plus ou moins importante, organisées par les membres des divers corps de métier ou des diverses professions, à des époques différentes. Par exemple les cheminots anglais ont leur société, de même que les menuisiers. Il ne faut pas confondre ces Sociétés approuvées avec les *Syndicats professionnels* (Trade Unions) dont elles diffèrent entièrement. Les capitaux dont disposent ces sociétés sont absolument séparés et ne peuvent point s'employer à des fins politiques. D'ailleurs leur comptabilité est soumise au contrôle du Gouvernement.

Ces sociétés, tout en s'occupant de l'administration de fonds appartenant en somme à l'Etat, laissent pourtant, de par leur caractère privé, libre champ au génie individuel, au point de vue direction, et échappent ainsi à l'influence de l'Etat.

Jusqu'à une date toute récente, les sommes versées à ces diverses sociétés servaient uniquement à la rémunération des médecins soignant les membres de la société, à l'achat de médicaments et au versement hebdomadaire d'une somme attribuée à titre de secours à chaque membre de la société atteint de maladie, pendant toute la durée de cette dernière. Pourtant, au cours d'une vérification récente, on a constaté que, par suite de l'amélioration de l'état de santé générale de la population, ces sociétés avaient été amenées à accumuler des excédents considérables, se chiffrant en tout par plusieurs millions de livres sterling pour l'ensemble du pays. Alors l'Etat a exigé que ces sociétés effectuent la distribution de ces sommes, sous forme de bénéfices supplémentaires, aux membres de chaque société, avec faculté de choisir entre les trois solutions suivantes : 1° Traitement dentaire; 2° Traitement opthalmique; 3° Majoration du secours versé en cas de maladie.

La majorité de ces sociétés a opté pour le traitement dentaire.

Cette solution a nécessité une entente avec les praticiens privés de l'art dentaire, au sujet des honoraires et des méthodes à suivre pour le traitement.

Par suite, les dentistes de la Grande-Bretagne sont ce qu'on appelle maintenant *Public Dental Service Association of Great Britain* (P. D. S. A.), afin de sauvegarder, comme il convient, nos intérêts légitimes relatifs à la question des honoraires. Cette Association est entièrement distincte de nos sociétés professionnelles : par le fait, elle constitue un syndicat destiné à réaliser l'unification de notre attitude vis-à-vis des Sociétés approuvées.

Notre Association se subdivise, en Grande-Bretagne et en Irlande septentrionale, en diverses branches. L'Etat libre d'Irlande n'entre point dans la constitution de cet organisme, car à l'heure actuelles ce pays se trouve sous un régime analogue à celui de l'Australie ou du Canada; pourtant, on y a déjà jeté les bases d'une société similaire à la P. D. S. A. On peut dire que chaque branche embrasse, plusieurs comtés. A son tour, chaque branche comporte plusieurs sections ou subdivisions, dont la sphère d'action correspond généralement à chaque comté ou à chaque forte agglomération urbaine qu'englobe la section.

Tous les dentistes sont invités à se joindre à l'Association. Le personnel exécutif des diverses branches et sections est élu chaque année, de même que les représentants élus des diverses branches faisant partie du Grand Conseil de Londres. Ce Conseil constitue le corps exécutif pour tout l'ensemble du pays, et, avec l'approbation de la majorité des différents représentants, il a la faculté de passer des accords définitifs et légalement valables avec les diverses Sociétés approuvées, accords dont les termes sont

obligatoires pour les membres de l'Association, à propos des honoraires, etc.

Bien que l'Association soit de fondation relativement récente, elle a déjà pu faire accepter un accord relatif à un tarif déterminé pour les honoraires, ainsi qu'une convention conformément à laquelle les Sociétés approuvées s'engagent à interdire tous leurs membres de se faire traiter par un dentiste ne faisant point partie de la *Public Dental Service Association*. C'est là un grand pas dans la voie de la solidarité. Tous les dentistes sont admis à faire partie de l'Association, sans aucune distinction; par contre, il n'est permis à aucun dentiste ne faisant point partie de l'Association de nous couper l'herbe sous le pied.

Au cas où un membre d'une Société approuvée fonctionnant pour les besoins de l'Assurance de la Santé Nationale veut recevoir des soins dentaires, il doit tout d'abord demander à sa société une lettre spéciale (*dental letter*) à cet effet. L'intéressé présente alors cette lettre spéciale à un dentiste de son choix, faisant partie de l'Association. Le dentiste examine l'intéressé et, dans la case réservée à cet effet, inscrit la somme à laquelle il estime le prix du travail à exécuter, ainsi que tous les détails afférents. Puis le dentiste appose le timbre gommé dont fait usage l'Association, et y écrit son nom. Ces timbres spéciaux ne sont délivrés qu'aux dentistes faisant partie de notre Association, tandis que les Sociétés approuvées se refusent à reconnaître toute évaluation émanant d'un dentiste qui n'a point apposé ce timbre sur son devis. De cette façon, on assure la protection parfaite des intérêts légitimes des membres de l'Association.

Ensuite, la Société retourne le devis estimatif au dentiste, en lui indiquant la somme jusqu'à concurrence de laquelle elle participera à la dépense, ainsi que la somme que devra verser le malade.

Une fois le travail terminé, le malade appose sa signature sur la lettre spéciale où l'achèvement est consigné et verse au dentiste, en espèces, la somme tombant à sa charge. Puis le dentiste renvoie le devis à la société qui, en général, verse au dentiste sa contribution dans le délai d'un mois.

Bien que ce système ne fonctionne en Angleterre que depuis peu de temps, on peut voir que, tout en instituant un service dentaire sous l'égide de l'Etat, on a pourtant laissé au public le droit de choisir librement son dentiste, tandis que le dentiste lui-même est à l'abri des surprises que peut laisser le travail à crédit. Nous ne considérons pas que les tarifs des honoraires soit élevé, mais ce n'est qu'en nous groupant, entre professionnels, que nous pouvons nous attendre à être traités d'une manière juste et équitable par le Gouvernement, comme par le public.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination, à la demande de la F. D. N., du Dr Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de l'Université Laval, à Montréal, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Tous ceux qui connaissent le Dr Dubeau, un des familiers des Congrès de l'A. F. A. S. et des sessions de la F. D. I., et les services qu'il rend à l'enseignement, applaudiront à cette nomination.

Nous adressons toutes nos félicitations à M. Dubeau, promoteur et créateur de la seule école dentaire de langue française existant en Amérique.

Distinctions honorifiques. — Nous relevons dans l'*Officiel* du 15 février les distinctions honorifiques suivantes :

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Bastien, professeur à l'École odontotechnique,
Lebled, membre de l'A. G. S. D. F. (Avranches).

Officier d'Académie.

Sutter, chirurgien-dentiste de l'École normale d'Annecy.

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

Nomination de dentistes militaires. — Par décision ministérielle du 2 mars 1925, les dentistes militaires de 2e classe de réserve ci-après libérés du service actif par application de la loi du 22 décembre 1924 reçoivent les affectations suivantes :

M. Muller (Louis-Auguste), du 14e corps d'armée.
Millery (Robert-Eugène), du 14e corps d'armée.
Koven (Samuel), de l'armée française du Rhin.
Rouget (René-Roger), du 8e corps d'armée.
Varlet (Marcel), du Gouvernement militaire de Paris.
Magninet (Jean-Emile), du 2e corps d'armée.
Langenbuch (Ernest-Joannès), de l'armée française du Rhin.
Bidau (Marcel), du gouvernement militaire de Paris.
de Ribaucourt (Pierre-Adrien), du 14e corps d'armée.
Riboulet (Pierre), du 4e corps d'armée.

(*Journal Officiel* du 8 mars 1925.)

Concours du premier ouvrier de France. — Nous apprenons que M. Jean Louxinger, mécanicien au laboratoire de prothèse dentaire de MM. Pomiès, Bugnet, Debras et Cie, a obtenu le prix de prothèse dentaire au concours du premier ouvrier de France.

F. D. N. — La F. D. N. s'est, dans sa dernière réunion, occupée de la représentation française au Congrès dentaire international de Philadelphie en 1926.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement; un droit d'entreé de 12 francs est versé, lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis, nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire); s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but); s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés; en effet ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers : il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une idée des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirugiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès*, afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Association générale syndicale des Dentistes de France

45, Rue de La Tour-d'Auvergne Paris, X^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS

Nom ..... prénoms .....
membre ou épouse de membre de l'A. G. S. D. F.,
né... le ..... à ..... département .....
domicile actuel : .....
à ..... département .....

Je soussigné...., déclare, après avoir pris connaissance des statuts et les accepter sans réserve.

1° Faire partie de l'A. G. S. D. F.[1] comme membre .....
Que mon mari est membre ..... de l'A. G. S. D. F.[2].

2° Etre en parfait état de santé;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de[2]

.....
adresse .....

4° M'engager à verser 10 francs plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'A. G. S. D. F. en déposant à la présente la somme de 12 fr. comme droit d'entrée (art. 3).

\+.....

Signature :

\+ *Mettre à la main au-dessus de la signature les mots :* LU ET APPROUVÉ.

1. Le Règlement de l'Aide immédiate au cas de décès a été publié dans le numéro de janvier 1925 du Journal *L'Odontologie*.

2. Effacer la formule non utilisée.

3. Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré à 2 fr. 40 son ou ses bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc.;

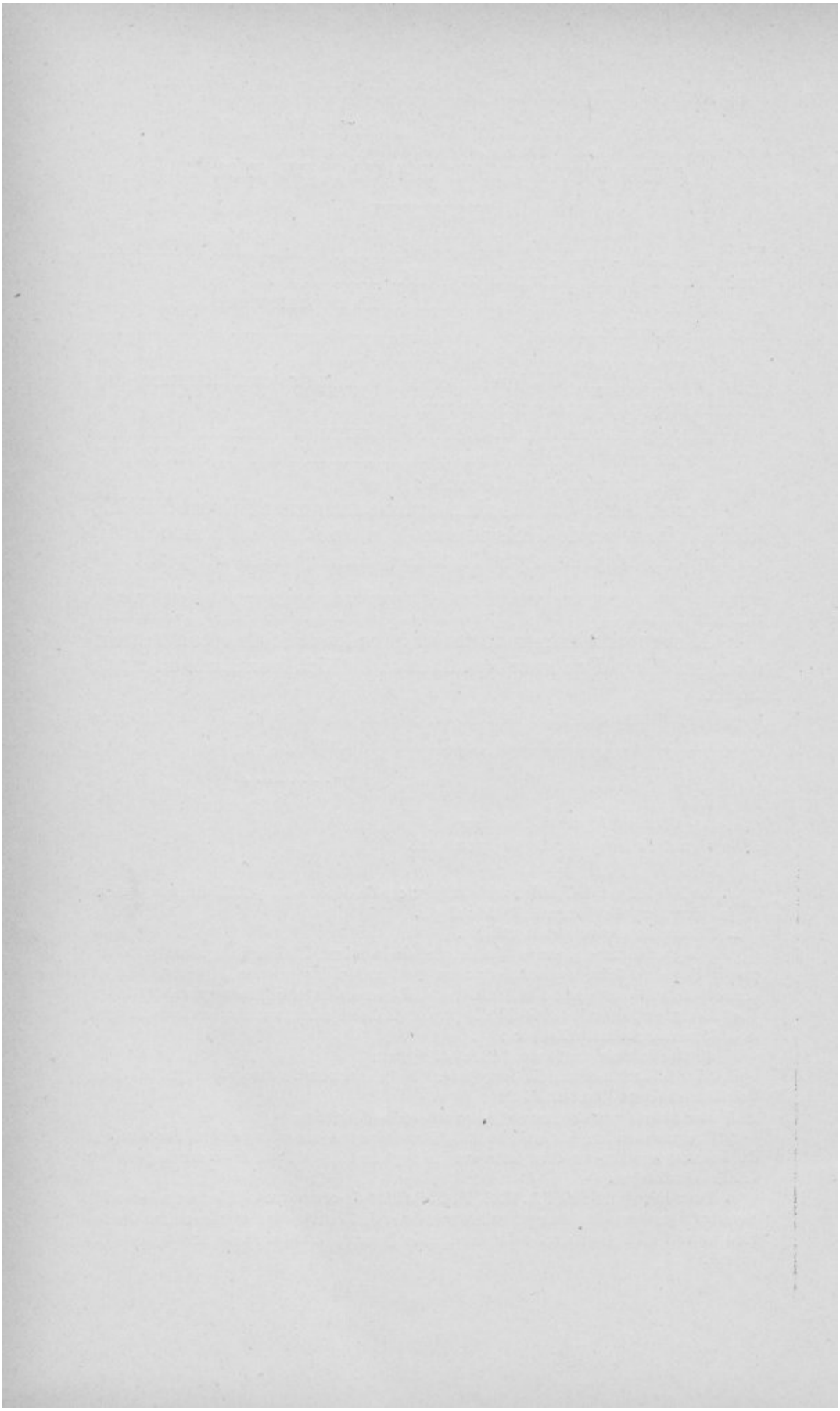
b) Mettre la date en toutes lettres et signer;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon à ce que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire;

e) Écrire sur la feuille ainsi pliée : *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau*; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

4. Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association et verser une cotisation annuelle de 30 francs : Le service du Journal *L'Odontologie* sera également assuré.



45e ANNÉE. N° 4. 30 AVRIL 1925 VOL. LXIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SINUSITES PYORRHÉIQUES

Par le Dr Maurice ROY

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Liége, 1924)

Depuis fort longtemps l'on connaît les rapports de certaines dents de la mâchoire supérieure avec le sinus maxillaire ; on sait que les racines des grosses molaires et des deuxièmes prémolaires, sont en rapport de contiguïté assez étroit avec le sinus maxillaire et que même parfois par suite du volume plus considérable de cette cavité (volume très variable suivant les individus) les racines de ces dents plongent directement dans le sinus maxillaire ou plutôt ne sont séparées de cette cavité que par une lamelle osseuse extrêmement mince.

Si, dans ces conditions, une infection pulpaire se produit dans l'une de ces racines, elle gagne le périapex et détruit rapidement la lamelle osseuse qui la sépare du sinus et infecte secondairement cette cavité. Les trois quarts, si ce n'est les neuf dixième des sinusites maxillaires purulentes, doivent leur origine à une cause dentaire.

Mais, parmi ces causes dentaires, il en est une qui est très peu connue et au sujet de laquelle je ne connais pour ma part aucune publication, c'est la sinusite consécutive à la pyorrhée alvéolaire. Cette complication est certainement rare, car, pour ma part, je n'en ai observé qu'un petit nombre de cas, néanmoins il m'a semblé intéressant d'appeler l'attention sur elle, car elle est susceptible d'entraîner des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades.

Voici à titre d'exemple une des premières observations que j'ai recueillies.

M. P..., 35 ans, est pris soudain de très violentes douleurs dans la mâchoire supérieure droite avec irradiations dans toute la face du même côté ; il va trouver un dentiste qui, ne voyant aucune dent malade, mais constatant un peu de rougeur et de gonflement au niveau de la seconde molaire supérieure, fait des pointes de feu à ce niveau. Cette intervention n'apporte aucun soulagement, les douleurs augmentent dans la face et le malade vient alors me trouver.

Il ne présente rien de particulier du côté de la face ; dans la bouche je constate que ce malade paraît avoir de très bonnes dents exemptes de caries et bien rangées et que l'hygiène de la bouche, sans être parfaite, est assez satisfaisante. La gencive est rouge et légèrement tuméfiée au niveau des 2e et 3e molaires supérieures, on y voit la trace des pointes de feu faites récemment.

Les différentes dents de la région tant à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure se montrent totalement exemptes de carie ou d'obturation, leur coloration est normale, elles sont solides, ne remuent pas.

La percussion verticale provoque une légère sensibilité au niveau des 2e et 3e molaires supérieures. Pensant à la possibilité d'une pulpite sans carie je recherche la sensibilité à la percussion transversale dont j'ai signalé autrefois l'importance comme moyen de diagnostic [1], il n'y a aucune modification à ce mode d'exploration et la recherche de la sensibilité au froid du stypage au chlorure d'éthyle montre que toutes les dents de la région sont sensibles et sans que cette exploration provoque de crises douloureuses prolongées au niveau de l'une des dents comme cela s'observe lorsque la pulpe est enflammée. Par conséquent toutes les dents avaient leur pulpe vivante et, apparemment, non enflammée.

Bien que la gencive parût normalement insérée au collet de ces différentes dents, j'explore alors, comme je le fais toujours systématiquement, la rainure gingivo-cervicale des deux dernières dents ; celle-ci paraissait normale sur tout leur pour-

1. Maurice Roy. Les altérations pulpaires sans carie. *L'Odontologie*, 30 mai 1911, p. 433.

tour quand, à la partie mésio-vestibulaire de la dent de sagesse, la sonde s'enfonce à une grande profondeur dans un pertuis très étroit ; il y avait là un cul-de-sac extrêmement profond et un stylet fin introduit dans ce cul-de-sac conduit sans effraction dans le sinus maxillaire.

Cette constatation éclairait immédiatement le diagnostic et explique la prédominance des irradiations douloureuses dans la face avec des phénomènes très peu marqués du côté de la bouche et des dents ; il s'agit d'une infection du sinus maxillaire par l'intermédiaire d'un cul-de-sac pyorrhéique très étroit existant le long de la racine mésiale de la dent de sagesse et s'étendant jusqu'au niveau du sinus, très développé chez ce malade. Chose curieuse, cette complication a pu se faire sans détruire en même temps le filet pulpaire de cette racine comme le montrait l'absence de tout signe pathologique de la pulpe de cette dent.

J'enlevai immédiatement la dent de sagesse et je fis un lavage du sinus qui ne donna issue à aucune trace de pus. Le malade fut rapidement soulagé, mais je le tins en observation pendant quelque temps pour surveiller l'état de son sinus qui, heureusement, était infecté assez superficiellement, car un second lavage que je fis huit jours après l'extraction montra également l'absence complète de suppuration. La cicatrisation alvéolaire se poursuivit sans incident.

Cette observation peut servir de type pour tous les cas que j'ai observés qui, à quelques petites particularités près, se sont déroulés dans les mêmes conditions.

Dans tous ces cas, il s'agissait d'une seconde ou d'une troisième molaire ; dans une de mes observations le cul-de-sac intéressait à la fois la racine mésiale de la seconde molaire et la racine distale de la première molaire, ce qui m'a obligé à sacrifier les deux dents.

Il s'agit toujours de culs-de-sac étroits, à faible ouverture gingivale et, à cause de cela, facilement méconnus. C'est pour moi l'occasion d'insister une fois de plus sur le point que j'ai signalé à maintes reprises dans mes travaux antérieurs sur la pyorrhée : à savoir la nécessité d'explorer systématiquement

chez tous les malades la rainure cervico-gingivale des dents ; seule cette exploration permet le diagnostic et le traitement précoce de la pyorrhée alvéolaire que le dentiste doit savoir reconnaître à sa période initiale et non lorsque la dent est déjà branlante et suppurante.

Je signale encore à cette occasion les dangers de ces culs-de-sac étroits et profonds dans lesquels les produits infectieux, ne trouvant pas facilement une issue au dehors, vont faire des destructions profondes, ainsi que cela se produit par exemple dans les abcès que j'ai dénommés *abcès pyorrhéiques serpigineux*.

Dans l'observation que j'ai donnée comme exemple il n'y a pas eu de suppuration du sinus, mais il n'en est pas toujours ainsi ; même quand elle n'existe pas au moment de l'extraction on peut la voir se produire secondairement après celle-ci. Un malade chez lequel je n'avais pas constaté de suppuration au moment de l'extraction, en a présenté une assez intense quelques jours après cette intervention qui, du reste, n'avait pas amené une disparition complète des douleurs.

Cette complication de la pyorrhée alvéolaire est évidemment en rapport avec une disposition anatomique particulière et avec un sinus très développé, séparé des racines des molaires par une cloison très mince.

Il faut, en conséquence, surveiller particulièrement les molaires des malades qui ont présenté des accidents semblables ; un malade que j'avais traité pour une sinusite pyorrhéique du côté gauche a fait quelque temps après une sinusite de même origine du côté droit.

L'observation de ce dernier malade est intéressante : Il s'agissait d'un homme de 25 ans qui était venu me consulter un an auparavant pour se faire soigner quelques caries et chez lequel j'avais constaté une pyorrhée très avancée malgré son jeune âge. J'appelai l'attention du malade sur ce point, mais aucun traitement ne fut pratiqué.

Au mois de mai dernier ce malade revint me trouver souffrant atrocement du côté gauche de la face ainsi que dans les dents du même côté. Je constatai un peu de sensibilité à la percussion de la 1re et de la 2e grosse molaire, mais de

la sensibilité de ces dents au froid, indice net de la vitalité de la pulpe. Pensant, en raison du caractère des douleurs ressenties par le malade, à la possibilité d'une sinusite, j'explorai la rainure gingivale et constatai, à la face mésiale de la 2e molaire un cul-de-sac étroit par lequel je pénétrai dans le sinus. Cette dent portait sur cette face une obturation très largement débordante qui n'avait pas été étrangère au développement de ce cul-de-sac (fig. 1). J'enlevai la 2e grosse molaire ; mais, constatant que le cul-de-sac intéressait également la face distale de la 1re grosse molaire jusqu'au voisinage du sinus, j'enlevai également cette dent. Un lavage fait dans le sinus ne donna pas de pus. Les douleurs, quoique moins vives, ne disparurent pas complètement après les extractions et un lavage du sinus pratiqué deux jours après montra une suppuration assez abondante qui ne disparut qu'après trois semaines de lavage.

Un mois s'était à peine écoulé que le malade revenait me trouver avec les mêmes phénomènes douloureux, mais du côté droit cette fois. La 1re grosse molaire avait eu ses racines soignées et obturées par moi un an auparavant et ne présentait pas de sensibilité ; la 2e grosse molaire non cariée présentait un cul-de-sac qui, partant de la face distale de la dent, passait entre les racines jusqu'au niveau de sa racine mésiale au niveau de laquelle le sinus était perforé (fig 2). J'enlevai cette dent dont la pulpe commençait à s'al-

Fig. 1.

Fig. 2.

térer dans sa racine mésiale alors qu'elle était encore normale dans les deux autres racines. Un lavage fait dans le sinus

donna issue à du pus, mais des lavages faits régulièrement firent disparaître la suppuration au bout de quelques jours.

Dans ce dernier cas une observation superficielle et l'examen de la radio (fig. 2) auraient pu faire penser que les phénomènes observés étaient déterminés par la 1re grosse molaire dont on voit les racines obturées et même l'une d'elles avec un petit champignon de pâte obturatrice à l'apex de l'une des racines ; il n'en était cependant rien, comme l'a montré la suite et la démonstration en a été faite avec évidence par le traitement. En effet, les douleurs ont disparu immédiatement après l'extraction de la 2e grosse molaire et la sinusite se guérit en quelques jours bien que la 1re grosse molaire avec ses racines obturées n'ait pas été enlevée et soit toujours en place.

Je rappelle que le malade ayant fait ces gros accidents pyorrhéiques n'avait que 25 ans et avait une pyorrhée presque généralisée.

Le diagnostic de cette complication sera basé sur la recherche minutieuse d'un cul-de-sac pyorrhéique profond, le long de l'une des racines de molaires supérieures dans les cas de sinusite sans infection pulpaire. Toutefois il faut savoir que, si la pulpe peut n'être pas altérée, ainsi que cela était dans la première observation que j'ai citée et dans quelques autres, il peut y avoir concurremment infection pulpaire par une pulpite rétrograde produite par le développement du cul-de-sac jusqu'à l'apex[1] comme cela existait dans ma seconde observation.

En ce qui concerne le traitement, ces accidents seront évités par le traitement précoce et convenable de la pyorrhée, beaucoup trop négligé par le dentiste, d'autant que, comme cela est naturel, cette affection se guérit d'autant mieux qu'elle est traitée alors que les lésions sont moins avancées.

Si la sinusite pyorrhéique est produite, l'extraction de la dent causale est le seul traitement et s'impose immédiatement pour soulager le malade et pour tâcher d'éviter les phénomènes de suppuration qui peuvent compliquer l'affection.

1. Maurice Roy. Les troubles pulpaires dans la pyorrhée, *L'Odontologie*, 1922, p. 72.

LES RAPPORTS DE L'OPHTALMOLOGIE AVEC L'ART DENTAIRE

Par M. le Dr MONBRUN,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 mars 1925).

Je suis flatté de prendre la parole devant vous. Je remercie M. le Président et particulièrement mon ami, le Dr Solas, d'avoir pensé à moi.

Les troubles oculaires d'origine dentaire étaient connus depuis long emps, mais d'une manière confuse. C'est Ambroise Paré qui a appelé la canine supérieure : dent de l'œil. Au XVIIIme et au XIXme siècles on publia de nombreuses observations d'affections oculaires guéries à la suite d'extraction de dents cariées : mais ces observations manquent de précision.

C'est surtout depuis la radiographie et la bactériologie qu'on a pu étudier la question. Vous savez mieux que moi que la radiographie vous permet de déceler souvent des lésions apexiennes ou autres qui peuvent passer inaperçues. D'autre part, les recherches bactériologiques ont permis, dans certains cas, de trouver au niveau de l'orbite ou dans l'hémoculture les mêmes microbes qu'au niveau de la dent. Ceci nous a donc permis de bien rattacher certaines affections oculaires à leur origine dentaire.

Dans quels cas aurez-vous à constater ou à craindre des troubles oculaires ?

1° Les complications oculaires dues aux *anomalies congénitales* sont tout à fait rares, exceptionnelles. J'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ans, le cas communiqué par M. de Lapersonne à l'Académie de Médecine en 1923. Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans qui avait une exophtalmie unilatérale. La radiographie a montré la présence de 12 dents dans l'orbite (vous savez que les dents contenues dans le maxillaire supérieur peuvent par suite d'un vice de développement, évoluer vers l'orbite), l'opération a permis de retirer quelques dents.

2° A une autre période, au *moment de la dentition* (la première, ou la deuxième) ; il peut y avoir des complications oculaires ou autres. Vous savez qu'on a beaucoup exagéré : on attribuait pendant longtemps certains troubles de l'enfance, soit aux vers intestinaux, soit aux dents. Toujours est-il qu'il faut y penser. Au moment où les dents perforent les gencives pour se faire jour, les désordres locaux peuvent déterminer des troubles par voie réflexe ; on a signalé la crainte de la lumière (photophobie), le larmoiement, la kératite le blépharospasme, etc...

3° *Les caries dentaires* sont plus fréquentes au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur. Du moins c'est ce que j'ai vu dans certaines statistiques et je vous demande si c'est bien exact. Ce détail a un certain intérêt pour nous en ce qui concerne les complications de voisinage. Au maxillaire inférieur les complications à distance, par voie sanguine ou par voie réflexe, étant seules à envisager.

D'après Magitot, les dents cariées seraient le plus souvent les 1re et 2e molaires. Dans les recherches que l'on a faites pour savoir à quelles dents étaient dus plus particulièrement les troubles oculaires, c'est le maxillaire supérieur qui intervient. C'est surtout la 1re molaire et les prémolaires qui seraient les dents coupables en ce qui concerne l'ophtalmologie, probablement à cause des relations de voisinage avec le sinus maxillaire.

Je ne veux pas vous faire un cours d'art dentaire, mais après la carie dentaire, ci ons la *pyorrhée alvéolaire*, les *corps étrangers* et les *causes d'ordre thérapeutique*. L'*extraction d'une dent* peut entraîner des complications : les anciens auteurs signalent des fractures de l'alvéole avec complications septiq es ; mais à l'heure actuelle cela doit être exceptionnel, grâce à l'asepsie et à l'antisep ie modernes, et au perfectionnement de l'outillage. Il faut néanmoins savoir qu'une extraction faite par quelqu'un d'inexpérimenté peut provoquer des complications.

La *thérapeutique conservatrice*, elle aussi, peut être en cause. Vous dévitalisez les dents et les rendez absolument inoffen-

sives par une stérilisation minutieuse de la cavité et des canaux, avant de pratiquer l'occlusion. Mais malgré ces précautions, des infections péri-apexiennes peuvent rester plus ou moins silencieuses : ce genre de complication est très fréquent pour les Américains. Sont-ils plus maladroits et moins aseptiques que vous ? Le cri d'alarme est parti d'Amérique, non seulement des Etats-Unis, mais aussi de Montréal. Et on est arrivé à dire que la plupart des infections oculaires étaient dues à des lésions dentaires méconnues.

Il y a là une exagération manifeste.

Je viens de faire allusion à la *fréquence des complications oculaires d'origine dentaire*. Sont-elles fréquentes ? La réponse est difficile. Pour les dentistes et oculistes français, les complications oculaires seraient relativement rares, tandis que certains comme Dor, de Lyon, affirment au contraire que les affections dentaires constituent l'un des facteurs les plus importants qui conduisent les malades chez l'oculiste. Je crois que ceux-ci, comme les Américains, exagèrent.

Au congrès de la Société d'Ophtalmologie, cette question, qui nous avait intéressé, fut l'objet d'un rapport très documenté de notre ami le Dr Camille Fromaget, de Bordeaux, qui a eu à dépouiller quantités d'observations et à discuter cette question de fréquence ou de non fréquence.

En Amérique, dans une statistique citée par Fromaget : Lang dit que sur 215 cas d'affections oculaires, 139 seraient dues aux dents. Black dit que la bouche est, sans aucun doute, la cause la plus fréquente de lésions de l'œil. Si les complications oculaires d'origine dentaire étaient si fréquentes, vos malades se plaindraient plus souvent de lésions oculaires.

Avant d'étudier les troubles oculaires d'origine dentaire, il faut dire quelques mots des *rapports anatomiques*. Vous savez combien le maxillaire supérieur est rapproché de l'orbite. Au point de vue oculaire, il est important de savoir que la paroi inférieure, ou plancher de l'orbite, est formée par la paroi supérieure du sinus maxillaire. L'infection peut se transmettre à l'orbite par cette lame osseuse extrêmement fine. Ce tableau vous montre les rapports évidents qui existent entre

l'orbite et le sinus maxillaire. Il y a autre chose à connaître, ce sont les rapports avec les voies lacrymales. Le canal lacrymal vient déboucher dans le nez à ce niveau. Vous voyez que le sac lacrymal répond en dedans à cette gouttière osseuse formée par la branche montante du maxillaire supérieur. La muqueuse du sac repose sur le périoste. Les ostéo-périostites de la branche montante du maxillaire inférieur peuvent donc, très facilement, déterminer une dacryocystite.

Plusieurs auteurs ont décrit sur la face antérieure de la branche montante du maxillaire, des petits conduits qui communiquent avec les alvéoles.

Dans l'orbite, voici l'œil et les différents muscles : le droit interne, le droit externe ; les autres muscles : droit inférieur, droit supérieur, petit et grand obliques. Voilà le nerf optique sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Nous allons étudier : 1° les complications de voisinage ; 2° les complications d'ordre réflexe ; 3° les complications septicémiques.

I. Les COMPLICATIONS DE VOISINAGE. — Vous les avez entrevues en jetant un coup d'œil sur ces tableaux ; c'est tout d'abord le *larmoiement* par inflammation des voies lacrymales, que je viens de vous montrer.

Dans certains cas, le sac lacrymal, lui-même, est normal et il y a, en avant de lui, un abcès ostéo-périostique, comme chez un malade observé il y a 2 ans par mon maître, M. Morax, ophtalmologiste de l'Hôpital de Lariboisière. Ce malade, qui avait une incisive cariée, venait de présenter une fluxion dentaire peu de temps avant. L'abcès a été incisé ; une sonde allait nettement vers la racine de la dent incriminée. La dent a été extraite. Ce qu'il y a d'intéressant et qui montre bien la cause de relation à effet, c'est qu'on a trouvé dans l'abcès du streptocoque un bacille allongé anaérobie, et du bacille fusiforme : association qui fait penser à l'origine buccale.

Un malade de l'Hospice des Quinze-Vingts atteint d'abcès lacrymo-nasal est envoyé à Lariboisière, où le service dentaire confirme que cet adéno-phlegmon est bien en rapport avec une

gangrène pulpaire de la canine gauche. On incise l'abcès, on soigne la dent et le malade guérit rapidement.

Je vous raconterai aussi l'histoire d'un de mes patients, qui est venu chez moi la semaine dernière avec un larmoiement considérable du côté gauche. J'avais justement l'attention attirée sur les complications oculaires d'origine dentaire puisque je devais avoir l'honneur de parler ici ce soir. Il a ouvert sa bouche ; superbe dentition, mais la première prémolaire gauche cariée était obturée, je ne sais comment ; entre la substance obturatrice et sa dent, il y a ait un trou dans lequel on aurait pu enfoncer la pointe d'une plume. Cette dent, me dit-il, le faisait souffrir depuis quelques jours, et il venait précisément de prendre rendez-vous avec son dentiste. Je le reverrai dans quelques jours et constaterai probablement que son larmoiement a diminué ou disparu.

Il peut y avoir aussi du larmoiement consécutif à une sinusite maxillaire.

Etudions maintenant les complications orbitaires consécutives à la *sinusite maxillaire* d'origine dentaire. Vous savez que la sinusite maxillaire d'origine dentaire peut, au début, souvent passer inaperçue, mais bientôt revêtir une forme envahissante.

L'infection peut gagner le plancher de l'orbite et déterminer un phlegmon de l'orbite.

Le *phlegmon de l'orbite* est extrêmement grave, il se termine le plus souvent par la mort. L'œil est bloqué, et ceci se comprend très bien puisque le phlegmon envahit tous les muscles de l'orbite ; l'œil est immobile. Vous voyez, tout de suite, comment l'infection peut se propager. Par le canal osseux où passe le nerf optique, par la fente sphénoïdale où passent les différents nerfs moteurs et sensitifs, l'infection se transmet aux méninges ou au cerveau.

Une autre complication mortelle est la *thrombo-phlébite du sinus caverneux*. Le sinus caverneux est une grande cavité veineuse intracranienne. La veine ophtalmique, dont l'origine continue la veine faciale, draine le sang de l'orbite, traverse la fente sphénoïdale et se jette dans le sinus caverneux.

Ces cas sont heureusement exceptionnels, mais il faut y penser, car notre responsabilité peut être en jeu.

II. ETUDIONS MAINTENANT LES TROUBLES RÉFLEXES. — Les troubles sensitifs sont indéniables : on a souvent des névralgies qui, au lieu d'être limitées aux nerfs maxillaires supérieur ou inférieur, peuvent se transmettre au domaine de la BRANCHE SUPÉRIEURE DU TRIJUMEAU, c'est-à-dire au *nerf ophtalmique*. Nous aurons donc à penser que certaines *douleurs orbitaires* peuvent être dues à une irritation du trijumeau d'origine dentaire.

Dans certains cas le trouble réflexe, atteignant la branche ophtalmique du trijumeau, peut se traduire par l'anesthésie de la cornée (kératite neuro-paralytique). Cette kératite se complique d'ulcérations de la cornée pouvant aller jusqu'à la perforation. Voilà pour la branche ophtalmique du trijumeau.

Le nerf facial fait contracter les paupières ; on a signalé des *paralysies faciales* d'origine dentaire (les paupières ne peuvent se fermer, et l'œil n'est plus protégé). Il peut y avoir, au contraire, *blépharospasme*, ou de véritables tics des paupières.

L'atteinte d'un nerf moteur de l'œil se traduit par du *strabisme*. Supposez qu'un muscle soit paralysé, les deux yeux ne regarderont plus dans la même direction, c'est le « strabisme paralytique ». Le « strabisme concomitant » est dû à un vice de réfraction : l'un des deux yeux est plus myope, plus hypermétrope, ou plus astigmate que l'autre. Le meilleur œil, celui qui est le plus voisin de la réfraction normale, regarde ; l'autre qui a une vision défectueuse, ne fixe pas et dévie, il louche. Cette forme de strabisme est la plus fréquente. Comme elle se produit dès l'enfance, les parents ne manquent pas de l'attribuer « aux convulsions », « à la dentition », etc... Pour certains auteurs les dents seraient en cause dans quelques cas. Mais ces cas doivent être rares, et il ne peut s'agir que de légers strabismes passagers d'ordre réflexe. On a signalé également le nystagmus.

La *pupille* est quelquefois rétrécie (myosis) à la suite de lésions dentaires. Dans les cas plus nombreux on a observé de

la dilatation pupillaire (mydriase) persistant quelques jours à la suite d'une avulsion dentaire.

Normalement à partir d'un certain âge l'accommodation devient déficiente, et on est obligé de porter des verres pour voir de près (c'est la presbyopie). On a signalé des cas de *troubles passagers de l'accommodation* provenant chez des personnes jeunes à la suite de lésions dentaires.

Comment se produisent ces troubles réflexes ? Le point de départ serait le plus souvent les canines ou les prémolaires. Le réflexe se transmet par le trijumeau aux noyaux des autres nerfs.

III. Disons maintenant quelques mots des COMPLICATIONS A DISTANCE (complications infectieuses par voie sanguine).

Les plus importantes sont celles qui intéressent l'*uvée* et le *nerf optique*. Qu'est-ce que l'*uvée* ? On appelle ainsi la membrane nourricière de l'œil. Il y a 3 membranes qui sont de dehors en dedans : la sclérotique, membrane fibreuse qui enveloppe l'œil ; l'uvée, membrane nourricière, vasculaire, et la rétine. Vous comprenez pourquoi les affections septicémiques, microbiennes, vont atteindre l'uvée plutôt que toute autre partie de l'œil. Si une septicémie d'origine dentaire ou autre atteint l'œil, il est évident que c'est au niveau de la membrane vasculaire que se localisera l'infection.

L'uvée comprend la *choroïde*, le *corps ciliaire* et l'*iris*.

Il y a quelques années encore, l'origine dentaire des affections uvéales n'était pas connue ; on ne connaissait que les affections d'origine dentaire par propagation dont je vous ai parlé. Devant un malade, atteint de choroïdite ou d'iritis, il est difficile d'incriminer d'emblée les dents, d'autant plus que nous savons que, dans 75 °/₀ des cas, les manifestations oculaires sont dues à la syphilis, et que dans les autres cas le rhumatisme et la tuberculose, entre autres, sont fréquents. Mais s'il n'y a aucune affection, aucune infection connue, si les dents sont mauvaises et si après avoir traité les dents vous avez une amélioration con-

sidérable, il est évident qu'il faut rattacher ces complications oculaires à l'origine dentaire. Voici quelques observations que j'ai trouvées dans le rapport de M. Fromaget.

La première : il s'agit d'une jeune fille qui se présente avec une iritis. On ne trouve rien, examen clinique absolument négatif. Mais cette jeune fille avait une très mauvaise dentition, des maux de tête, douleur au niveau du maxillaire. On lui fait soigner les dents ; on pense à explorer le sinus maxillaire. On y trouve du pus. On traite la sinusite. On enlève de vieilles racines et l'iritis est complètement guérie.

Une autre observation. Iritis (de l'œil droit) à répétition produite plusieurs fois en quelques années. La vision était réduite à un cinquantième de la normale, le fond de l'œil était trouble. La malade raconte que sa vue avait baissé à deux reprises l'année précédente et que cela coïncidait avec une fluxion de la canine supérieure. On fait extraire la canine droite le 1er mai et le 4 mai la guérison est complète et l'acuité visuelle normale. Par conséquent, 3 jours après l'extraction de cette dent, la guérison est complète.

Une autre observation : choroïdite de l'œil droit. Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui présente une prémolaire droite plombée et douloureuse ; perte presque complète de la vision. On lui dit qu'il faut enlever la dent, elle refuse l'extraction. On déplombe la dent le 2 décembre. Guérison presque complète au bout de quelques jours. Vision normale le 13 décembre : donc 11 jours après le déplombage de cette dent, la malade est guérie, et elle est tellement bien guérie qu'elle demande qu'on lui replombe la dent. On le fait le 18 décembre et le 20 la vision retombe à 1/10 de la normale. Enfin on déplombe et la guérison est définitive.

Observation d'un auteur étranger (Dimmer) : extraction de molaires ; cho oïdite purulente avec suppuration complète de l'œil, qu'on est obligé d'énucléer.

Voyons maintenant le *nerf optique*. Les complications oculaires d'origine dentaire du côté du nerf optique ne sont pas extrêmement fréquentes, mais importantes et intéressantes. Il s'agit de névrite optique rétro-bulbaire. On ne

voit à l'ophtalmoscope aucun signe d'inflammation du nerf optique, et cette complication peut passer inaperçue ; dans la névrite rétro-bulbaire ce sont les fibres maculaires qui sont atteintes. Vous concevez la gravité de cette affection.

La macula, située au pôle postérieur de l'œil, est la partie la plus sensible et la plus importante de la rétine ; c'est avec la macula que nous lisons, que nous travaillons. L'atteinte des fibres optiques qui émanent de cette région se traduit donc par une diminution considérable de l'acuité visuelle. Une malade de 25 ans m'a été adressée le 1er février 1924 par un de mes camarades dentistes ; elle vint chez moi avec, du côté droit, un œil absolument normal et du côté gauche 1/10 seulement d'acuité visuelle. Cet œil ne présentait aucune lésion, mais il avait une atteinte d'un faisceau maculaire. En l'absence de toute autre manifestation clinique, j'étais tellement persuadé qu'il s'agissait d'une complication d'origine dentaire que je ne lui ai fait aucun traitement, mais j'ai dit à votre collègue de la soigner. Elle est revenue en avril avec une acuité visuelle de 5/10 et, en mai, elle était guérie. Cette vision qui était en train de se perdre du côté gauche est redevenue normale en mai (alors qu'en février elle était de 1/10), sans autres soins que les soins dentaires.

L'observation de St-Martin, de Toulouse, concerne une femme de 27 ans dont la vision était descendue à 1/10. Aucune maladie générale, rien du côté des sinus, pas de syphilis. Mais les dents sont douloureuses à la pression, deux prémolaires gauches sont cariées ; à la radio on trouve un gros kyste. Une amélioration se manifeste 48 heures après l'alvusion des dents malades. Elle avait une névrite rétro-bulbaire, et 48 heures après, la vision était redevenue meilleure, puis rapidement normale.

On envoie au Dr Villard, de Montpellier, une malade qui a une vision réduite à 1/50. Villard a l'idée de voir du côté des dents ; on découvre une mauvaise dentition au maxillaire supérieur droit et 48 heures après le traitement ou l'extraction des dents malades, la guérison est complète ; vision normale.

Comment se produisent ces accidents par la voie sanguine ?

Je ne vous apprendrai pas qu'en bactériologie dentaire, le streptocoque est très souvent en cause.

D'après une statistique, 150 fois sur 162 cas d'abcès apicaux, on aurait trouvé du streptocoque. Et plus particulièrement, comme vous le savez, le streptocoque viridans. Ce micro-organisme a une affinité spéciale pour certains tissus et peut-être pour les yeux. Benedickt rapporte une expérience démonstrative.

Un homme, atteint d'iritis récidivante, présentait une infection apicale d'une prémolaire supérieure. Après l'extraction, les germes de la dent infectée furent injectés dans le sang d'un lapin et déterminèrent une iritis bilatérale. Des cultures de ces germes injectés dans la veine d'un autre lapin donnèrent aussi de l'iritis.

Le streptocoque n'est pas seul en cause dans la question qui nous occupe, signalons le staphylocoque, l'entérocoque, le pneumocoque, de nombreux anaérobies, le bacille fusiforme, des spirochètes divers, etc...

Mon ami le Dr Bonnet-Roy a rapporté dans votre Journal *L'Odontologie* (1921), un cas mortel de broncho-pneumonie consécutive à un ostéo-phlegmon d'origine dentaire. Les cas de ce genre montrent bien que l'infection dentaire peut, par la circulation générale, atteindre un organe éloigné et s'y localiser. C'est ce qui se passe dans les complications septicémiques, métastatiques oculaires d'origine dentaire, et les observations que je vous ai signalées sont nombreuses. Dans les cas où cette pathogénie serait douteuse, l'*hémoculture* nous donnerait une certitude : on trouverait dans le sang le même microbe que dans la dent malade.

A ce sujet je vous signale la thèse fort intéresssante de Schutz, de Strasbourg (1923) :

Quelle est la conduite à tenir pour nous, ophtalmologistes, en présence de complications oculaires ? S'il s'agit d'*affections de voisinage*, sans hésiter et sans tarder, nous enverrons le malade au dentiste. S'il s'agit de *complications d'ordre réflexe*, nous chercherons d'abord s'il n'y a pas d'autres causes et nous prions notre malade de faire soigner ses dents. Dans les

complications à distance, la question sera plus difficile, car bien entendu, nous devons penser, tout d'abord aux facteurs étiologiques les plus fréquents.

Je vous disais tout à l'heure que l'iritis est due le plus souvent à la syphilis. Nous devons penser également à la tuberculose, au rhumatisme et aux différentes infections. Et lorsque nous ne trouverons aucune cause, il est évident que nous devrons engager le malade à faire soigner ses dents, car derrière ces dents obturées, couronnées, derrière les bridges, il peut y avoir une infection cachée qu'il faudra dépister. Je crois que, chez vous comme chez nous, il convient d'être prévenu parce que, comme nous le disions, mon ami Solas et moi, une question de responsabilité peut intervenir. On pourrait nous reprocher de ne pas avoir pensé en temps utile à l'origine dentaire d'une affection oculaire, et de l'avoir laissé évoluer. Vous avez vu, en effet, par les nombreux exemples que je vous ai rapportés ce soir, l'utilité évidente et l'efficacité rapide des soins dentaires, lorsqu'ils sont institués assez tôt.

La conduite à tenir pour nous, c'est de ne pas oublier le rôle des lésions dentaires dans la pathologie oculaire, et de travailler en liaison avec vous.

PRÉSENTATION D'UN MALADE ATTEINT D'ÉROSION DENTAIRE

Par Louis VIAU,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 3 mars 1925*)

En octobre 1920 j'ai eu l'honneur de vous lire un modeste travail sur un cas extrêmement curieux d'érosion dite chimique. Je ne vous infligerai pas à nouveau la lecture de cette observation, mais il me semble utile de vous en rappeler les caractères tout à fait particuliers. Cette usure se présentait à cette époque presque uniquement au maxillaire supérieur, ce qui n'est pas rare, mais, fait tout à fait exceptionnel, sa localisation était à la face palatine des molaires et prémolaires. Les canines et incisives n'étaient pas épargnées, mais à ce niveau l'usure était moins prononcée. Rien du côté héréditaire ou familial ne pourrait nous expliquer cette érosion, pas plus que certains mouvements de la mandibule ne pouvaient nous faire croire à une usure mécanique.

Les modèles que je vous montre sur un articulateur anatomique nous en donnent une preuve suffisante.

Je dois vous dire qu'actuellement les dents inférieures sont touchées, mais spécialement sur les facettes articulaires et cela très certainement par suite de l'abaissement de l'articulation, dû à la disparition presque totale des tubercules palatins supérieurs. Je n'insisterai pas non plus sur l'usure par le brossage, puisque nous ne constatons aucune trace d'érosion sur les faces vestibulaires des dents pas plus qu'aux bords cervicaux.

Je vous rappelle qu'à cette époque l'état général de mon patient était très peu brillant et qu'il présentait des symptômes très nets de dyspepsie hyperchlorhydrique.

Je viens de revoir M. X... après deux années d'absence, période pendant laquelle il n'a pas jugé utile de me rendre

visite, parce qu'il ne souffrait plus. Eh bien ! la marche de cette affection pendant cette période a été telle que je n'ai pas hésité à vous en faire part. Je suis heureux ce soir de vous présenter M. X..., qui a eu l'extrême amabilité de se déranger pour venir se soumettre à votre examen.

Mon opinion sur ce très curieux cas n'a pas changé. Je crois que nous sommes réellement en présence d'une lésion dentaire due à un état général arthritique acide, et que la question de terrain a joué un rôle incontestable, ce qui viendrait à l'appui des conclusions de l'important travail du Dr Frey présenté au Congrès de Reims en 1907.

M. X..., qui est un chimiste distingué et que cette lésion a intéressé, a bien voulu collaborer avec moi et il a fait l'analyse de sa salive. Il va vous soumettre le résultat de ses observations qui, j'en ai la certitude, ne manqueront pas de vous intéresser.

TECHNIQUE DE L'EXTRACTION DE LA 3e MOLAIRE INFÉRIEURE INCLUSE

Par le Dr Ernest CHARRON,

Professeur à la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal

(Communication au Congrès de Liége, 1924).

La technique exposée ci-dessous est celle du Docteur Geo. B. Winter, de Saint-Louis, Missouri, avec quelques modifications de détail; nous l'avons, depuis plusieurs années, enseignée et appliquée. Elle a donné, dans la pratique, des résultats remarquables.

La 3e molaire est incluse plus fréquemment que toute autre dent. Quand l'extraction est indiquée, il faut choisir judicieusement la technique opératoire à suivre. La reconnaissance exacte de la situation de la dent, de la densité du tissu et des parois détermine la technique à adopter. L'enlèvement de cette dent est strictement une opération chirurgicale. Elle doit être exécutée de façon à ne point affecter la 2e molaire, et à ne point lacérer inutilement les tissus. On doit tenir compte de l'état pathologique des structures avoisinantes avant, pendant et après l'opération. Pour soulager la douleur causée par cette dent, et même dans l'espoir d'éviter l'opération, il arrive souvent qu'on traite les tissus enflammés : iode, aconit, nitrate d'argent, etc.

S'il s'agit d'une première attaque, l'usage de médicaments apportera parfois quelque soulagement. Après plusieurs attaques, ou contre une suppuration, l'effet des médicaments ne sera que temporaire.

En incisant les tissus, on augmente les difficultés et l'on prépare un champ favorable à l'infection. Ajourner l'extraction, lorsque l'opération est nécessaire, c'est compliquer inutilement le cas.

Quelques opérateurs conseillent l'extraction de la 2e -molaire inférieure pour soulager la douleur causée par une 2e mo-

laire incluse. Le sacrifice de la 2e molaire est plus facile qu'efficace et n'est pas recommandable, car il ne donne pas le résultat attendu; quand la dent est incluse, l'opération demeure nécessaire. Il vaut mieux par conséquent supprimer tout de suite la 3e molaire et conserver la fonction d'une 2e molaire en bon état.

D'autres extraient la 2e molaire inférieure afin d'obtenir un espace suffisant pour l'extraction de la 2e molaire incluse. Cette destruction inutile est d'autant plus condamnable qu'il est presque toujours possible d'enlever une 3e molaire incluse sans déranger la 2e molaire.

On recourt à plusieurs méthodes pour l'extraction de la 3e molaire incluse, mais la plus sûre consiste à extraire la dent au moyen d'une opération chirurgicale.

Etiologie

On doit faire un examen minutieux pour déterminer la cause de l'inclusion, due le plus fréquemment à la présence d'un tissu gingival dense qui recouvre partiellement ou entièrement la face triturante de la dent. Mais l'inclusion vient quelquefois de la plus grande proximité du muscle constricteur du pharynx, ou du muscle buccinateur, Ces muscles, surtout le buccinateur, prennent parfois naissance très haut sur la face alvéolaire du corps maxillaire, à l'angle et même plus loin que l'angle formé par celui-ci et le bord antérieur de la branche montante ; ils ont alors leurs attaches directement au-dessus des parties de l'os qui sont déplacées par l'éruption de la 3e molaire. Il n'est pas rare, alors, que les fibreux musculaires recouvrent la face triturante de la dent, portant avec eux une masse de tissu muqueux ou sous-muqueux, abondant dans cette région. Ces fibres, tendues au-dessus des fissures de la dent, retiennent fortement celle-ci dans la position qu'elle a prise peu de temps après avoir émergé de la structure osseuse. Les autres causes d'inclusion sont : 1° l'extension du procès alvéolaire au-desssus de la face triturante de la dent ; 2° la projection d'une épaisse lamelle osseuse au-dessus de la face disto-triturante de la dent ; 3° l'enfouissement tellement

profond de la dent dans le corps du maxillaire qu'il ne se forme guère de structure alvéolaire autour d'elle, les forces de développement devenant impuissantes à vaincre la résistance offerte par la structure osseuse ; 4° toute anomalie et surtout le manque de la 2e ou de la 3e molaire, par exemple : couronne de la 2e molaire anormalement développée dans son axe longitudinal par rapport à son axe bucco-lingual et surplombant la 3e molaire ; 5° la malformation des faces proximales de la 2e et de la 3e molaire qui, au lieu d'être ovoïdes comme à l'état normal, sont larges et plates et contraignent l'une des surfaces à glisser sur l'autre pour compléter l'éruption de la 3e molaire ; 6° les dents surnuméraires entourent la 3e molaire ; 7° le manque d'espace suffisant entre la 2e molaire et la branche montante du maxillaire pour permettre l'éruption de la 3e molaire.

Histoire et nature de l'opération

Il faut bien connaître l'histoire du malade avant d'opérer une 3e molaire inférieure incluse. Le patient doit être interrogé sur la durée de l'état pathologique actuel, sur tous les troubles antérieurs occasionnés par cette dent, sur la fréquence des attaques dues à cette dent, sur la durée et la gravité de ces attaques. On doit, autant que possible, reconnaître l'étendue de l'inflammation lors des attaques précédentes et savoir si l'extraction de cette dent a déjà été tentée. Souvent le patient est sous l'impression que l'extraction d'une 3e molaire inférieure incluse est semblable à celle de toute autre dent. On doit le détromper.

Technique opératoire

Pour la commodité de l'exposition, nous avons divisé les inclusions en deux classes : partielles, totales. Vu les nombreuses phases et la diversité des cas qui se présentent, il n'est pas toujours possible de rattacher chaque cas à la classe à laquelle il appartient. Une étude attentive de circonstances qui l'entourent révélera d'ordinaire assez d'analogie pour permettre une classification exacte et indiquer à l'opérateur la technique à suivre.

Inclusion partielle

Elle comprend les cas où la dent n'est pas localisée profondément dans les tissus et où la position de la couronne et ses relations avec les structures environnantes peuvent ordinairement être déterminées par une exploration minutieuse. Ce qui arrive, par exemple, quand l'éruption est arrêtée un peu au-dessous de la position normale par les tissus mous, les structures osseuses ou des dents surnuméraires ou quand la dent, hors de l'alignement, empiète un peu sur l'espace réservé à la 2e molaire.

Diagnostic

Il est très important de faire avant l'opération un diagnostic précis. Comme la technique opératoire sera déterminée par les particularités que présente chaque cas, une connaissance exacte de ces particularités est indispensable. En examinant la partie visible de la couronne, l'opérateur relève la position de la dent par rapport à sa position normale. Il constate s'il y a lieu d'inciser le tissu gingival recouvrant la face triturante de la dent. Il vérifie la présence de corps étrangers ou de dents surnuméraires, examine le processus alvéolaire pour voir s'il est sain, et sonde l'espace proximal pour juger si la lame de l'élévateur Lecluse peut être appliquée entre la 2e et la 3e molaire. Il examine aussi la 2e molaire. Est-elle dans l'alignement ? Il l'utilise comme point d'appui. Si l'exploration ne permet pas de constater la position de la dent et des conditions environnantes sans causer de lésion, il convient de recourir à la radiographie.

Anesthésique

On doit faire le choix de l'anesthésique convenant le mieux à chaque cas, afin que l'opération s'exécute sans intervention de la part du patient. C'est une opération très douloureuse, surtout lorsque les tissus sont enflammés. Un anesthésique local ne donne pas toujours satisfaction. Il est préférable de recourir à l'anesthésie régionale ou générale ; pour cette der-

nière, on emploiera de préférence le protoxyde d'azote avec l'oxygène.

Inclusion partielle

Tissu mou. — Le tissu mou, cause la plus fréquente d'inclusion partielle, retarde souvent, quand il est dense au-dessus de la face triturante, l'éruption de la dent, qui a lieu alors un peu au-dessous de la position normale. Ce tissu forme alors des poches pour la réception de débris qui irritent continuellement le tissu entourant la dent. La plupart du temps ces circonstances, surtout si elles durent depuis longtemps, nécessitent l'extraction. Quand l'examen révèle une position normale de la couronne, surface triturante légèrement au-dessous de celle de la 2e molaire et un tissu gingival recouvrant partiellement la surface disto-triturante, on ne doit tenir aucun compte du tissu mou : l'extraction est pratiquée de la même façon que si la dent était au niveau ordinaire.

Il est souvent facile, quand le tissu mou recouvre la plus grande partie de la face triturante, de le déplacer afin qu'il ne nuise pas à l'application de l'élévateur et au dégagement de la dent jusqu'à un point où le davier puisse être ajusté sans détruire des tissus. En pareille circonstance et quand le tissu recouvre partiellement la face distro-triturante, l'élévateur est appliqué sans incision. Si l'on constate qu'il adhère fermement autour de la dent et qu'il gênera l'application des instruments, on fait une incision, qui part du point de contact de la deuxième molaire, en passant par le centre de la face triturante, et s'étend distalement assez loin pour mettre à découvert la couronne entière. Le tissu étant dense du côté distal, nous conseillons d'inciser partiellement le tissu sur cette face. Lorsque l'opérateur, en commençant l'extraction, s'aperçoit que le tissu entrave son travail et qu'il sera probablement lacéré, il doit s'interrompre et pratiquer une incision.

Si la couronne de la 3e molaire est légèrement au-dessous de la 2e molaire et qu'elle incline distalement le tissu mou recouvrant partiellement ou totalement la 3e molaire, la technique de l'opération est la même que lorsque la dent n'est pas

recouverte par le tissu mou, inciser alors du côté distal, avant d'employer l'élévateur, pour libérer les parties de ce tissu, qui pourraient nuire à l'extraction.

Tissus osseux. — Comme dans le cas précédent, la structure osseuse peut retarder l'éruption de cette dent et gêner l'application de l'instrument, spécialement quand l'alvéole s'étend au-dessus de la face triturante. L'alvéole, recouvrant la face triturante, doit alors être fraisée ou enlevée au ciseau. Cette opération préliminaire terminée, on procède à l'extraction comme s'il s'agissait d'une dent normale.

Malposition et malformation. — La 3e molaire étant hors d'alignement, sa couronne légèrement au-dessous de la face triturante de la 2e molaire et surplombée par cette dernière sans que sa position interdise l'application de l'élévateur Lecluse à la face mésiale de la couronne, le tissu gingival et l'alvéole ne nuisant pas à la libération de la dent, l'élévateur Lecluse doit être appliqué dans l'espace proximal, entre la 2e et la 3e molaire, et du côté buccal. La dent est alors ébranlée en tournant le sommet de la poignée mésialement, en exerçant ensuite une légère pression sur la poignée, pour amener la couronne à un point où elle pourra être dirigée distalement, et quand suffisamment disjointe, le davier termine l'opération. Lorsque la couronne de la 3e molaire est légèrement surplombée par celle de la 2e avec possibilité d'introduire l'élévateur Lecluse dans l'espace proximal et que la structure osseuse à la face distale de la couronne est dense, nous fraisons une partie de cette structure avant d'appliquer l'élévateur.

Incisons d'abord le tissu mou, un peu en deçà de l'endroit où il faut fraiser la paroi osseuse ; on la sépare de la face distale au moyen d'une fraise à fissure, pour que, l'élévateur Lecluse une fois en place, il n'y ait qu'une faible résistance. Quand la couronne de la 3e molaire est surplombée par celle de la 2e au point qu'il est impossible d'introduire l'élévateur dans l'espace proximal, et que les tissus mous et le procès — à la face distale de la dent — ne nuisent pas à son extraction, cette partie de la couronne de la 3e molaire qui gêne

l'application de l'élévateur est enlevée au moyen d'une fraise à fissure. Le point de contact de la 3e molaire est fraisé suffisamment pour permettre l'introduction de l'élévateur Lecluse dans l'espace proximal, et l'exécution des mouvements d'extraction suivant l'ordre ordinaire.

Cependant, le tissu mou et la structure osseuse peuvent nuire du côté distal à l'extraction de la dent. Le point de contact surplombé par la 2e molaire doit alors être fraisé, comme cela est décrit plus haut, après avoir incisé le tissu mou et enlevé suffisamment de structure osseuse du côté distal pour permettre à la dent d'être aussi facilement soulevée hors de son alvéole avec l'élévateur que si elle était en position normale.

Dents surnuméraires

Elles se rencontrent rarement. Quand il y en a, il faut les enlever. L'opérateur adoptera la technique qu'exigent la position et la structure de la 3e molaire.

Inclusion totale

Elle comporte les cas où la dent est localisée profondément dans les tissus et où la position de la couronne ne peut être déterminée avec un instrument d'exploration.

Voici comment elle se présente :

1° Ou bien la dent est localisée trop loin de la face triturante de la 2e molaire ;

2° Ou bien la 2e molaire est localisée trop près de la branche ascendante du maxillaire pour que l'éruption de la 3e molaire puisse se produire ;

3° Ou bien la dent est inclinée ou horizontale, sa face triturante étant tournée du côté de la 2e molaire ou surplombée par la couronne, le collet ou la racine distale de cette dernière;

4° Ou bien la dent est déviée en une direction spéciale, et il devient difficile de vérifier au moyen de l'exploration ses relations avec les autres tissus.

Si, dans l'un de ces cas, on tente une extraction sans avoir fait un diagnostic que la radiographie précise, l'opération em-

pirique, détruisant inutilement les tissus, n'a aucune chance de succès.

Diagnostic radiographique

Les points à établir au moyen de la radiographie sont les suivants :

1° Position de la dent par rapport à la position normale.

2° Niveau de sa couronne par rapport à la face triturante de la 2e molaire.

3° Position par rapport à la 2e molaire.

4° Position de la face intéressée, s'il y a contact avec la 2e molaire.

5° Dimension de sa couronne et de ses racines et division des racines, de même que leur incurvation.

6° Partie de la structure osseuse qui recouvre les faces triturante et distale de la couronne et de sa racine distale.

7° Espace libre entre la 2e molaire et la branche montante par rapport à la dimension et à la position de la 3e molaire.

8° Condition de la 2e molaire et densité du procès alvéolaire qui la soutient. La radiographie suggère la méthode la plus rapide et la plus simple.

Anesthésique

Si l'opération n'est pas difficile et promet d'être brève, on peut employer, comme anesthésique, de l'oxyde nitreux et de l'oxygène. Mais si la dent est profondément localisée, horizontale, si elle est tellement inclinée mésialement que la plus grande partie de sa face triturante soit surplombée par la 2e molaire, si les racines ont de grandes dimensions, si elles sont sensiblement divergentes avec un septum massif entre elles et non courbées ou inclinées distalement, s'il y a hypercémentose, on doit se servir d'un anesthésique plus puissant ou d'anesthésie régionale (cette dernière étant généralement la plus recommandable).

Inclusion totale par le tissu mou

Devant une dent profondément localisée dans un tissu très dense, et dont l'éruption, si elle était complète, se ferait

en position normale, l'opérateur peut être tenté d'appliquer immédiatement un instrument pour extraire la dent. Ce serait un procédé hasardeux, l'expérience ayant démontré qu'en pareil cas il peut y avoir de l'imprévu. Il est donc recommandable de faire une radiographie avant de tenter l'opération.

La radiographie montre-t-elle que la dent, malgré sa localisation profonde, a tendance à faire éruption en position normale, on doit noter la distance entre cette dent et la face triturante de la 2e molaire. Les racines qui inclinent distalement la face triturante qui n'est pas couverte par le procès alvéolaire, la structure osseuse qui n'est pas dense du côté distal de la couronne ou de la racine distale, exigent la même technique que dans les cas où la dent est dans l'alignement. Le tissu mou au-dessus de la face triturante est incisé, la dent est alors plus facilement libérée. Si cependant les racines n'inclinent pas distalement, mais sont droites et fusionnées — ou remarquablement divergentes — il faut se servir uniquement du davier. Avant d'appliquer le davier, l'opérateur doit se rendre compte, au moyen d'une exploration, de la possibilité d'appliquer l'instrument aux faces linguale et buccale de la dent. Cette application n'étant pas indiquée, les tissus de ces faces sont fraisées suffisamment pour permettre un bon ajustement. Une fois le davier appliqué, le premier mouvement doit se faire en direction linguale ; il est suivi d'un mouvement de traction.

Inclusion par structure osseuse

Devant une dent profondément localisée dans la structure osseuse recouvrant la face triturante, il faut suivre la même technique que pour la dent partiellement incluse, mais on doit faire une radiographie avant de tenter l'extraction.

Dent incluse à cause d'un espace insuffisant

Dans les cas où la dent est profondément localisée et sans espace suffisant pour permettre son éruption, la couronne se dirige parfois distalement et la structure osseuse recouvre

partiellement ou totalement sa face triturante. D'autres fois la dent est fortement inclinée, la plus grande partie de sa couronne étant surplombée par le collet de la 2e molaire. La couronne qui est d'une manière sensible inclinée distalement avec structure osseuse dense au-dessus de la face triturante, constitue une des formes les plus difficiles d'inclusion. L'élévateur ne peut être alors appliqué à la face mésiale de la 3e molaire pour la diriger distalement, puisque la structure osseuse de ce côté s'y opposerait, et il est impossible d'appliquer le davier aux faces buccale et linguale, parce que la position de la couronne ne permettra pas un mouvement en sens distal ou un mouvement de traction.

Quand la couronne est surplombée par la 2e molaire et que les racines sont fusionnées et façonnées de telle manière que le septum est de grande dimension et que la structure osseuse au-dessus de la face distale de la couronne, ou du côté distal de la racine distale, est si massive que la dent ne peut être dirigée distalement, avec un élévateur, ou verticalement avec un davier, la dent est presque aussi difficile à extraire que lorsque la couronne est dirigée distalement, la structure osseuse étant très dense au-dessus de la face distale de la couronne. Il faut alors recourir à la radiographie. La meilleure technique, c'est de fraiser une partie de la paroi linguale et d'enlever ensuite en quantité suffisante la structure osseuse des côtés distal et buccal, pour faciliter l'ajustement de la lame de l'élévateur Lecluse, après quoi la dent est forcée du côté lingual pour être libérée.

Dent incluse par malformation et malposition

L'inclusion résultant parfois d'une malposition, qui s'associe d'ordinaire avec une malformation plus ou moins prononcée de la 3e molaire et quelquefois de la 2e, la dent peut se trouver dans une position variant d'une petite inclinaison perpendiculaire à une position complètement horizontale. La forme et la dimension de la couronne, la forme et la direction des racines, le volume de structure osseuse au-dessus de la face distale de la couronne et d la racine distale, l'étendue du

point de contact avec la 2e molaire déterminent la technique opératoire de son extraction.

La dent sans contact avec la 2e molaire, ou avec contact léger et structure osseuse au-dessus de la face distale de la racine distale ni très dense, ni très étendue, doit être extraite en fraisant avec une fraise à fissure une partie de la structure osseuse au-dessus de la racine distale et de la face buccale de la couronne, l'élévateur est alors appliqué à la face buccale de la couronne, et la lame est poussée au-dessus de la couronne et amenée mésialement, après quoi l'on exerce une pression sur la poignée de l'instrument. La dent ayant été légèrement soulevée de la sorte, la 2e molaire est employée comme point d'appui pour tirer la dent de son alvéole.

Enlèvement de la face linguale

Il est nécessaire d'enlever la face linguale surtout lorsque la face triturante de la couronne de la 3e molaire surplombe la 2e molaire. La 3e molaire est très souvent dans une position exigeant le fraisage de sa couronne en contact avec la 2e molaire et l'enlèvement de la structure osseuse au-dessus de sa face distale comme préliminaires à l'extraction. Mais les racines de la 3e molaire fusionnées, recourbées ou divergentes, la paroi alvéolaire dense, nuisent à l'extraction de la dent, même si le procès et les points de contact sont supprimés. D'ailleurs la surface triturante de la 3e molaire, en contact avec la 2e molaire, est composée d'émail qui rend difficile le fraisage de la surface surplombant la 2e molaire. Il est par conséquent recommandable dans ces cas d'enlever la face linguale. On incise le tissu mou sur une distance un peu plus élevée que les racines de la 3e molaire, et l'écarteur est mis dans la position voulue pour retenir les languettes du tissu mou.

Le sang étanché, une fraise chirurgicale d'un diamètre convenable est appliquée au bord alvéolaire et le procès est fraisé. Le fraisage continue du côté de l'apex jusqu'à ce que le procès, au-dessus des racines, soit enlevé. Avec une fraise ronde ou à fissure, fixée dans la pièce à main, le procès entre

les racines est alors enlevé, parce que sa présence nuirait à l'extraction. Le procès alvéolaire enlevé selon les besoins, on détache l'écarteur et on applique l'élévateur Lecluse à la face buccale de la dent avec une pression suffisante pour extraire la dent en direction linguale à travers l'espace ménagée pour sa sortie. Il vaut mieux enlever une partie suffisante de la face linguale pour permettre la sortie sans encombre de la dent, plutôt que d'essayer de la passer de force en appuyant pesamment sur l'élévateur.

LE COIFFAGE DE LA PULPE. CONSIDÉRATIONS, INDICATIONS ET RÉSULTATS D'UNE NOUVELLE MÉTHODE AU NITRATE D'ARGENT

Par le Dr Jean POLUS (Bruxelles)

(Communication au Congrès de Liége, 1924).

La dévitalisation et le traitement des canaux ont depuis tous temps excité les chercheurs à trouver la solution pratique d'un problème jusqu'ici encore très peu résolu et l'on tend de plus en plus vers l'essai de conservation de la pulpe, en tout ou en partie (pulpectomie, pulpotomie et coiffage).

En effet, après avoir passé par le traitement routinier de la dévitalisation par l'arsenic et le traitement radiculaire par l'obturation de la lumière du canal par une pâte ayant des propriétés plus ou moins parfaites, nous avons vu toute une évolution se faire grâce aux travaux de Crane, Grove, Clyde Davis, Housset, qui cherchent à prouver — et nous n'envisagerons ici que la mise à nu d'une pulpe, que le processus soit accidentel ou pathologique — l'évolution profonde qu'a subie le traitement de pareille lésion.

Nous-même avons montré, dans des travaux précédents, combien il fallait réduire au minimum les manipulations dans le traitement des lésions pulpaires et nous nous étions rangé à l'opinion de Clyde Davis. Cependant, au cours de notre pratique, il nous arrivait, pendant la préparation des cavités sous anesthésie, de mettre à nu une corne pulpaire non pas comme on pourrait le croire, par une manœuvre maladroite ou parce que l'insensibilité dentinaire ne nous révélait pas l'approche de la pulpe, mais parce que nous poursuivions la corne jusque dans ses plus lointains repaires, ce qui ne se fait généralement pas dans une préparation des cavités sans anesthésie.

Il nous était pénible d'être obligé, pour de si petites lésions, de pulpectomiser la dent, alors qu'il n'y avait aucun signe d'infection, car il est bien entendu que nous ne croyons pas à l'envahissement microbien de la pulpe, lorsque celle-ci

n'a pas été mise en contact avec l'extérieur par une lésion de ses parois protectrices.

Ceci sort évidemment du sujet de ce travail.

L'introduction du travail de Clyde Davis, concevant le tissu dentaire non pas comme un tissu spécial, mais semblable aux autres tissus de l'être humain, nous a guidé vers de nouvelles recherches de coiffage de la pulpe.

Histologie de la pulpe (Hopewell Smith, Clyde Davis et Carol, Montfort, Floyde, Eddy Hogeboom)

Nous savons que l'origine de la pulpe est mésodermique, son tissu est formé de fibres conjonctives, attachées par des attaches fines, mais solides, aux parois de la dentine. Elle possède des ramifications des éléments terminaux des vaisseaux et nerfs. Elle ne posséderait pas de système lymphatique, mais baignerait dans la lymphe. Sa couche externe serait formée de cellules polymorphes comprenant :

1° Des cellules allongées, les fibroblastes (anciens odontoblastes) qui donneraient naissance aux fibrilles ;

2° Des p tites cellules rondes : les dentinoblastes formatrices de dentine adventitielle, nodules et autres formations calcaires pathologiques ;

3° Des cellules en fuseau, étoilées, anguleuses, etc. (Hopewell Smith).

Cependant, pour Carol Montfort ces cellules fibroblastes ne seraient que des cellules conjonctives qu'il ne faut en aucun cas confondre avec les aménoblastes. La sensibilité extraordinaire de la partie profonde de l'émail, de la portion cervicale du cément et de la dentine prouve que les éléments nerveux de la pulpe doivent arriver dans ces parages et, cependant, les fibres de Tomes ne peuvent y transmettre les sensations. Il est indubitable, dit encore Montfort, que dans les tubes dentinaires on décèle la présence des fibres nerveuses. Or, nous savons, dit-il, que les aménoblastes sont la phase initiale des cellules nerveuses de la pulpe et que les expansions protoplasmiques des cellules pulpaires sont chargées de donner la sensibilité aux tissus de la dent. Etudiant la signi-

fication des éléments nerveux des dents, Montfort établit certains points et quelques hypothèses :

A) Existence dans les dents humaines d'un appareil nerveux comprenant :

1° Un système de fibres amyéliniques, se terminant dans les expansions nerveuses autour des dentinoblastes, système sympathique à fonction trophique ; leur rôle serait d'activer et de maintenir les échanges nutritifs des dentinoblastes et de toute la dentine, d'exciter l'activité des dentinoblastes dans leur fonction dentinogène, qui persiste toute la vie au moment de la formation de dentine secondaire.

2° Un système de fibres médullaires qui semble se terminer dans le plexus subdentinoblastique ; ce système serait uniquement sensitif.

3° Les cellules nerveuses de la pulpe centrale (neurone) mission que Montfort dit être méconnue, mais qu'il croit en relation avec la défense naturelle des dents et en relation immédiate avec la fonction dentinogène. C'est ce qui expliquerait que le cylindre-axe, avant de terminer son trajet et s'alliant avec les expansions finales des nerfs sensitifs, parcourût la partie élevée de la couronne, fournissant des ramifications collatérales, se subdivisant autour des dentinoblastes et provoquant lors des irritations la formation de dentine secondaire.

Comme nous venons de le voir, il semble que l'appareil nerveux dentaire si compliqué aurait non seulement la fonction sensitive qui, à l'état normal, est presque inutile, mais surtout nutritive et réparatrice, ce qui est important et qui nous intéresse tout particulièrement. Et nous pouvons nous demander, avec Clyde Davis, si la lésion d'une partie superficielle de ces tissus conjonctifs et nerveux si complexes, ne pourra, au même titre que des tissus identiques à d'autres régions (tissus osseux, épiderme) comportant eux aussi des systèmes nerveux sensitifs et nutritifs complexes, se réparer. C'est ce qui nous a poussé à rechercher une méthode de coiffage de la pulpe ayant un but primordial : la simplicité d'application.

Agents médicamenteux employés

Nous nous sommes adressé à une pâte comprenant trois ingrédients : l'oxyde de zinc, l'eugénol et le nitrate d'argent.

Ces trois médicaments sont connus.

L'Eugénol est un acide et est le principe actif des essences de girofle et de cannelle — formé avec des bases des sels; — en présence de l'oxyde de zinc il forme un eugénate de zinc qui durcit progressivement pendant plusieurs jours. Il est antiseptique, non irritant sédatif et se prête à l'incorporation de divers médicaments tels que le nitrate d'argent qui, par formation d'Ag. métallique, en présence de l'eugenol, donne une métallisation des parois dans les caries volumineuses.

NO^3 Ag. — C'est un caustique superficiel qui, appliqué sur les muqueuses, produit un coagulum blanchâtre dû à la précipitation de l'albumine. Action germicide et fixatrice des cellules nerveuses.

La formation d'Ag. métallique fait que la pâte reste toujours antiseptique. Il faut se rapporter aux expériences faites avec l'argent quant à sa valeur antiseptique.

Ce qui est à retenir pour nous, c'est que la pâte au point de vue de son action, semble faire une légère cautérisation au niveau de la lésion pulpaire, par sa propriété de caustique superficielle, ce qui amènerait la formation d'un coagulum albumineux, qui isolerait instantanément la pulpe d'avec le milieu extérieur. Cependant, il faut que cette action caustique soit de courte durée. C'est ce qui se fait, si nous nous en rapportons aux expériences suivantes basées sur la formation d'Ag. métallique et d'eugénate de zinc.

Préparation de la pâte et recherches

Nous devons rappeler que le nitrate d'Ag. employé est le nitrate de Howe, vendu par Condit. C'est un nitrate réduit, amorphe, de couleur gris brunâtre.

La pâte doit être faite extemporanément dans les proportions suivantes :

NO^3 Ag.....	1 partie	en volume
Oxyde de zinc.....	10 parties	

Eugénol, c. s. pour faire une pâte d'une consistance qui colle au verre.

D'après les expériences que nous avons faites et que nous vous soumettons, le NO^3Ag est réduit en une demi-heure; quatre essais ont été faits donnant des résultats identiques.

Le nitrate d'Ag. cristallisé, blanc, broyé et incorporé dans l'oxyde de zinc a une réaction plus forte et réagit encore après 40 minutes.

Expérience

La pâte dans eau distillée Temps après la préparation	Adjonction de Chl. de Na après	Réaction de Chl. d'Ag.
Immédiatement.....	3 m.....	Très forte
5 m.....	3 m.....	—
10 m.....	3 m.....	—
15 m.....	3 m.....	Légère
.....	5 m.....	Forte
20 m.....	5 m.....	Légère
25 m.....	5 m.....	—
30 m.....	5 m.....	Rien

Ces expériences ont été renouvelées trois fois.

Une quatrième expérience a été faite : la pâte est mise dans l'eau distillée 30 m. après la préparation et laissée pendant 20 m. — Aucune réaction.

Propriété de la pâte et son mode d'action

Comme nous l'avons vu plus haut, le NO^3Ag est un germicide, un fixateur et un coagulant. Incorporé dans une pâte, nous devions savoir si son rôle principal n'était pas la fixation des cellules nerveuses et nous savions que la pâte devait avoir certaines propriétés :

1° Sédative, c'est-à-dire analgésique ;

2° Antiseptique ;

3° Non fixatrice.

1° *Est-elle analgésique ?*

Application A. — Pulpe à nu par envahissement de la carie, légèrement douloureuse (quelques crises légères de pulpite). Préparation de la cavité sans emploi d'anesthésie, la douleur se calme et a disparu depuis près de deux mois.

Application B. — Préparation d'une cavité sous anesthésie. — L'exploration de la cavité ne nous a pas révélé la lésion pulpaire. — Pansement provisoire de la dentine. — Douleurs dès le réveil de l'anesthésie, c'est-à-dire deux heures après environ. — Application de la pâte 6 heures après. — Obturation à la dentine, les douleurs disparaissent après 24 heures. — Obturation trois mois après : dentine sensible, réaction à froid.

Application C. — Dentinite très douloureuse depuis quatre mois, due à une mauvaise préparation de la cavité obturée au ciment, sous lequel il existe encore de la carie.— Ouverture de la dent. — Préparation de la cavité. — Mise en place d'une couche de pâte. — Les douleurs ont disparu immédiatement et complètement depuis trois mois.

Application D. — Les trois cornes pulpaires d'une première grosse molaire sont mises à nu. — Pansement à la pâte. — Aucune douleur. — Aucune réaction. — 15 jours après, au moment de l'obturation, lésion accidentelle de la pulpe par instrument. — Douleurs aiguës et hémorragie. — Mise en place d'une nouvelle couche de pâte. — Les douleurs ont réapparu 15 jours après. — Dévitalisation. — Pulpe encore très vivante.

Comment est-elle analgésique ?

a) Ou bien action du nitrate d'argent sur les cellules et ramifications de la pulpe (action de fixation). Dans ce cas, nous aurions une momification de la pulpe, ce qui n'est pas. En effet, nous voyons une réaction très nette se faire à l'essai de haute fréquence 4 mois après une obturation de ce genre.

b) C'est un caustique superficiel qui agit par coagulation de l'albumine (nous savons que la pulpe est un tissu conjonctif baigné de lymphes) ; il y a, après application du nitrate d'argent, formation d'un coagulum mettant à l'abri les ter-

minaisons sensitives d'avec l'extérieur et calmant ainsi, par suppression d'irritation, la douleur. Il semble donc y avoir une action similaire dans les deux cas. Dans les cas de dentinite, est-ce la coagulation de l'albumine des tubes dentinaires ou la fixation par le nitrate d'argent libre du prolongement protoplasmique qui se fait ? Nous ne pouvons le dire.

2° *Antiseptique :*

La formation d'argent métallique prouve suffisamment que cette pâte est à son début très germicide et ensuite antiseptique. Elle semble identique comme action à la méthode de Schaer, qui préconise dans les cas de carie du deuxième degré, l'antisepsie de la dentine par formation d'argent métallique en précipitant le nitrate d'argent par le glucose.

3° *Non fixatrice :*

Le nitrate d'argent a une action limitée, ainsi que l'ont montrée les expériences précédentes. De plus, des patients revus après trois mois montrent une pulpe encore vivante, réagissant à la haute fréquence et à la perception des sensations thermiques.

***

Application

A) *Préparation de la cavité.* — Elle se fait au ciseau, à la curette et à la fraise, en évitant toute pression vers la pulpe. Il faut agir autant que possible en évitant que la salive ne vienne baigner la cavité. Il faut éviter toute pression qui, en amenant une élévation de température, provoque une brûlure de la pulpe. C'est pourquoi, nous conseillons l'emploi de moteurs à grande vitesse, suivant la théorie de Huet.

La cavité ainsi préparée (ne pas humecter avec de l'alcool, mais avec un peu de chloroforme ou d'acétone — sécher à l'air chaud), la pâte est déposée sur la paroi axiale et au niveau de la lésion pulpaire. La pâte sera étendue sans aucune pression, de façon à ne plus devoir être préparée ni façonnée lors de l'obturation définitive. Une obturation provisoire d

la dentine, c'est-à-dire un ciment léger pouvant être enlevé facilement. L'obturation définitive doit se faire à la séance suivante, 4 ou 8 jours après. Lorsque la pâte est encore molle, il faut, en effet, éviter toute pression qui la pousserait dans l'orifice de la corne et provoquerait, par sa présence (rôle de corps étranger), une nécrose pulpaire.

B) *Quand peut-elle être employée ?* — 1° Dans les cas d'une corne pulpaire mise à nu accidentellement ;

2° Dans les cas d'une corne pulpaire mise à nu pathologiquement, l'hyperémie n'existant pas encore — la corne envahie par ramollissement d'une partie de la dentine ;

3° Dans les cas de dentinite. C'est un calmant parfait, ainsi que je l'ai expérimenté dans l'application C.

C) *Possibilités.* — Nous l'avons essayée dans des lésions plus complexes de la pulpe et ce, contrairement aux opinions généralement admises qui réclament, pour le succès du coiffage de la pulpe, certaines considérations :

1° Soit que l'exposition se soit faite par un envahissement de la corne ;

2° Soit qu'elle se soit faite par instrumentation ;

3° Tenir compte de l'âge du patient ;

4° Tenir compte de son état général ;

5° Des conditions de la pulpe qui, dans les cas de pulpe normale, donne un pronostic favorable.

Dans les cas d'hyperémie active, il est à conseiller de ramener la pulpe à son état normal par des méthodes appropriées avant d'essayer le coiffage de cette pulpe. La dentine qui la recouvre doit être stérilisée, comme c'est le cas dans la dentine contaminée par l'instrumentation (Eddy Hogeboom).

Malgré cette dernière considération et nous rangeant à l'avis de Clyde Davis, nous nous sommes demandé pourquoi la lésion de la substance dure (dentine) ne pourrait pas, au même titre que la substance osseuse, se réparer par prolifération des cellules protectrices de dentine, c'est-à-dire par dépôt de dentine secondaire ; pourquoi la lésion causée à un point limité de la masse pulpaire doit provoquer nécessairement la nécrose de toute la masse. Il serait vraiment étonnant

que ce tissu conjonctif riche en réseaux artériels et veineux ne pût se défendre par la réparation de sa lésion. Si pour expliquer la dégénérescence ou nécrose pulpaire après irritation, on voulait invoquer la présence de la substance nerveuse il faudrait se rappeler que cette substance n'est qu'une infime partie de la grosse masse, représentée par les terminaisons sensitives des fibres et des cellules et il n'est pas douteux qu'elle se réparera aussi bien que toute lésion intéressant une partie quelconque du corps où il existe de pareilles terminaisons.

1er *Essai.* — Dans un cas d'hyperémie avec mise à nu des trois pulpes, le plancher de la chambre pulpaire étant conservé, nous avons placé de la pâte au nitrate d'argent, nous n'avons pas effectué de l'antisepsie avant la mise en place de la pâte, celle-ci jouant suffisamment le rôle d'antiseptique.

2e *Essai.* — Dans un cas de mise à nu mécanique des deux cornes d'une prémolaire et l'ouverture de la chambre pulpaire mise en place du coiffage. Après un mois, la dent réagit aux sensations thermiques.

3e *Essai.* — *Pâte obturatrice pour le traitement des canaux* (Pulpectomie). — Nous nous étions depuis longtemps déjà fait une opinion sur la difficulté de traiter des canaux étroits, tels que les canaux radiculaires externes ou mésiaux des grosses molaires et, craignant de faire plus de mal que de bien, nous nous étions décidé à pratiquer à leur niveau une simple pulpectomie, nous contentant de traiter par pulpectomie les canaux largement ouverts et de pénétration facile. Seulement, il nous fallait faire subir un traitement identique à celui appliqué au canal pulpectomisé. Actuellement nous appliquons la pâte directement sur les orifices de ces canaux en la protégeant par un ciment à l'oxyphosphate, ciment définitif qui les séparera du canal pulpectomisé, equel subira un traitement radiculaire normal (méthode de Housset dans les cas de pulpite aiguë et nécrose dans la même dent).

Pâte obturatrice des canaux. — Nous connaissons tous les nombreuses qualités que doit posséder une pâte à canaux ;

elle doit être antiseptique, neutre, non irritante, malléable, durcissante et radio-opaque.

En examinant les qualités de la pâte au nitrate d'argent, nous verrons que celle-ci répond à tous ces desiderata :

1° Elle est antiseptique et caustique superficielle à ac ion limitée (production d'argent métallique 1/2 heure après sa formation , ce qui rappellerait la méthode de Howe ;

2° Neutre. — Les expériences citées plus haut montrent qu'au bout d'une 1/2 heure le nitrate d'argent est neutralisé et que c'est l'argent métallique qui, seul, agit ;

3° Elle est malléable et non irritante, comme nous l'avons vu antérieurement. Elle durcit après une 1/2 heure à 5 heures, suivant l'épaisseur de la pâte ;

4° Elle est radio-opaque, comme vous pourrez le voir dans une radiographie.

Résultats obtenus

a) Pour les cornes mises à nu accidentellement :

Sur 75 cas environ, un échec dû à la présence d'une empreinte d'inlay par méthode indirecte, une partie de la cire a pénétré dans l'ouverture pulpaire qui amena une mortification après le cinquième jour. Aucun autre échec n'a été signalé.

Dans deux cas seulement, un prolongement de la douleur : 1° pendant 48 heures ; 2° pendant 15 jours (douleur aux sensations thermiques). Dans ces deux cas, la pâte a dû être appliquée : 1° dans le premier, six heures après la préparation de la cavité ; 2° dans le second, le lendemain de la préparation de la cavité.

b) Cornes mises à nu pathologiquement :

Deux essais faits depuis trois mois : aucune réaction n'a été signalée.

Conclusions

Ces quelques résultats étant encourageants nous laissons le temps être le grand juge de la méthode.

Nous espérons recevoir les critiques et les observations que

vous jugerez nécessaires de nous faire. Peut-être dans vos services cliniques pourrez-vous essayer cette méthode et venir nous apporter ici vos résultats, qui nous prouveront si nous sommes ou non dans la bonne voie. Si, comme nous en avons l'espoir, cette méthode sert à simplifier notre traitement pulpaire pour la conservation de l'état vivant de la dent, si grandement utile et nécessaire dans les dents permanentes des enfants pendant la croissance et le travail de fermeture de l'apex, nous serons heureux d'avoir pu venir vous soumettre le résultat de nos recherches et de nos travaux.

REVUE ANALYTIQUE

KOSTECKA (PRAGUE). — ***Rapports des dents avec le développement normal de la flore microbienne dans la cavité buccale***

Après avoir étudié cette question, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans la période précédant la dentition, la flore buccale est exclusivement du type aérobie ; les spirochètes et bacilles fusiformes font défaut.

2° La période de dentition est la période d'expansion microbienne, au début de forme anaérobique, qui caractérise définitivement les phases microbiennes subséquentes de la cavité buccale.

3° Avec la perte totale des dents revient la forme exclusivement aérobique analogue à la flore de la période précédente.

4° Avec la perte partielle des dents la flore microbienne complète apparaît seulement aux points immédiatement voisins des dents restantes, la propagation des spirochètes et des bacilles fusiformes dépendant spécialement de la présence des dents naturelles.

(*Dental Cosmos*, septembre 1924).

Les foyers d'infection. Etude bactériologique des gencives dans 200 cas.

M. Robert A. Keilty a traité cette question dans le *Journal of medical research* d'août-octobre 1922 et nous en trouvons l'analyse suivante dans le *Dental Cosmos* de mars 1923.

Le résumé suivant des cas que nous avons étudiés avec les découvertes du spirille de Vincent et de l'endameba gingival de Gros montrera que ce que nous étudions est très répandu et très important. Sur 200 cas, 139 ou 69, 5 o/o avaient été diagnostiqués cliniquement comme des gingivites et le type de l'organisme trouvé était positif dans 133 ou 96 o/o et négatif dans 6 ou 4 o/o. Ce tableau présente aussi une étude des cas négatifs : 39 sur les 61 étaient négatifs cliniquement et négatifs par frottis, tandis que 5 négatifs cliniquement donnèrent des frottis positifs.

Sur les 200 cas 138 (69 o/o) étaient positifs pour 1 ou 2 organismes, et 62 (31 o/o) négatifs.

Sur les 200 cas 46 (23 o/o) portaient des pièces de prothèse et 17 (8 o/o) avaient eu toutes leurs dents extraites pour gingivite. De plus, 37 (19 o/o) ne portant pas de pièces avaient eu des dents extraites pour gingivite. Ce sont là de fortes proportions pour la perte des dents sur un groupe de 200 cas non choisis. Cela indique que la pyorrhée n'avait pas été reconnue et devrait être notablement amoindrie à l'avenir.

La conception pathologique de ces cas de pyorrhée admet que le premier agent stimulant est le spirille, l'endameba ou tous les deux.

Ces organismes prennent pied et produisent une suppuration absolument localisée et une maladie destructive. S'il n'y avait pas d'autres stimulants la maladie demeurerait telle quelle et amènerait seulement des résultats locaux : destruction des gencives et éventuellement l'ébranlement et la perte des dents. Malheureusement ce processus a brisé un mécanisme protecteur contre l'invasion bactérienne. Il en résulte une réaction bactérienne secondaire qui non seulement augmente les résultats locaux, mais ajoute les facteurs de porte d'entrée, de foyers infectieux et la longue série des éventualités métastatiques.

Dans le traitement des cas avancés avec suppuration marquée et exsudat les auteurs emploient le lavage de la bouche avec la solution de Dakin, qui agit favorablement plutôt comme du tissu nécrosé que comme agent bactéricide. Cette solution doit avoir été préparée récemment, contenir 0, 5 o/o de chlorure en suspension gazeuse et être à demi-concentration. Le petit appareil imaginé pendant la guerre par Wallace et Tiernan nous a paru indispensable pour préparer cette solution. Si l'irritation de la bouche devient trop grande, arrêter l'emploi de la solution.

(*Dental Cosmos*, mai 1923).

Effets d'une alimentation défectueuse sur les dents.

Pour la clarté nous n'envisagerons que trois facteurs : le calcium, le phosphore et les matières organiques existant dans le beurre et l'huile de foie de morue, en les considérant dans leur concentration relative et à leur proportion.

85 rats, séparés d'après leur sexe, furent soumis au régime suivant :

Groupe 1 : régimes peu salés ; groupe 2 : régimes peu salés et à acides peu solubles dans la graisse ; groupe 3 : régime fortement salé et fortement gras.

Les proportions de lésions sont calculées sur le nombre de dents intéressées (12 molaires), le nombre de rats soumis à ces régimes et la durée du régime (environ 120 jours).

36 o/o des mâles et 44 o/o des femelles présentèrent des défauts ressemblant à des caries et des défauts des tissus, avec une augmentation de la proportion chez le rat mettant bas, dont l'état buccal nous intéresse particulièrement.

Dans le groupe 1, tout était presque parfait, tandis que le calcium seul était la moitié de la normale : les régimes sont ainsi réduits à un défaut, tandis que tous les autres facteurs étaient en balance. Quand la cendre d'un aliment est acide, comme c'était le cas pour quelques-uns, il semble augmenter la tendance aux lésions. 22 o/o des rats ainsi alimentés présentaient peu de défauts ressemblant à de la carie, et 3, 65 o/o de leurs molaires étaient intéressées. 41 o/o présentèrent des lésions de tissus intéressant les molaires dans la proportion de 57, 9 o/o.

Groupe 2 : tout très bon, seul, le calcium 1/3 de la normale, acides solubles dans la graisse relativement faible ; il en résulte deux insuffisances, tandis que les autres facteurs alimentaires étaient bien en équilibre. 31 o/o des rats soumis à ce régime présentaient peu de carie ;

5, 21 o/o de leurs molaires étaient intéressées, 20 o/o présentaient des défauts des tissus intéressant la molaire dans la proportion de 17, 7 o/o.

Groupe 3 : tout très bon, le calcium seul 2 fois le maximum. Un seul défaut, tandis que tous les autres facteurs alimentaires étaient en équilibre. 17 o/o des rats soumis à ce régime présentaient des défauts analogues à la carie, et 1, 73 o/o de leurs molaires étaient intéressées. 28 o/o présentaient des défauts des tissus, atteignant 33 o/o des molaires.

Jusqu'à plus ample informé on ne peut songer qu'à la nécessité d'un facteur calcio-phosphoré dans l'alimentation comme le plus important dans la formation et la conservation normale des os, des dents et des tissus en état de santé.

(*Dental Cosmos*, juin 1923).

Recherches sur l'innervation dentaire.

M. Jean Carol-Montfort, de Barcelone, expose dans un travail les résultats de ses recherches, qui le conduisent aux conclusions suivantes :

1° Il existe dans les dents humaines un système nerveux composé de :

a) Un réseau de fibres amyéliniques qui, après un trajet plus ou moins long, se terminent en expansions noueuses autour des dentinoblastes ;

b) Un réseau de fibres médullaires semblant se terminer dans le plexus subdentinoplastique, car en y entrant elles perdent leur enveloppe myélinique ;

c) Des cellules nerveuses subdentinoplastiques connues depuis 1914, dont les expansions entrent dans la dentine et qui sont les éléments récepteurs de ce dispositif nerveux ;

d) Des cellules nerveuses de la pulpe centrale (découvertes dans la pulpe humaine en février 1919 et divulguées en janvier 1920), avec une fonction inconnue que nous supposons relatives à la défense naturelle des dents et en rapport étroit avec la fonction dentinogène.

2° Il existe dans les follicules dentaires d'un chat nouvellement né des neuroblastes et des cellules nerveuses embryonnaires qui confirment l'origine ectodermique des neurones pulpaires par la migration des éléments du germe de l'émail.

3° Il existe des extrémités nerveuses musculaires présentant les caractères des extrémités sensorielles et motrices décrits dans les artérioles.

(*Dental Cosmos*, septembre 1923).

Importance de l'hygiène buccale dans la tuberculose.

Après avoir traité cette question, l'auteur, M. Kerman Brody, de Springfield, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le traitement de la tuberculose doit commencer par la bouche ;

toutes les infections doivent être bannies, toutes les dents cariées traitées, toutes les dents manquantes remplacées par des appareils prothétiques convenables.

2° L'état de la bouche peut influencer et influence souvent la symptomatologie, la marche et la terminaison de la tuberculose.

3° Il est très difficile, sinon impossible, au plus habile médecin d'atténuer ou d'arrêter la tuberculose chez un patient à bouche malade et malsaine.

4° La tuberculose est une maladie dont les mesures de traitement et de prévention sont identiques dans une large mesure. La résistance à la tuberculose peut être accrue par le grand air, la bonne alimentation, le repos et l'hygiène. Les mêmes facteurs sont importants dans le traitement de la maladie.

5° L'observation de l'hygiène buccale est une des mesures antituberculeuses les plus efficaces.

(*Dental Cosmos*, septembre 1923).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 3 mars 1925

PRÉSIDENCE DE M. BRODHURST, VICE-PRÉSIDENT

Le président prononce une courte allocution au cours de laquelle il fait part des excuses de M. Henri Villain, empêché de présider par une indisposition.

Il ajoute : je vous adresse un appel pressant en faveur de l'Amicale des Dentistes des armées de terre et de mer. Vous savez que cette société est un groupement indépendant pour la défense de nos intérêts militaires ; les pouvoirs publics nous sont particulièrement favorables en ce moment et la rapidité de la formation de cette association est indispensable pour que la bande violet-prune soit représentée au prochain Congrès de médecine et de pharmacie militaires qui aura lieu au Val-de-Grâce en avril prochain. M. Louis Viau qui s'occupe d'une façon si dévouée et si efficace de ce groupement recevra les adhésions que vous voudrez bien lui donner.

I. — CORRESPONDANCE

Le secrétaire général fait part des excuses de M. le Dr Violle, de la Faculté de médecine d'Aix-Marseille, empêché de venir faire sa communication, remise à une prochaine séance.

II. — PRÉSENTATION D'UN MALADE ATTEINT D'ÉROSION DENTAIRE, PAR M. LOUIS VIAU

M. Viau donne lecture de la communication (v. p.246).

DISCUSSION

M. X. (sujet présenté). — La teneur en sulfocyanate de la salive est en général très minime ; elle est de 8 centièmes à 4 centièmes par litre, c'est-à-dire de 4 cent millièmes. Ma sal ve des jours normaux contient en moyenne 5 pour 1.000, car si l'on tient compte d'une teneur de 8 centièmes en général, environ soixante fois supérieure à la teneur moyenne, les jours de souffrance, la teneur atteint 8,5 pour mille.

D'après les travaux de Artus et Grimbert, la teneur en sulfocyanate des fumeurs est plus grande ; je fume trois à quatre

cigarettes par jour ; par conséquent cela ne peut influencer la teneur en sulfocyanate.

D'autre part, la sensibilité des faces dentaires a surtout lieu le lendemain de bons dîners ; vins fins, foie gras et notamment des dîners épicés ou plutôt dîners à sauce ; les aliments lourds : choucroute, boudin, n'influent nullement sur la sensibilité de la surface des faces dentaires ; les œufs, au contraire, influent énormément.

Il n'y a pas à remarquer une acidité très grande de la salive au point de vue chimique. La teneur en sulfocyanate pourrait s'expliquer peut-être par un état arthritique ; d'ailleurs mes mains ont une déformation tendant à prouver un état précoce de goutte ; il faudrait peut-être chercher du côté des aliments et de la digestion, des œufs notamment qui contiennent des matières azotées. Le sulfocyanate, en effet, semble faire son apparition le lendemain du jour où j'ai pris des œufs. On pourrait objecter que ma profession de chimiste donne lieu dans mon organisme à une sorte d'intoxication par le fait de gaz délétères par exemple ; or je fais des travaux courants de laboratoire où je ne manipule aucun corps vomique.

M. L. Viau. — J'ajouterai un mot : c'est que cette teneur en sulfocyanate rentrerait dans les idées de M. Michael, qui a fait une communication au Congrès de Lyon ; M. X. tombe absolument, avec l'analyse de sa salive, dans les données de M. Michael. Je vous rappelle qu'au point de vue hérédité il n'y a rien à signaler : je connais son père, sa mère ; son frère aîné n'a aucune lésion de ce genre.

Le président. — Permettez-moi de vous remercier des éclaircissements et de l'examen auquel vous avez bien voulu vous astreindre. Certainement, ce cas nous intéresse tous ; il a été maintes fois discuté dans nos réunions professionnelles. Il est très profitable pour nous et nous vous savons gré de vous être dérangé et d'avoir perdu des instants précieux consacrés à des études chimiques auxquelles vous vous livrez avec ardeur et compétence. (*Applaudissements*).

III. — Les rapports de l'ophtalmologie avec l'art dentaire, par le Dr Monbrun

M. le Dr Monbrun donne lecture de sa communication (v. p. 235).

Discussion

M. Morineau. — J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades atteints à la fois d'affection oculaire et d'affection dentaire ; c'était pendant la guerre au service maxillo-facial à

Nancy ; nous assurions le service hospitalier pour la population civile et, trois fois par semaine, je consacrais une matinée aux indigents de la ville. Je faisais souvent une cinquantaine d'extractions dans la matinée. Parmi mes patients, une partie m'était précisément envoyée par le service des yeux qui était à ce moment-là dirigé par le Dr Dor dont vous parliez tout à l'heure. J'ai extrait un grand nombre de dents malades aux envoyés du Dr Dor. Personnellement, j'ai pu constater dans six cas différents la guérison d'une affection oculaire à la suite de mon intervention dentaire. Je ne suis pas qualifié pour préciser le diagnostic de la lésion oculaire, ce que je puis dire, c'est qu'au point de vue dentaire, il s'agissait toujours : soit de la canine ou de la première molaire supérieures et toujours d'une affection péri-apexienne chronique, complication de gangrène pulpaire. J'ai principalement observé un cas : j'ai extrait la dent coupable le matin à un jeune garçon de 14 à 15 ans, le même soir, tout était complètement terminé quant à l'affection oculaire.

M. le Dr Monbrun. — Ce que nous raconte M. Morineau est tout à fait intéressant. Les oculistes américains, et en particulier le Dr Dor, attribuent une trop grande fréquence à l'étiologie dentaire des affections oculaires. Mais les quelques cas où M. Morineau a vu, lui-même, les soins dentaires suivis d'une amélioration considérable de complications oculaires, prouvent d'une façon manifeste que cette thérapeutique était nécessaire.

M. le président. — Je remercie très vivement M. le Dr Monbrun de la si intéressante conférence qu'il vient de nous faire ; il est certain que les rapports qui existent entre l'ophtalmologie et la dentisterie sont extrêmement importants Il était utile de nous le rappeler, et le Dr Monbrun vient de nous en exposer les raisons, en en dégageant d'une manière magistrale les conséquences qui en découlent.

IV. — « Trousse spéciale d'orthodontie avec matériel de séries ». « Appareil automatique pour malocclusion distale inférieure », par M. Tacail.

M. Tacail donne lecture de ces communications (seront publiées).

Discussion

M. G. Villain. — Je tiens à féliciter M. Tacail de sa communication et de son ingéniosité. Je voudrais lui demander quelques précisions. Je n'ai pas saisi le moyen de fixation de l'arc dans le tube.

M. Tacail. — Comme une soudure en bout à bout n'offre aucune solidité, l'extrémité antérieure de mon dispositif latéral

porte un prolongement creux, long de deux millimètres environ et d'un diamètre interne correspondant à celui de l'arc antérieur. Cet arc antérieur vient s'engager de chaque côté dans ce prolongement creux où il est alors soudé ; une simple soudure d'étain suffit dans ce cas pour assurer une grande solidité.

M. G. Villain. — Au point de vue technique, je voudrais demander à M. Tacail s'il a appliqué son dispositif indistinctement aux malocclusions distales inférieures et aux malocclusions mésiales supérieures et sur combien de cas de chaque espèce il l'a déjà expérimenté.

M. Tacail. — J'aurais voulu vous présenter des malades ; mais l'heure n'est pas propice. Aussi ai-je l'intention de vous demander de m'inscrire à une de vos prochaines démonstrations un dimanche matin. Je convoquerai des patients porteurs de mes appareils.

Vous me demandez si j'ai obtenu des résultats ? Je vais vous répondre en vous racontant l'histoire d'une malade traitée dans mon service à l'Ecole odontotechnique, par des élèves d'abord, puis finalement par un de mes démonstrateurs (qui est dans la salle) : M. Goujout.

Cette jeune fille présentait un cas de malocclusion distale inférieure compliquée de version vestibulaire des dents antérieures et supérieures. De plus, on constatait à l'arcade inférieure différentes malpositions : une incisive latérale était en linguogression accentuée, à tel point que l'incisive centrale était en contact avec la canine.

En dehors du traitement général, que je ne vous redécrirai pas, il fallait ouvrir une véritable fenêtre pour permettre la correction de cette linguogression.

Je dois vous dire que comme insuccès c'était complet.

Pendant trois ans la patiente (le mot ne fut jamais mieux approprié) revint régulièrement tous les jeudis. Chaque année changeant d'opérateur, elle eut la continuelle malechance de tomber toujours sur des élèves incapables de mener à bien son redressement. C'était un éternel recommencement.

Enfin, un jour, une place se fit sur l'arcade ; il n'y avait plus qu'à corriger la gression. Mais les malheurs devaient continuer ; cette maudite dent consentait bien à faire toutes les versions imaginables, mais il était impossible de la déplacer en gression. Juin arriva et je vis à ce moment la couronne presque totalement au dehors de l'arcade, alors que sous le doigt on sentait nettement son apex du côté lingual.

Naturellement cette pauvre dent était depuis longtemps dévitalisée. Comme nous étions très proches des vacances, et comme

je ne voulais pas abandonner cette jeune fille d'un courage et d'une patience admirables, j'ai demandé à mon collaborateur de bien vouloir lui placer un appareil convenable. M. Goujout scella sur l'incisive en question une bague munie d'un prolongement radiculaire. Un arc ancré sur cette bague coronairement devait immobiliser la couronne de la dent, tandis qu'un second arc ancré sur le prolongement près de l'apex devait opérer un déplacement radiculaire. Comme nous-même allions quitter notre service nous avons adjoint mon dispositif automatique. Et la malade fut abandonnée jusqu'au mois d'octobre suivant.

A cette époque, nous eûmes le plaisir de constater la correction complète de la malposition de cette incisive latérale.

M. G. Villain. — A-t-on traité beaucoup de malocclusions distales inférieures ou de mésiales supérieures ?

M. Tacail. — Les cas d'orthodontie n'abondent pas comme les extractions, et je ne puis vous en montrer des centaines. De plus, comme la construction prothétique du dispositif latéral est (je dois l'avouer) très difficile, et comme je n'ai pas encore ces appareils construits en série, je n'ai pu en faire l'application autant que je l'aurais désiré. J'ai obtenu cinq ou six observations qui m'ont donné exactement le résultat attendu.

M. G. Villain. — Il y a quelque chose qui choque mon expérience c'est l'absence d'un dispositif de compensation du mouvement molaire, alors que ces molaires servent seules d'ancrage. Je sais bien qu'on prend, quand on le peut, deux ou trois dents comme ancrage ; mais avec cet appareil on déplace les dents par mouvement rectiligne et lorsqu'on emploie deux arcs par un mouvement en masse. Le déplacement rectiligne des six dents antérieures offre une très grande résistance et les molaires servant d'ancrage n'opposant pas une résistance beaucoup supérieure, devraient subir un mouvement de gression sur l'arcade. C'est pourquoi je demandais si M. Tacail avait utilisé ces appareils dans un nombre de cas suffisant pour permettre d'apprécier la valeur de résistance des molaires. Dans l'appareil que présente M. Tacail avec le ressort à action inverse destiné à provoquer le mouvement lingual des incisives, il y a un danger beaucoup plus grand à voir migrer les molaires, car on déplace avec facilité les molaires en gression mésiale. La gression des dents utilisée comme ancrage peut être évitée facilement en utilisant une force inter-maxillaire de compensation.

Je dois ajouter que je ne suis pas d'accord avec M. Tacail lorsqu'il dit qu'il est tout à fait opposé au déplacement simultané des incisives et des molaires dans la correction d'une malocclusion dentale ; il n'y a aucune raison de faire ce traitement en plusieurs

temps. Je suis convaincu qu'avec la pratique il arrivera avec son appareil à déplacer le groupe incisives canines et le groupe molaires en même temps. Il pourra très bien mesurer le déplacement des incisives et molaires par comparaison avec les dents antagonistes.

M. Tacail. — Je crois que lorsqu'on prend, suivant les cas, la dent de six ans et celle de douze ans, ou bien la dent de six ans et la seconde prémolaire, on a des points d'appui suffisants pour corriger les dents antérieures sans craindre un fléchissement du côté des molaires, et sans avoir besoin de les « caler » par un ancrage intermaxillaire. La résistance des points d'appui n'a pas été spécialement expérimentée par moi dans l'emploi de mon appareil automatique ; mais comme depuis longtemps, je traite la malocclusion distale inférieure ainsi que je vous l'expliquais tout à l'heure dans ma communication, c'est-à-dire en deux temps, j'ai eu tout le loisir de m'assurer de la résistance des points d'appui molaires.

M. le Président. — Je remercie M. Tacail de sa brillante démonstration, et aussi de bien vouloir venir nous présenter des malades à notre prochaine séance de démonstrations pratiques. Nul doute que les confrères s'occupant d'orthodontie ne soient intéressés par les résultats obtenus grâce à sa méthode et ne prisent fort sa petite trousse si pratique.

La séance est levée à 23 heures 20.

Le Secrétaire général,

Dr Solas.

***

Séance du 7 avril 1925

(Compte rendu sommaire)

La séance est ouverte à 8 h. 30 du soir.

1° La parole est donnée *à M. le Professeur Retterer* pour sa communication intitulée *L'émail et la carie dentaire :*

Dans la première partie l'auteur présente un certain nombre de faits qui tendent à prouver que l'émail dentaire est un tissu d'origine mésodermique élaboré par la dentine sous-jacente sous l'influence du travail mécanique. Il cite en particulier ce fait que des dents d'une même espèce animale examinées à des âges différents présentent un épaississement notable de la couche adamantine, alors qu'il est absolument hors de doute que cette couche n'a de connexion qu'avec la seule dentine.

Dans la deuxième partie relative à la carie M. Retterer présente le résultat d'un certain nombre d'examens histologiques de dents cariées à différents stades. Sur toutes ces dents il observe une dégénéres-

cence plus ou moins marquée de la couche odontoblastique ; il en conclut que la carie, qui ne se développe pas *in vitro* sur une dent intacte (expérience de Miller), plongée dans une culture microbienne, doit pour se développer rencontrer un terrain favorable. Ce terrain serait créé par toutes les causes d'ordre interne susceptibles de toucher à la vitalité de la papille dentaire et des odontoblastes en particulier.

Une fois le terrain ainsi préparé toutes les causes externes entreraient alors en jeu, jouant le rôle de causes adjuvantes.

M. Amoedo félicite M. Retterer et souligne l'importance des faits exposés et des hypothèses qui en découlent. Il cite lui-même un certain nombre d'observations qui tendent à donner aux facteurs internes une place prépondérante parmi les causes de la carie dentaire.

M. Retterer fait appel aux confrères qui voudraient bien lui envoyer des dents exemptes de carie ; il demande instamment qu'on lui fasse connaître à chaque fois l'âge du patient. Les dents doivent être mises aussitôt l'extraction dans une solution de formol à 10 pour mille.

2° *M. Morineau* présente une étude comparative sur les propriétés physiques de l'or platiné à 8 ou 10 o/o de platine. Cet alliage peut être amolli aussi complètement que le platine pur, l'or à 18 carats et l'or platiné ordinaire.

La résistance à la traction de l'or platiné à 10 o/o est très supérieure à celle des autres métaux étudiés ; il en est de même de la résistance à la déformation (élasticité). Enfin, et ce qui est capital, l'or platiné à 10 o/o peut être durci et reprendre par cette opération toute la rigidité et l'élasticité indispensables pour les travaux d'orthodontie et de prothèse.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 mars 1925

(Résumé par le Dr Lacronique)

Dufourmentel et Darcissac. — *Les nez difformes, leur traitement chirurgical et prothétique.*

L'intervention se fait par voie sous-cutanée, endo-nasale et porte sur la partie profonde des os propres du nez et de la cloison dont on résèque une portion triangulaire à sommet supérieur. On évite ainsi toute cicatrice apparente et les déformations qui ne manqueraient pas de suivre la destruction des parties superficielles du squelette. On luxe ensuite l'articulation avec le frontal et l'ensemble est refoulé dans la profondeur autant que le permet la résection pratiquée. Mais abandonnés à eux-mêmes les tissus auraient tendance à reprendre leur position première et il est indispensable de les maintenir pendant un certain temps. Ceci est réalisé par des appareils de prothèse simples et pratiques qui consistent essentiellement en un point d'appui cranio-facial, casque ou bandeau servant au maintien d'une ou plusieurs manettes actionnées par des ressorts convenablement réglés. On réduit ainsi fort aisément les nez proéminents. S'il y a en même temps

déviation on règle la résection osseuse de façon à obtenir la rectitude. Il suffit de supprimer de part et d'autre des lambeaux d'importances différentes et de faire agir l'appareil prothétique dans un sens convenable.

Les auteurs insistent sur la symbiose nécessaire entre le chirurgien et le prothésiste qui seule permet d'obtenir des résultats satisfaisants. Ceux des auteurs sont particulièrement remarquables

MOURE. - *Le principe du lambeau tubulé dans la réfection du nez, des lèvres et du menton.*

La difficulté de toute autoplastie réside dans la difficulté de survie du lambeau. Pour l'auteur cette difficulté se trouve supprimée par l'utilisation du lambeau tubulé obtenu par enroulement et suture des deux bords. On obtient ainsi une sorte de tube, de tige de fleur où la circulation se fait normalement et où la vitalité est ainsi conservée. Le lambeau peut être uni ou bipédiculé. Une fois mis en place et lorsqu'il a établi de nouvelles connexions avec les tissus voisins le pédicule est sectionné et remis à sa place normale. Ensuite par une série d'interventions on procède au modelage du lambeau dans les conditions les plus favorables pour rétablir les contours normaux.

Les lambeaux sont ordinairement pris dans le cuir chevelu de façon à masquer les cicatrices ultérieures. Il convient le plus souvent de procéder à l'épilation du lambeau utilisé. Cette opération toujours délicate est réalisée par un procédé ingénieux de l'auteur qui consiste à curetter les bulbes pileux en les abordant par la face profonde du lambeau.

Les résultats de cette méthode sont extrêmement remarquables et illustrés par des projections saisissantes. Un de ses avantages et non des moindres est de permettre au chirurgien qui se trouve en présence d'une tumeur maligne de pratiquer une exérèse aussi large que possible : le pronostic de l'intervention s'en trouve grandement amélioré. D'autre part, l'autoplastie est d'autant plus aisée qu'elle est plus large et il semble même que l'apport de tissus sains n'est pas sans exercer une influence favorable sur les tissus voisins.

FARGIN-FAYOLLE. — *Refoulement traumatique dans le maxillaire de la couronne d'une incisive centrale supérieure vers l'âge de six ans et après éruption complète. Achèvement ultérieur de la formation radiculaire.*

Observation curieuse d'un cas où un traumatisme ne semble pas avoir interrompu la formation de la racine, celle-ci semble s'être développée après s'être soudée à la portion préformée suivant une direction perpendiculaire à celle de cette dernière.

DIEULAFÉ. — *Traitement des tumeurs du plancher de la bouche par le radium.*

Dans ces affections redoutables les résultats chirurgicaux ne sont pas très encourageants ; aussi est-il très intéressant de voir dans une observation peut-être unique un cas de survie déjà longue obtenue,

après intervention chirurgicale sans résultat, par un traitement par le radium. L'auteur cite deux autres cas : dans l'un le résultat a été négatif, dans l'autre qui est en cours l'évolution se rapproche de celle du premier cas. La méthode qu'il a employée consiste en une ablation chirurgicale des ganglions : quant à la tumeur il la traite par des aiguilles radifères. L'auteur insiste sur l'utilité d'un diagnostic précoce et à ce point de vue il s'adresse tout particulièrement aux stomatologistes.

Le règlement pour la fondation d'un prix est ensuite adopté à l'unanimité.

La Société de Stomatologie de Paris institue pour l'année 1925 un prix qui portera le nom de « Prix de la Société de Stomatologie ». Ce prix d'une valeur de 1.000 francs est offert au concours à tous les docteurs en médecine français. Il sera attribué au meilleur travail original et inédit sur le sujet suivant :

Symptomatologie et valeur diagnostique des données fournies par l'action des agents thermiques dans les états physiologiques et pathologiques des dents.

Les manuscrits doivent être envoyés avant le premier octobre 1926 au Secrétaire général de la Société, Dr Lacronique, 17, rue de Petrograd, Paris.

S'adresser à lui pour tout renseignement complémentaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décret en date du 16 mars 1925, rendu par le Président de la République sur le rapport du ministre de la Guerre, sont promus dans le corps des officiers du service de santé militaire de réserve et, par décision ministérielle de même date, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de dentiste militaire de 1re *classe de réserve*
(Rang du 8 janvier 1925)

Les dentistes militaires de 2e classe de réserve ci-après désignés :

MM.

Amiel (Joseph-Pierre), 17e corps d'armée.
Amory (Paul), gouvernement militaire de Paris.
Bailly (André-Fernand), 7e corps d'armée.
Bardel (Edmond-Joseph), 14e corps d'armée.
Beauregardt (Albert-Alphonse-Fernand), gouvernement militaire de Paris.
Berger (Pierre-Amédée), gouvernement militaire de Paris.
Berthet (Alfred-Léon-Guy), gouvernement militaire de Paris.
Bessard (Louis-Ernest), 2e corps d'armée.
Billet (Georges-Pierre), gouvernement militaire de Paris.
Bollinelli (Maurice-Georges), 16e corps d'armée.
Boucherie (Georges-Victor), gouvernement militaire de Paris.
Budin (Pierre-André), gouvernement militaire de Paris.
Cadic (Joseph-Jean), gouvernement militaire de Paris.
Cagnoli (Victor-Marie), 15e corps d'armée.
Camus (Maurice-Alexis-Nicolas-Henri), 1er corps d'armée.
Caritx (Robert-Louis), 6e corps d'armée.
Cassaigne (Edouard-Bertrand-Barthélemy-Henri), 17e corps d'armée.
Chomont (Gaston-Victor), gouvernement militaire de Paris.
Cottarel (Anthelme-Jean-François), gouvernement militaire de Paris.
Courtois (Alix), 8e corps d'armée.
Couturat (Gilbert-Achille-Cyrille), 8e corps d'armée.
Cuziat (Gustave-Joseph-Marie), 10e corps d'armée.
Davy (Etienne-René-Henri), gouvernement militaire de Paris.

Demarquette (Jacques-Colin-Frédéric-Albert), gouvernement militaire de Paris.

Descrozailles (Justin-Auguste-Henri-Louis), gouvernement militaire de Paris.

Ducros (Jules-Emile-Numa), 15e corps d'armée.

Félix (André-Charles), gouvernement militaire de Paris.

Fontanel (Albin-Jean-Pierre), 7e corps d'armée.

Frinault (Paul-Albert), gouvernement militaire de Paris.

Genest (Edouard), 10e corps d'armée.

Gousse (Henri-Auguste), gouvernement militaire de Paris.

Housset (Paul-Ferdinand-Hippolyte), gouvernement militaire de Paris.

Huillier (Camille-Marius-Eugène), 13e corps d'armée.

Laurent (Léon-Marie-Alfred-Louis), 3e corps d'armée.

Lubetzki (Isaac), gouvernement militaire de Paris.

Matherat (Albert-Jean-Etienne), des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 19e corps d'armée.

Maurion (Henri-Jean-Joseph, gouvernement militaire de Paris.

Montgrand (Pierre-Charles), 18e corps d'armée.

Pacou (François-Joseph), 16e corps d'armée.

Quelet (Georges-Maurice), 7e corps d'armée.

Raviart (Marcel-André-Charles), 16e corps d'armée.

Redelinger (Gabriel-Louis), 18e corps d'armée.

Richaume (André-Marie-Charles), 13e corps d'armée.

Rogeon (Théophile-Julien), 11e corps d'armée.

Segal (Marcel), gouvernement militaire de Paris.

Sereuse (Marcel-Alexis-Hippolyte), 1er corps d'armée.

Silbermann (Wladimir-Marc), 15e corps d'armée.

Walch (Fernand), gouvernement militaire de Paris.

Wintergerst (Charles), 14e corps d'armée.

Arnaud (Gabriel-Emile-Léon), gouvernement militaire de Paris.

Benezra (Vital-Marcel), gouvernement militaire de Paris.

Brille (Marcel-Jacob), gouvernement militaire de Paris.

Bury (Maurice-Marcel-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Cresson (Paul-Alphonse), 20e corps d'armée.

Demoulin (Maurice-Albert-Gabriel), 12e corps d'armée.

Detry (Charles-Claudius), gouvernement militaire de Paris.

Dupont (Emile), 1er corps d'armée.

Foch (Eugène-Emile), 15e corps d'armée.

Gallois (Maurice-Eugène-Henri), 15e corps d'armée.

Goddé (Edouard), gouvernement militaire de Paris.

Henry (Pierre-Edmond-Alfred-Joseph), gouvernement militaire de Paris.

Hestaux (Adolphe-Lucien), gouvernement militaire de Paris.

de Libouton (Georges-Ernest-William), gouvernement militaire de Paris.

Lugagne (Marius-Eugène), 15e corps d'armée.

Maronneaud (Pierre-Louis), 18e corps d'armée.

Martinier (Georges), gouvernement militaire de Paris.

Mascarème de Rayssac (Frédéric), gouvernement militaire de Paris.

Mazabrand (Jean-Marie-Louis-Gustave), 12e corps d'armée.

Pascarel (Pierre-Robert), 18e corps d'armée.

Pirou (Albert-Louis-Baptiste), gouvernement militaire de Paris.

Playo (Maurice-Alfred-Pierre), gouvernement militaire de Paris.

Rabusseau (Marcel-Jules-Marie), 9e corps d'armée.

Sapet (Maurice-Jean), gouvernement militaire de Paris.

Schwitz-Guebel (Joseph-Bernard-Charles), gouvernement militaire de Paris.

Battanchon (Edmond-Félix Joseph-Gabriel-Emmanuel), 15e corps d'armée.

Capuron (Marcel-Lucien), gouvernement militaire de Paris.

David (Marcel-Alphonse), gouvernement militaire de Paris.

Filderman (Jacques), gouvernement militaire de Paris.

de La Tour (Edmond-Louis-Humbert), 5e corps d'armée.

Lefebvre (Emile-Jean-Eugène), 3e corps d'armée.

Martin (Robert-Victor-Eugène), 2e corps d'armée.

Payan (Roger-Gustave), gouvernement militaire de Paris.

Pinoche (André-Marie-Joseph), 1er corps d'armée.

Rouillé (Jean-Robert), gouvernement militaire de Paris.

Bertrand (Elisée-Henri-Christophe-Robert), 11e corps d'armée.

(*Journal officiel* du 20 mars 1925).

Nous adressons nos félicitations à ces confrères, en particulier à ceux qui appartiennent au corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER

La première assemblée générale de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer a eu lieu le 21 mars 1925, à 9 heures du soir à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'*ordre du jour suivant*:

1° Correspondance.

2° Allocution du président du bureau provisoire.

3° Rapport du secrétaire général.

4° Lecture et adoption des statuts de la société.

5° Election du Conseil d'administration.
6° Questions diverses.

Ont été élu membres du Conseil d'administration :

MM. J. Filderman, *président* ;
A. Cottarel, M. Loyer, *vice-présidents* ;
Ch. Wintergerst, *secrétaire général* ;
L. Milcent, *secrétaire adjoint* ;
L. Viau, *trésorier* ;
C. Bondy, M. Brille, P. Davigneau, E. Lebrun, C. Mazières, E. Wallis-Davy, *conseillers* ;
L. Bruschera, P. Budin, J. Cadic, *conseillers suppléants*.

L'amicale des dentistes des armées de terre et de mer adresse un présent appel à tous les confrères qui n'auraient pas encore envoyé leur adhésion et, en même temps qu'elle sollicite leur appui pour la défense des intérêts militaires de la profession, leur demande de lui communiquer toutes suggestions utiles dans ce sens.

Le conseil d'administration s'est, en premier lieu, donné comme tâche de solliciter des pouvoirs compétents la régularisation de la situation des dentistes auxiliaires, nommés pendant la guerre et celle des dentistes de la marine.

Ont bien voulu accepter la présidence d'honneur de la nouvelle association :

MM. le général Nollet, ministre de la guerre ;
Justin Godart, ministre du travail et de l'hygiène ;
L'amiral Lacaze, ancien ministre de la marine.

L'acceptation de M. le ministre de la marine également pressenti n'est pas douteuse, pas plus que celle de M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du service de santé au ministère de la guerre dont nous avons déjà recueilli l'acceptation officieuse.

Le secrétaire général,
CH. WINTERGERST.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Les délégués de la F. D. N. au Comité interfédérations se sont réunis avec les délégués du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France le 20 mars à 8 h. 45 du soir.

L'ordre du jour portait :
Orientation professionnelle.
Loi sur les assurances sociales.
Questions diverses.

VŒUX DE LA C. T. I.

La confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.), à laquelle l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France sont affiliées, a constitué un groupe parlementaire de 87 députés (jusqu'à présent) auquel ont été communiqués les vœux suivants de la section des professions libérales.

Premier vœu

Que soit votée une loi nouvelle aux termes de laquelle :

« Tout locataire de bonne foi aura la faculté, dans les six mois « précédant l'expiration des locations ou prorogations en cours, « de notifier au propriétaire sa volonté de conserver les locaux « occupés par lui pour une nouvelle période de trois ans, renou- « velable dans les mêmes conditions moyennant un loyer déter- « miné, à défaut d'entente amiable, suivant la procédure instituée « par la loi du 31 mars 1922. »

Ou, dans le cas où l'adoption des dispositions qui précèdent, en faveur de tout locataire de bonne foi, serait impossible, la restreindre « à tout locataire exerçant une profession libérale ou une « fonction publique comportant obligation de résidence[1] ».

Deuxième vœu

Que le caractère d'habitation professionnelle, dans le sens de la loi du 31 mars 1922 (art. 3) soit reconnu au logement personnel de tout travailleur intellectuel, fonctionnaire ou non, exerçant réellement sa profession même en dehors de ce logement.

Troisième vœu

Que le droit de reprise du propriétaire ne puisse s'exercer sur les locations de cette nature.

Quatrième vœu

Que la loi à intervenir porte application à tous les locaux professionnels des dispositions de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922, admettant les locataires de cette catégorie à réclamer la prorogation « nonobstant toute décision contraire même passée en force de chose jugée, à l'exception seulement des décisions qui auraient été exécutées et à la condition de formuler leur réclamation dans le délai qui serait imparti par la loi ».

1. Notamment : artistes, avocats, dentistes, hommes de lettres, ingénieurs, journalistes, magistrats, médecins, officiers ministériels, professeurs et fonctionnaires de tous ordres, etc.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CONSEIL DU CORPS ENSEIGNANT

Le Conseil du corps enseignant qui n'avait pas été réuni depuis le 23 mars 1922, parce que les circonstances n'avaient pas nécessité sa réunion, a tenu séance le 24 mars 1925, à 8 h. 30 du soir, sous la présidence de M. Roy, vice-président, remplaçant M. Blatter empêché.

M. G. Villain, directeur de l'enseignement, a exposé les créations, améliorations ou transformations opérées dans le cours de ces trois années. Il a fourni des indications sur l'introduction de l'enseignement par le cinéma, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs et que les autres écoles françaises et plusieurs écoles étrangères ont désiré inaugurer à leur tour en empruntant les films de l'École dentaire de Paris.

Il s'est étendu ensuite sur la création du laboratoire de recherches biologiques, dont nous avons également entretenu nos lecteurs, et qui est ouvert non seulement aux élèves, mais aussi aux post-gradués et aux praticiens en exercice. Il a fait entrevoir l'extension du laboratoire de chimie pour être en liaison plus intime avec le laboratoire biologique.

La transformation du service de radiographie, qui a pris un développement considérable au point d'en envisager le fonctionnement tous les jours, a également occupé l'assemblée.

Le Conseil a été mis au courant de l'ouverture d'un service d'oto-rhino-laryngologie pour l'examen des enfants le jeudi, dont l'utilité se faisait sentir depuis longtemps comme annexe du service d'orthodontie.

Comme corollaire de ce service il a été institué également pour les enfants des exercices de gymnastique respiratoire.

Le Conseil a donné son avis sur les propositions de réinvestiture dont il était saisi pour les chefs de clinique et les démonstrateurs.

Enfin il a procédé au renouvellement de son bureau, qui est composé de MM. Blatter, *président*; Desgrez et Roy, *vice-présidents*; Morineau, *secrétaire*, et de la commission permanente, qui est composée de MM. Blatter, *président*; Camus, Boll, Rousset et G. Villain.

La réunion s'est terminée à 11 h. 45.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Association française pour l'Avancement des Sciences
Section d'Odontologie

CONGRÈS DE GRENOBLE

Rappelons que le Congrès de Grenoble, où la Section d'odontologie sera présidée par M. Henri Villain, aura lieu du 27 juillet au 1er août 1924.

Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages: facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc., etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Prière d'adresser les demandes de renseignements et les adhésions au Secrétaire de la Section, M. Wallis-Davy, 7, boulevard Rochechouart, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat général de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 20 francs par an, plus un droit d'inscription de 5 francs pour les membres nouveaux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

La réunion annuelle de la Société organisée par *M. Quintin* président du Comité local, aura lieu à Bruxelles, salle du Collège des médecins, Palais d'Egmont (entrée Waterloo), les 21, 22 et 23 mai 1925.

PROGRAMME

Vendredi 22 mai (Palais d'Egmont)

10 heures. — Discours de bienvenue par le président annuel, discours du président d'honneur, discours du professeur Bordet.

11 heures. — *Izard* : Revue historique des différentes méthodes d'expansion maxillaire transversale avec projections.

14 h. 30. — *Huet* : Sujet réservé.

15 h. 30. — *Georges Villain* : Sujet réservé.

16 heures. — 1° *James Quintero et Pierre Thomas* : Observation clinique.

2° *James Quintero et Mlle Perrichon* : Observation clinique.

Samedi 23 mai (Palais d'Egmont)

9 h. 30. — *Izard* : Contribution à l'étude de la terminologie en orthodontie.

10 h. 30. — *Watry* : Conceptions physiothérapiques du traitement des dysmorphoses maxillo-dentaires.

14 h. 30. — *De Nevrezé* : Observations cliniques.

15 h. 30. — *Tacail* : Considérations sur les forces continues réglables en orthodontie — 2 trousses spéciales pour orthodontie.

16 h. 30. — *Séance d'affaires* : Discussion sur la participation de la Société à un congrès international d'orthodontie à New-York en 1926 ; rapport du trésorier ; élection du Bureau ; admission de nouveaux membres.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LORRAINE

La journée syndicale du syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraine a été des plus remplies.

Dès 9 heures, la salle du Cinéma Majestic, à Nancy, ouvrait ses portes pour montrer les deux films de M. Morineau : « Préparation des cavités » et « Aurification à l'or mou », auxquels succédaient sur l'écran le film du Dr Dufourmentel « Réfection maxillo-faciale chez un blessé de guerre » présenté par le Dr Frison, le film de Collignon : « L'or coulé sous pression au moyen de l'auto-fronde » et le film de Pathé : « Une dent propre ne se carie jamais ».

Puis M. le Prof. agrégé Kieffer, de Strasbourg, expliquait quelques radiographies projetées sur l'écran et montrait que les lésions osseuses provenant d'une dent atteignaient souvent des dents voisines saines en apparence.

Enfin M. Guérin (de Héricourt) faisait la démonstration d'une seringue, vraiment très pratique, de son invention.

A 14 heures, se tenait à l'Excelsior l'Assemblée générale du Syndicat. Afin de permettre la nomination de plusieurs vice-présidents, le nombre des membres du Comité a été porté à 14 qui sont : MM. Ackermann, Blanc, Babo, Boivin, Brenot d'Arles, des Cilleuls, Freidel, Gilbert Fleury, Lemaire, Petit, Roth, Skosowsky, Vecker.

M. de Croës, président du Groupement fédéral, a été nommé président d'honneur.

Sur la proposition de M. Ackermann fils, la création d'une aide mutuelle en cas de décès a été décidée. A l'unanimité ont été

votés la confirmation des vœux du trentenaire, ainsi qu'un vœu en faveur du renforcement des pénalités punissant l'exercice illégal. Un nouveau tarif minimum, présenté par M. Skosowsky, a été renvoyé à une séance ordinaire, afin de le discuter plus à loisir.

La partie scientifique reprenait à 16 heures avec M. le Dr Frison, directeur de l'Ecole odontotechnique, qui fit une conférence sur les résultats positifs obtenus par le stock-vaccin de Goldenberg dans la lutte contre la pyorrhée. Puis M. Kieffer exposait ses recherches sur les effets thérapeutiques de la lumière en odontologie. Deux communications, l'une de M. Boivin, l'autre de M. Barail, ont été renvoyées à une prochaine séance scientifique.

Le soir banquet au Grand Hôtel, sous la présidence de M. Manteau, délégué du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France et du Groupement fédéral.

Des toasts ont été portés par MM. Manteau, Kieffer et Blanc.

Une sauterie termina la soirée.

Le Comité a constitué ainsi son bureau pour l'année 1925-1926.

Président : M. Blanc.

Vice-présidents : MM. Brenot d'Arles (St-Dié), des Cilleuls (Nancy).

Secrétaire : M. Vecker.

Trésorier : M. Henry.

***

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraire organise pour le dimanche 24 mai une promenade dans la Vallée de la Plaine (Vosges), la Chapelotte, Col du Donon, avec banquet à Raon-sur-Plaine.

Cordiale invitation à tous les confrères.

Prière d'envoyer les adhésions à M. des Cilleuls, chirurgien-dentiste, place de la Commanderie, Nancy, Téléphone : 4.16.

HYGIÈNE

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS

Un décret du Président de la République contresigné par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 19 février 1925, inséré à l'*Officiel* du 28 février, avec erratum à la date du 8 mars, complète les services médicaux de l'Asile national des convalescents par un service dentaire.

Ce service, dont sont appelés à bénéficier gratuitement les accidentés du travail et convalescents sortant des hôpitaux de Paris, ainsi que tous les intéressés susceptibles d'être hospitalisés en vertu de l'article 3 du règlement général de l'établissement, est assuré par un médecin ou chirurgien-dentiste recevant une indemnité mensuelle de 200 francs non soumise à retenue pour la retraite.

Un arrêté du ministre pourvoira à l'organisation du Service, ainsi qu'à la désignation du titulaire.

CLINIQUES DENTAIRES SCOLAIRES EN ALLEMAGNE

D'après la statistique de 1924 on compte actuellement en Allemagne 250 cliniques dentaires scolaires, les arrondissements et localités qui en ont plusieurs (par exemple Berlin, qui en comprend 22) ne figurant dans ce total que pour une unité.

La plus grande de toutes ces cliniques est celle de Francfort-sur-le-Main avec 11 fauteuils répartis dans 9 cabinets.

DISPENSAIRE INTERCOMMUNAL D'ERMONT

Un concert gratuit a été organisé au préau des écoles d'Ermont le dimanche 22 mars, à 3 h. 30 de l'après-midi, par la Société des Amis du Dispensaire Dusart.

Au cours de ce concert, M. le Dr Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, président du Comité national français d'Hygiène dentaire, a fait une très intéressante conférence sur les soins dentaires scolaires.

BIBLIOGRAPHIE

Granulomas y quistes appendiculares

Par Armando ROJAS (de Buenos-Aires).

Par CROCQUEFER. Thèse Paris, 1924 et Congrès stomatologie, octobre 1924.

Dans le premier article, l'auteur argentin fait une revue minutieuse des anciennes notions macro et microscopiques sur les granulomes et les kystes appendiculaires, hyperplasies d'origine inflammatoire.

Les premiers, toujours entourés d'une capsule, sont constitués essentiellement par un tissu conjonctif jeune infiltré de leucocytes et communément appelé tissu de granulation, mais ils peuvent en même temps présenter un épithélium. Ce dernier se vacuolise parfois et donne à la tumeur un aspect kystique : ainsi se hiérarchisent d'habitude ces deux variétés de tumeurs appendiculaires, les kystes pouvant dériver des granulomes.

A l'épithélium l'auteur assigne une grande ressemblance avec celui des restes paradentaires, dont il diffère par un aspect d'activité allant jusqu'aux figures de karyokinèse. Il énumère les théories émises sur l'origine de cet épithélium et il se rapproche de celle de Malassez qui le fait dériver précisément des restes paradentaires ; mais A. R. n'apporte aucune contribution personnelle et ne cite guère que des références germaines.

Il rappelle aussi comment les mêmes auteurs ont expliqué la vacuolisation du granulome et sa transformation en kyste, mais, là non plus, n'apporte aucune constatation nouvelle. Il dit avec quelle fréquence la lumière du kyste et les tissus environnants sont bourrés de cristaux de cholestérine, mais n'attribue à ceux-ci aucun rôle pathogénique.

Crocquefer, au contraire, voit dans ce processus d'infiltration cholestéatomateuse un mode d'extension de la cavité kystique, comme nous l'avons nous-même rapporté dans la *Revue de Stomatologie*. Les cristaux dissocient les tissus, les désagrègent et ceux-ci s'effritent dans la lumière qui s'agrandit et dont les bords se nivellent.

C. a fait une œuvre personnelle et contribué à éclairer la pathogénie de toutes ces néoformations péridentaires.

A. R. a fait une bonne revue générale, qui serait complète s'il avait cité les travaux français modernes.

G. DELATER.

Contributo alla Pathogenesi degli epitheliomi adamantini, degli odontomi, e delle cisti dentifere

Dr Victor TRAVAGLINI, Naples.

(*La Cultura Stomatologica*, février-mars 1925)

Une bibliographie minutieuse et impartiale précède l'exposé d'une observation de kyste dentifère compliqué de prolifération épithéliale adamantine et d'inclusions d'émail. Puis l'auteur passe en revue les théories qui expliquent la formation des tumeurs paradentaires : Broca, Magitot sont méthodiquement critiqués ; en revanche la théorie de Malassez sur le réveil des débris paradentaires recueille tout son crédit.

L'auteur a constaté la présence d'une incisive normale plongeant par sa couronne dans le kyste et de débris d'émail répondant à l'incisive voisine dysplasiée ; il pense que la déviation pathologique a dû prendre naissance dans les débris du gubernaculum de la première dent et que la prolifération de ceux-ci a dû gêner l'incisive voisine surprise dans son développement. Le débris originaire a même été probablement très superficiel parce que la tumeur contenait des cellules polyédriques rappelant celles du revêtement malpighien de la gencive. On peut regretter que l'auteur ne rappelle pas avec assez de précision les discussions qui ont animé longtemps les séances de la Société anatomique de Paris entre les partisans de l'origine folliculaire et les partisans de l'origine gubernaculaire de ces kystes, alors pourtant qu'il se range parmi ces derniers, ni la conciliation que nous avons apportée entre ces deux théories (*Rev. Stomatologie*, oct. 1922). A la vérité, le souvenir de ces discussions eût été surtout bibliographique ; et la connaissance de l'étiologie de cette déviation aurait été plus précieuse si l'auteur avait pu retrouver quelque part dans l'épithélium des polynucléaires, témoins d'une infection due aux dents temporaires encore présentes mais en partie résorbées.

Une constatation très originale est à retenir, c'est la coexistence, avec le kyste dentifère, de masses rappelant l'épithélioma adamantin, ainsi que d'inclusions d'émail et de cément. L'auteur les explique par un réveil des débris moyens et profonds de Malassez d'une part, ces derniers ayant reproduit en proliférant la morphologie des organes qui leur ont donné naissance (organe de l'émail), d'autre part, il les explique par une irritation des zones conjonctives voisines qui ont produit du tissu myxoïde et du cément.

Par là il se rapproche des conceptions récentes sur la pathogénie des tumeurs paradentaires et il va même jusqu'à accepter

notre proposition de les appeler toutes ensemble des « dysembryoplasies épithéliales odontoplastiques ».

Etude complète, interprétations solidement assises ; ajoutons que l'auteur considère l'émail comme d'origine ectodermique et le cément d'origine mésodermique.

G. DELATER.

Pour être en règle avec la loi

C'est sous ce titre que M. A. Bouland, licencié en droit, chirurgien-dentiste et étudiant en médecine, présente au public professionnel un volume de 152 pages contenant toute la réglementation qu'il a besoin de connaître.

Cet ouvrage a pour sous-titres : L'exercice de la médecine et de l'art dentaire en France, l'obligation d'enregistrement et de visa des titres et diplômes, quelques statistiques officielles et non officielles du nombre des médecins et des dentistes en France.

Il débute par une introduction, puis se divise en deux parties; se subdivisant, la première, en 5 chapitres, avec un appendice ; la seconde, en 2 chapitres avec des conclusions.

La première partie contient les textes législatifs et administratifs : lois des 30 novembre 1892 et 14 avril 1910, avec les circulaires y relatives, etc. ; tout ce qui a trait à l'enregistrement et au visa des diplômes (formalités, pénalités, cas particuliers), en France métropolitaine, ainsi qu'à l'enregistrement des titres et diplômes en Alsace-Lorraine, en Algérie, dans les colonies et pays de protectorat. L'appendice est consacré aux officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens et herboristes.

La deuxième partie est consacrée à l'établissement des listes et des statistiques, au nombre des médecins et dentistes en France.

La première partie est complétée par des fac-simile de certificats, diplômes, de médecin, de chirurgien-dentiste, de Zahnarzt (Alsace-Lorraine sous la domination allemande) et de visas d'enregistrement.

La seconde partie est complétée par des reproductions d'affiches préfectorales, par des graphiques, des tableaux et des cartes statistiques.

Une bibliographie termine le volume, édité par la *Semaine dentaire*, 12, rue de Hanovre, Paris.

Cet ouvrage, avec les indications précises qu'il donne, est particulièrement utile aux nouveaux diplômés et a sa place marquée dans la bibliothèque des chirurgiens-dentistes.

Annuaire scientifique dentaire

Le Dr Arama-Michel vient de publier l'édition de 1925 de ce *guide professionnel des étudiants et des praticiens*.

Après une préface, un index des spécialités et un dictionnaire des découvertes intéressant l'art dentaire, l'ouvrage contient un court article sur le Paris ancien et les demeures de ses dentistes, avec une analyse de la théorie de Retterer sur l'histogénèse de l'émail. Puis vient une partie consacrée à la législation et à la jurisprudence dentaires.

L'auteur donne ensuite les programmes d'enseignement et d'examens dentaires, la liste des écoles dentaires des journaux professionnels et des groupements dentaires français.

Le répertoire des noms et adresses des stomatologistes, chirurgiens-dentistes et dentistes en France, dans les colonies françaises et pays de protectorat occupe naturellement la plus grande partie du volume. Une revue analytique des principaux articles intéressant la profession parus en 1924 dans les périodiques français lui succède.

Le volume, de 600 pages, du prix de 16 francs, publié 4, rue Pierre-le-Grand, se termine par un glossaire médico-dentaire en six langues.

Livres reçus

Nous avons reçu les ouvrages suivants :

1° Une brochure ayant pour titre *l'Ecole dentaire de la Faculté française de médecine de Beyrouth* par André Fernagut, directeur de cette école.

2° Du Dr Oswald Tiscornia, de Buenos-Aires, la thèse qu'il a soutenue sur *les ciments au silicate*, devant la Faculté des sciences médicales de cette ville. C'est une brochure en espagnol de 41 pages avec 48 figures.

3° Du Dr Maurice Nouel une brochure en espagnol de 45 pages, intitulée : *Notes sur la pyorrhée alvéolo-dentaire*, communication au 4e Congrès vénézuélien de médecine tenu à Caracas en décembre 1924.

Nouveau journal

Nous avons reçu *le Mécanicien-dentiste*, organe officiel mensuel du Syndicat des mécaniciens, mécaniciennes-dentistes et parties similaires, remplacant *le Prothésiste*, qui avait cessé de paraître.

NÉCROLOGIE

Jules Bouvier

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Jules Bouvier, ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., survenu le 10 mars à l'âge de 55 ans.

Il laisse une veuve et un fils.

***

Notre confrère M. André Magnéville, d'Alger, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par le décès de son père M. Charles Magnéville, survenu après une longue et douloureuse maladie.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec plaisir qu'à l'occasion de son voyage à Madrid pour la réunion de la Ligue internationale pour la lutte contre le cancer, M. le ministre du Travail et de l'Hygiène a remis à M. Aguilar, secrétaire général de la F. D. I., la croix de commandeur de la Légion d'honneur et à Mme Aguilar, qui s'occupe particulièrement des œuvres de la Croix-Rouge espagnole, la croix de chevalier du même ordre.

Nous adressons nos vives félicitations aux nouveaux promus.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 27 mars 1925, M. Morineau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé officier d'académie.

***

M. le Prof. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et M. G. Villain, directeur de l'Enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, ont été nommés commandeurs de l'Ordre d'Isabelle la Catholique.

M. Aguilar, de Madrid, est venu, au nom du gouvernement espagnol, leur apporter ces distinctions.

***

M. le Dr O. Amoedo, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé commandeur de l'Ordre d'Alphonse XII.

Nous adressons nos vives félicitations à tous.

Société d'Odontologie de Paris. — La réunion mensuelle de la Société d'Odontologie a eu lieu le mardi 7 avril 1925, à 8h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Professeur Retterer. — L'émail et la carie dentaire.

2° M. Morineau. — Traitement pratique de l'or platiné. Amollissement. Durcissement.

3° Incidents de la pratique journalière.

Nomination. — Par décret du 3 mars 1925, inséré au *Journal officiel* du 7, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er avril 1925, à M. Rouvière, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Nous prions M. Rouvière, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, d'agréer nos vives félicitations.

A la Faculté de médecine de Madrid. — Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. V. Lacarelle, ancien élève de l'E. D. P., et D. D. S. de Chicago, établi à St-Sébastien, vient de subir avec succès à la Faculté de médecine de Madrid, les examens pour l'obtention du diplôme d'*Odontologo*.

Nous lui adressons nos félicitations.

Gala universitaire. — La section des lettres de l'Association générale des étudiants organise pour le 15 mai, au théâtre de l'Odéon, une représentation de gala au profit des diverses sections de cette association, sous la présidence d'honneur de M. Robert de Flers. Le recteur de l'Université, les doyens des Facultés et les directeurs des grandes écoles, notamment le directeur de l'Ecole dentaire de Paris, ont été invités à présider cette fête.

Fête des étudiants. — Le bal annuel de la section dentaire de l'Association générale des étudiants a eu lieu le mardi 28 avril à l'hôtel Lutetia, à 10 heures du soir.

Club athlétique dentaire. — Le samedi 7 mars a eu lieu l'assemblée générale annuelle du Club athlétique dentaire, qui jusqu'alors était le groupement sportif de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole odontotechnique.

A la suite d'un vote ce club athlétique s'est transformé en une section dentaire du Paris Université Club. Cette section dentaire, tout en adoptant les règlements du grand Club universitaire dans leur intégrité, se réserve cependant une certaine autonomie, comparable à l'autonomie des sections de l'Association générale des étudiants.

Mariage. — Le mariage du Dr Eugène Lickteig, de l'Université de Strasbourg, avec Mlle Charlotte Kiefer, a été célébré en mars dernier.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissances. — M. et Mme Filderman nous ont fait part de la naissance de leur fille Colette.

Notre confrère le Dr Labanca, d'Agnone (Italie), nous fait part de la naissance de son fils Serge-Emmanuel.

M. et Mme Parizy nous font part de la naissance de leur fille Marthe-Madeleine.

M. et Mme Maurice Poulet (de Paris) nous font part de la naissance de leur fille Colette.

Nous adressons à tous nos félicitations.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'Ecole dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert les lundis, mercredis et vendredis de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements.

45e ANNÉE. N° 5. 30 MAI 1925. VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉMAIL ET DE LA CARIE DENTAIRE

Par le Prof. Ed. RETTERER.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 10 avril 1925.*)

616.314.13

Il y a plusieurs années, vous avez bien voulu m'écouter quand je vous ai exposé une série de faits qui prouvent que l'émail des dents prend toujours un développement équivalent au facteur mécanique agissant sur ces organes. Comme l'origine et la structure de l'émail ont préoccupé depuis deux siècles anatomistes et histologistes, ma manière de voir a rencontré des théories qui, loin de se résigner à mourir, ont trouvé des défenseurs ardents. Il ne me restait donc qu'à continuer et à multiplier mes recherches, mes observations et mes expériences, pour savoir qui a raison dans ce débat. Je voudrais aujourd'hui vous entretenir de la méthode que j'ai suivie et des faits nouveaux que j'ai observés. De plus, je suis à votre disposition pour vous soumettre une série de préparations qui vous permettront de juger par vous-mêmes de la netteté et de la réalité des images et de la valeur de l'interprétation que j'ai adoptée.

PREMIÈRE PARTIE

Origine et structure de l'émail.

Commençons par l'exposé des faits d'observation.

A. — ÉMAIL DES DENTS QUI N'ONT POINT PERCÉ.

Cet émail, que quelques-uns appellent primaire, a une consistance et une composition différentes de celles de l'émail

des dents qui vont percer ou qui ont percé. En effet, après décalcification, sa substance organique persiste et peut être débitée en coupes sériées.

Voici l'objet d'étude et la technique que j'ai choisis pour étudier l'origine et l'évolution de cet émail embryonnaire ou primaire. Les embryons et les fœtus humains sont très favorables à ces recherches ; il suffit d'enlever la partie externe ou antérieure des mâchoires pour mettre à nu les ébauches des dents. D'autre part, ces ébauches se trouvant à des stades différents d'évolution, il est possible d'observer sur un seul et même fœtus les divers stades de développement. Pour plus de précision, je décrirai les dents d'un fœtus à terme.

Les prémolaires sont constituées à cet âge par la seule couronne qui fait une saillie libre dans une cavité limitée par une membrane partant de la base de la couronne et connue sous le nom de *sac* ou *follicule dentaire*.

Fixées fraîches, ces ébauches sont ensuite décalcifiées dans une solution d'acide picrique, additionnée de 4 pour cent d'acide azotique. Au bout de 24 heures, les prémolaires sont décalcifiées, mais il faut 48 heures pour les incisives.

Coupées en série, les prémolaires montrent une couche de dentine, épaisse de 0^{mm} 2 en moyenne et revêtue d'une coiffe d'émail, haute de 1^{mm} ; cet émail est épais, au niveau des cuspides, de 0^{mm} 2 et de 0^{mm} 1 et moins sur les côtés et la base de la couronne.

(Examinées au sortir de la solution picro-azotique, les coupes montrent un ivoire blanc jaunâtre, l'émail teint en jaune intense, et, entre ces deux tissus, une bande de 0^{mm} 06 que nous appellerons, *couche de transition*).

Colorées par l'hématoxyline à l'eau alcoolisée (après mordançage au perchlorure de fer) ces couches présentent la structure suivante : Les tubes de dentine très fins et distants de 5 μ environ, se ramifient abondamment dans les couches superficielles de la dentine. Il s'y forme ainsi un réticulum dont les filaments principaux prennent une direction parallèle à la surface de la dentine et dont les ramifications

déterminent, en s'anastomosant, un réticulum à mailles des des plus étroites. Il faut des coupes de 5 μ d'épaisseur pour voir les mailles ; quand elles sont plus épaisses, elles ne montrent qu'une bande noire figurant la couche de transition. De la face externe ou superficielle de celle-ci partent des filaments qui prennent une direction perpendiculaire à la dentine et qui émettent des ramuscules, lesquels, en s'anastomosant, forment des mailles de 2 à 3 μ et contenant une masse hyaline.

Quant aux parois de la logette qui contient l'ébauche dentaire, elles sont constituées essentiellement par la gencive épaisse de 2 à 3^{mm} et revêtue en dedans par une membrane de 0^{mm} 1 ou 0^{mm} 2, montrant des noyaux serrés dans un protoplasma rare et figurant les restes de *l'organe prédentaire*, dit de l'émail.

Nous avons déjà dit que l'incisive est plus avancée dans son développement et bien plus riche en principes minéraux. Aussi son émail se coupe-t-il plus difficilement et l'on n'en voit sur les sections, que des lambeaux et non pas un revêtement continu tel que celui que présentent les prémolaires. L'épaisseur de l'ivoire de l'émail et de la couche de transition n'a guère augmenté.

Au niveau de l'incisive, la gencive est creusée d'une excavation qui a un millimètre environ d'étendue, de sorte que la gencive n'a plus qu'une épaisseur de 1^{mm} à 1^{mm} 3. Sur les parois latérales seules de l'excavation persistent quelques restes de l'organe prédentaire.

En résumé, la couronne est revêtue, sur les dents qui n'ont pas percé, d'une couche d'émail de quelques dixièmes de millimètre. Or, cette couche d'émail acquerra une épaisseur de 1^{mm} et davantage. Aux dépens de quels éléments se fera cet accroissement ? L'émail n'est plus en relation avec les cellules allongées, dites à tort adamantoblastes, qui constituent chez l'embryon la paroi interne de l'organe prédentaire, appelé improprement l'organe de l'émail. Les fibres ou prismes de l'émail se multiplient-ils en l'absence de toute cellule, de tout noyau ? Ce serait là un fait en

contradiction avec toutes les acquisitions de la cytologie. Ce serait retourner à la théorie du blastème.

Pour avoir quelques notions positives sur ce point, je me suis adressé à un autre objet d'étude, les dents du sanglier.

B. — Épaississement de l'émail dans la dent percée.

Grâce à mes confrères et mes amis, Coffrat, Bloch et Noël Lantz, j'ai pu me procurer plusieurs mâchoires de sangliers d'âge différent. Je leur réitère mes remerciements.

Non seulement les sangliers ont deux sortes de dents, les unes triturantes, les autres préhensibles (offensives ou défensives), mais la longueur de leurs canines ou défenses est un point de repère qui donne l'âge relatif de l'animal.

Pour l'étude microscopique, j'ai employé les dents séchées et les dents fixées fraîches dans le formol à 10 pour cent. Les coupes faites à la scie ont été usées sur la pierre à repasser. De plus, pour me rendre compte des relations de l'émail et de la dentine, j'ai coloré les coupes de dents fixées dans une solution d'hématoxyline à l'eau alcoolisée, après mordançage dans le perchlorure de fer.

Voici le tableau de l'épaisseur de l'émail sur les défenses et les dernières molaires.

		Email
Défenses	1) *laie de six mois* (émail primaire)...	0mm010 à 0mm02
	2) *sanglier* (à défenses longues de 3 cm.)..... (émail calcifié)	0, 03 à 0, 07
	3) *sanglier* (à défenses longues de 6 et 7 cm.)..... (émail calcifié)	0.250 à 0,450

		Email
Dernière grosse molaire	1) *laie de six mois*.....	0mm4 à 0mm6
	2) *sanglier* (à défenses longues de 3 cm.)	0, 8 à 1
	3) *sanglier* (à défenses longues de 6 à 7 cm).....	1, 3 à 2

Les résultats de ces mensurations sont péremptoires : l'émail s'épaissit avec l'âge et à une époque où il n'y a plus trace du prétendu organe de l'émail. La croissance en épaisseur est bien plus considérable sur les dents qui triturent que sur les défenses.

Cet émail définitif ne peut pas provenir de la multiplication des cellules, car l'émail est privé de cellules et de noyaux. Il ne saurait donc dériver que de la couche superficielle de la dentine se transformant en émail sous l'influence du facteur mécanique.

C. — Dents humaines.

Dans l'espèce humaine, les phénomènes évolutifs sont les mêmes. Grâce au concours, à l'inépuisable obligeance de M. Rodier, j'ai pu étudier quelques dents humaines d'âge différent et absolument saines. Il est vrai qu'elles appartiennent à trois sortes différentes de dents et non plus, comme chez le sanglier, à une seule et même sorte de dent. Quoi qu'il en soit, voici le résultat des mensurations :

	Epaisseur de l'émail
1re *molaire supérieure d'une jeune fille* de 14 ans.....	0mm9
2e *molaire supérieure d'un homme* de 22 ans.....	1, 8
Incisives d'une femme de 69 ans.....	2, 4

L'émail coronaire des dents composées se développe et s'accroît au-dessous du cortical osseux ou cément, alors que depuis longtemps les prétendus adamantoblastes se sont transformés en tissu conjonctif. Une molaire de veau de 2 mois, prête à percer, possède une couche d'émail, épaisse de 0mm 04 seulement. Cet émail augmente en étendue et en masse jusqu'à acquérir une épaisseur de 1mm à 2mm et cela en l'absence de tout soi-disant adamantoblaste [1].

1. Pour plus de détails sur l'accroissement de l'émail, voir la communication que j'ai faite le 19 janvier 1925 à la *Société de Stomatologie* et qui paraîtra dans la *Revue de Stomatologie* (dents de sanglier), ainsi que les notes concernant l'émail des dents humaines (fœtus, dent de sagesse) et l'émail des dents composées (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 14 et 12 mars, et 4 avril 1925.

II. — Résultats et critique.

Tels sont les faits nouveaux que j'ai observés et qui me semblent corroborer ceux dont j'ai eu l'honneur de vous parler antérieurement. Invoquant les phénomènes de développement et d'anatomie comparée, j'ai montré que l'émail se forme et s'épaissit en raison de la pression que subissent les dents et non point grâce au prétendu organe de l'émail. Le tatou a des dents dépourvues d'émail, alors que le dit organe de l'émail persiste chez l'adulte. Le sargue, poisson osseux, a des dents recouvertes d'une épaisse couche d'émail, parce que, pour se nourrir, il est obligé de broyer les valves ou coquilles de mollusques qui servent à son alimentation. Les dents du veau ont un émail beaucoup plus mince que celles du bœuf [1]. Les dents du dauphin qui sont préhensiles ont un revêtement d'émail de 0^{mm} 07 en moyenne.

Les nouvelles observations me semblent confirmer pleinement mes premières conclusions. La trame organique de l'émail est abondante dans les dents aux premiers stades de développement sur les dents percées, toutes les parties de la trame sont calcifiées. La couronne des ébauches dentaires étant séparée par un espace vide de l'organe prédentaire en voie d'atrophie, ce n'est pas ce dernier qui peut fournir les éléments figurés servant à l'accroissement de l'émail, à moins d'admettre, avec Ebner, que des produits de sécrétion privés de noyaux ne soient capables de s'organiser et même de manifester des propriétés phagocytaires.

L'émail est un tissu dont la composition et l'épaisseur varient avec l'âge, c'est-à-dire selon les conditions de milieu qui sont essentiellement d'ordre mécanique.

Depuis près d'un siècle les chimistes sont arrivés à des résultats semblables.

Si l'émail de la dent adulte ne contient que 2 ou 4 pour cent de substance organique, celui des dents jeunes est beaucoup plus riche en substance organique.

---

1. Voir Retterer : 1° *L'Odontologie*, 1919 et 1920, p. 511 ; 2° *la Revue de Stomatologie*, 1920, p. 437 ; *ibid.* 1922, p. 120 ; *ibid* 1923, p. 65 et 1924, p. 278.

Les analyses ont prouvé la chose. Je cite celles de Hoppe-Seyler [1].

Chez l'enfant nouveau-né, l'émail renferme de 15 à 22 pour cent de trame organique ; chez les jeunes porcs, 9,71 pour cent.

L'émail des dents en voie de développement peut être décalcifié, puis débité en coupes sériées, ce qui n'est plus possible pour l'émail des dents adultes.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la structure des dents n'ont envisagé que l'émail *définitif*.

Pour Léon Williams et Noyes [2], les acides portant leur action sur l'émail ne laissent point de trame organique ; par conséquent, l'émail serait uniquement formé d'éléments minéraux. Plusieurs auteurs [3] récents invoquent un autre argument à l'appui de cette manière de voir : l'émail se calcifiant *définitivement* pendant le court espace où l'ébauche dentaire se développe, il ne serait plus, sur la dent adulte, soumis ni à l'assimilation ni à la désassimilation.

L'émail varie donc de composition avec l'âge. Est-il le siège du double mouvement d'assimilation et de désassimilation qui caractérise les éléments vivants ?

L'émail est-il vivant ?

« L'émail est-il organisé, se demandait Bichat, ou n'est-il qu'un suc qui, suintant d'abord de la surface externe de la dent, s'y endurcit ensuite et s'y concrète ? Cette question, continue Bichat, ne me paraît pas facile à résoudre. L'émail a en effet des attributs qui semblent favorables à ces deux opinions. D'un côté, il est sensible comme tout ce qui est organique ; il nous donne bien plus manifestement que les cheveux et les ongles la sensation des corps qui le heurtent. Les acides affaiblis, ceux tirés des végétaux spécialement, exaltent tellement sa sensibilité que le moindre contact devient très douloureux longtemps après leur usage : les dents sont alors, comme on le dit, agacées. D'un autre

1. *Virchow's Archiv.*, t. V, p. 170 et XXIV, p. 13.
2. *A text-book of dental Histology*, p. 1924.
3. Voir Maurice Roy, *L'Odontologie*, t. 62, p. 75, 1924.

côté, l'émail a une foule de caractères qui semblent y dénoter une absence d'organisation : il ne s'enflamme point ; il ne s'y forme point de tumeurs ; il ne s'y fait ni d'exhalation ni d'absorption. »

D'où vient l'émail ?

Dès 1754, Hérissant a décrit autour du germe de l'ivoire (*bulbe ou pupille dentaire*) une enveloppe (*sac* ou *follicule*) dont la face interne serait revêtue de vésicules claires versant une humeur ou liquide qui se concréterait pour former les filets ou fibres de l'émail.

J. Hunter, puis G. Cuvier se sont rangés à cette manière de voir : l'émail a une origine différente de celle de l'ivoire : ce dernier dériverait de la papille, tandis que celui-là proviendrait, comme le pensait Hérissant, de la face interne du sac dentaire.

Delabarre[1] attribue, au contraire, à l'émail la même origine qu'à l'ivoire ; c'est la papille dentaire qui sécrète l'un et l'autre, d'abord les premières couches d'ivoire, puis une humeur qui transsude à travers l'ivoire déjà formé et qui va se déposer à la surface externe de l'ivoire. D'après Delabarre, le premier émail a la consistance du *camphre* : « Il se cristallise peu à peu en forme de petites aiguilles parallèles, mais seulement à mesure que la couronne passe dans la cavité du sac ».

Comme nous le verrons, G. Cuvier a adopté en 1825 la manière de voir de Delabarre.

Delabarre a signalé une autre difficulté : pour quelles raisons le feuillet interne du follicule ne secrète-t-il de l'émail que sur la couronne et point sur la racine ?

Les études microscopiques semblèrent confirmer l'origine *externe* de l'émail.

En 1835, Raschkow, examinant la face interne du sac ou folliculaire dentaire au microscope, y découvrit des fibres auxquelles il donna le nom d'*organe* ou de *membrane adamantine*, parce qu'elles se transformeraient en fibres de l'émail.

---

1. *Odontologie ou observations sur les dents humaines* 1815.

Quelques années plus tard, Schwann montra que ces fibres représentaient chacune une cellule très longue, prismatique et pourvue d'un noyau ; il appela ces cellules des *adamantoblastes*, parce que en s'allongeant, en perdant leur noyau et en se chargeant de sels calcaires, chacune d'elles donnerait naissance à une fibre ou *prisme de l'émail*.

Des études embryologiques multiples ont ensuite établi les points suivants : 1° l'organe épithélial (*organe prédentaire*, dit organe de l'émail) n'est qu'un bourgeon de l'épithélium buccal ; 2° le fond de ce bourgeon coiffe une papille vasculaire (*pulpe*, *bulbe* ou *papille* dentaire). Pour les classiques, la papille dentaire est d'origine mésodermique et conjonctive, se revêtant de cellules allongées (*odontoblastes*), élaborant l'ivoire ou dentine, tandis que les cellules allongées de la face profonde de l'organe prédentaire (*organe dit de l'émail*) sécréteraient l'émail ; de là leur nom d'*adamantoblastes*. Easmes (de St-Louis) a proposé de remplacer ce mot par le terme « améloblastes » (*amel*, vieux français pour émail).

Par quel mécanisme l'adamantoblaste ou l'améloblaste fabrique-t-il l'émail ? Pour Schwann, Waldeyer et d'autres, la cellule cylindriquée s'allongerait pendant que son extrémité interne ou profonde se chargerait de sels calcaires et se transformerait en un prisme de l'émail. La plupart des histologistes modernes n'adoptent pas cette manière de voir. Pour eux, l'extrémité profonde du prétendu adamantoblaste pousserait un prolongement (*prolongement de John Tomes* ou *cil de Prenant*) qui serait l'axe ou l'élément formatif du prisme de l'émail.

Les observations que j'ai faites sont loin de concorder avec la théorie classique. A mon avis, comme j'ai eu l'honneur de l'exposer devant vous, il y a deux ans, l'organe épithélial [1] qui précède la dent et qui mérite le nom d'organe prédentaire est l'origine aussi bien de la papille que du revêtement qui la coiffe (*sac* ou *follicule dentaire*) : le fond de

1. *Des dents simples et composées* L'Odontologie, 1923.

l'organe épithélial prédentaire se transforme en tissu conjonctif et vasculaire, mais se coiffe plus tard de cellules qui ont et conservent la disposition des cellules épithéliales : Ce sont les *odontoblastes* des classiques. Nous verrons qu'ils sont également les adamantoblastes, ou améloblastes, car c'est la dentine qui, dans certaines conditions mécaniques, se transforme en émail. Quant à la portion périphérique de l'organe prédentaire (*organe dit de l'émail* des auteurs), il donne naissance, au niveau de la racine, à la membrane circumradiculaire ou ligament dentaire.

Voici en résumé, d'après mes constatations, comment se développent la dentine et l'émail et se forme la membrane circumradiculaire ou ligament dentaire.

A. — Développement de la dentine.

Dans les premiers stades de développement, les cellules hautes qui revêtent la papille dentaire et qui sont connues sous le nom d'*odontoblastes* sont, à mon avis, des cellules épithéliales dérivant, non point du mésoderme, mais du bourgeon épithélial prédentaire, c'est-à-dire de l'ectoderme. Pour élaborer la dentine, elles commencent par édifier, à leur extrémité externe ou périphérique, une mince zone de protoplasma transparent dont l'ensemble constitue une fine membrane, dite *dentine* non *calcifiée*. — La plupart des histologistes ne s'expliquent pas sur la provenance de cette zone qu'ils considèrent comme du plasma transsudé. En réalité, elle représente du protoplasma clair et transparent (*hyaloplasma*) qui fait partie de l'odontoblaste, qui est élaboré par ce dernier et qui continue à être cloisonné par des fines fibrilles granuleuses venant de l'odontoblaste (*fibrilles de Tomes*). A cette couche de dentine non calcifiée qui est fort mince succède une couche épaisse qui s'en distingue : 1° par le dépôt de sels calcaires ; 2° par l'apparition de la gaine de Neumann qui délimite le tube dentinaire et le sépare de la substance intertubulaire. Celle-ci est transparente, et il commence à y apparaître des fibrilles granuleuses partant de la gaine de Neumann et cloisonnant la masse hyaline. A mesure

que la dentine s'éloigne de la papille, la gaine de Neumann s'épaissit et émet des ramuscules latéraux de plus en plus serrés et abondants. Simultanément les tubes dentinaires, s'amincissent.

Ces phénomènes évolutifs et ces transmutations protoplasmiques aboutissent à la constitution d'une mince couche constituée par des tubes très fins ou des cordons, dus à la disparition de l'hyaloplasma et à sa transformation en protoplasma granuleux. C'est de cette couche (*ligne de contour d'Owen*) que partent des prolongements très fins, il y en a cinq ou six correspondant à chaque tube ou cordon de la dentine. Ces cordonnets n'ont qu'une épaisseur de 1 μ environ ; ils sont distants de 2 μ à 2 μ, 5 et émettent sur leur pourtour des ramuscules latéraux très serrés délimitant des mailles de 2 μ à 2 μ, 5.

Les changements morphologiques et la continuité de la dentine et de l'émail, sont accessibles à l'observation directe. Il n'en va pas de même pour ce qui est des transformations intimes des éléments. La dentine traitée par les acides laisse une trame organique qui persiste ; l'émail définitif soumis aux mêmes acides disparaît totalement.

Cela semble indiquer qu'outre la masse amorphe, les éléments figurés de l'émail non seulement se chargent d'éléments minéraux, mais que ces derniers se combinent avec la matière organique. En un mot, le protoplasma de la partie périphérique de l'odontoblaste se pétrifie en totalité quand il se transforme en émail.

Cette transformation varie selon les conditions générales et locales : 1° sur un organisme mal nourri ou affaibli, l'émail est moins résistant ; 2° lorsque l'action mécanique est intense et fréquente, la couche d'émail est plus dure et plus épaisse que quand le facteur mécanique n'agit que temporairement.

Les intervalles entre deux cordonnets ont été décrits sous le nom de fibres, de bâtonnets ou prismes de l'émail. Quant aux cordonnets, les uns les considèrent comme un ciment réunissant les prismes, tandis que pour d'autres,

leur formation serait due à la ligne de contact des prismes voisins.

Jusqu'à présent, on n'a pas réussi ni à isoler les prismes, ni à faire des coupes sur l'émail décalcifié. Si l'on fait agir les acides sur l'émail et qu'on étudie son influence d'heure en heure, l'émail se décompose en une multitude de filaments ou cordonnets qui, dans les premiers temps, sont barbelés et qui plus tard se montrent indépendants. Autrement dit, l'acide commence par attaquer l'hyaloplasma calcifié qui se trouve entre les cordonnets, puis le détruit, ainsi que les ramuscules atéraux de ces derniers. Sous l'influence de la théorie classique selon laquelle l'acide porte son action sur le ciment qu'il détruit avant les prismes, j'avais cru pendant longtemps que les cordonnets sont les premiers atteints et que leur altération permet l'isolement des prismes. C'était là une erreur.

B. — Organe dit de l'émail (portion externe de l'organe prédentaire).

Le bourgeon épithélial, dit *organe* de l'émail et qui coiffe la papille dentaire, aurait la destinée suivante : les cellules tapissant sa face concave ou interne (adamantoblastes) sécréteraient l'émail, tandis que les portions moyenne et externe seraient envahies par le tissu conjonctif péridentaire et s'atrophieraient.

Dès que les adamantoblastes auraient sécrété le produit qui donne naissance à l'émail, ils régresseraient également. Ce produit de sécrétion, sans cellules ni noyaux, serait capable de s'organiser, de s'accroître et de durer un demi-siècle et davantage. Pour durcir et se charger de sels calcaires, il manifesterait même des propriétés phagocytaires, rongeant la dentine sous-jacente et s'emparant de ses éléments minéraux. Mes recherches n'ont pas confirmé la théorie précédente : *Toutes les cellules épithéliales de l'organe prédentaire se transforment en tissu conjonctif.*

J'en ai étudié la structure et l'évolution sur les embryons de veau [1]. L'épithélium se multiplie activement et donne naissance à un tissu conjonctif jeune, à cellules d'abord étoilées (*tissu réticulé*). Les cellules cylindriques qui coiffent la papille dentaire, puis la dentine évoluent de même : elles donnent naissance à du tissu conjonctif jeune qui, au niveau de la racine, évolue en tissu osseux.

Cortical osseux ou *cément.* — Sur les dents de veau encore contenues dans l'alvéole (qui n'avaient point percé), j'ai réussi [2] à suivre le développement du premier émail.

Email primaire. — Comme la couche superficielle de la dentine, il est séparé des cellules cylindriques de l'organe prédentaire (organe de l'émail des auteurs) par une membrane anhiste ou basilaire, partout continue.

Comme la couche superficielle de la dentine, cet émail primaire est formé de cordonnets, à ramuscules latéraux entre lesquels se trouve un protoplasma amorphe et clair ; et, l'extrémité profonde de ces cordonnets est continue avec les tubes dentinaires de l'ivoire sous-jacent. C'est la structure de l'émail définitif avec cette différence que l'émail primaire est encore privé de sels calcaires.

Cet émail primaire est peu consistant, comme l'a annoncé Delabarre ; il s'effrite lors de l'éruption de la dent, en même temps que s'atrophient, au niveau de la couronne, les cellules prismatiques (prétendus adamantoblastes des auteurs) de l'organe prédentaire.

Remarquons que les théories classiques n'ont jamais pu nous rendre compte de l'union de l'émail et de la dentine. Leur ligne de jonction est-elle formée par un ciment ou ne résulte-t-elle que du contact immédiat ? Comment interpréter la pénétration des tubes dentinaires ou cordonnets dans l'émail ?

La théorie classique repose sur les images que présentent les coupes de dents faites à la scie et usées sur la meule ou la pierre à repasser. Dès 1883, Bödecker [3] a eu recours à un

1. Origine et évolution de la membrane circumradiculaire, etc. *Revue de Stomatologie*, t. 25, p. 65, 1923.
2. *Revue de Stomatologie*, 1922, p. 129.
3. In *Mikroskopische Anatomie* de Heitzmann, p. 618, 1883.

autre procédé d'examen : il a traité la dentine et l'émail au chlorure d'or à 1 pour cent. Dans ces conditions, Bodecker a vu les colonnes de la dentine (substance fondamentale) se prolonger dans l'émail et y former deux colonnettes chacune moitié moins larges que les colonnes de la dentine.

Les colonnettes de l'émail correspondent aux prismes ou fibres de l'émail (des auteurs). Quant aux tubes dentinaires, ils se continuent dans l'émail sous la forme de fibres pleines (nos cordonnets ou le ciment interprismatique des classiques). Ces cordonnets émettent des ramuscules latéraux qui cloisonnent les colonnettes.

On a reproché à Bödecker d'avoir altéré par le chlorure d'or additionné de quelques gouttes d'acide les couches limitantes de la dentine et de l'émail ; de même qu'on a prétendu que les fibres ou cordonnets de Bödecker ne sont que les lignes de contact des prismes.

Si les auteurs didactiques parlent avec assurance des fibres ou prismes de l'émail, les chercheurs sont loin d'être d'accord sur leur nature et sur leurs connexions.

Ces prismes seraient, selon les uns, soudés par un ciment, et, selon les autres, réunis entre eux par pression réciproque.

Selon V. v. Ebner [1], l'émail se compose de fibres ou prismes, quintangulaires ou sexangulaires. En y ajoutant un peu d'acide chlorhydrique dilué, on voit apparaître des stries transversales, distantes de 3 à 4,5 μ, qui leur donnent l'apparence de fibres musculaires striées. Cet aspect serait dû à un léger gonflement des prismes. Si l'on prolonge l'action de l'acide, les prismes pâlissent et les stries disparaissent. Alors il n'y a plus qu'une charpente fibrillaire dans laquelle on aperçoit des canalicules, restes du cément interprismatique.

Dans l'émail primaire (après décalcification), comme dans l'émail définitif, il est facile en employant mon procédé de coloration (perchlorure de fer, puis hématoxyline à l'eau alcoolisée) d'obtenir, dans la dentine comme dans

1. *Kölliker's Handbuch*, t. III, p. 86.

l'émail, l'image d'une trame dont les filaments principaux sont barbelés, c'est-à-dire munis de ramuscules latéraux, se ramifiant et s'anastomosant. Dans les mailles de ce réseau se trouve un protoplasma amorphe. Dans la dentine le protoplasma amorphe est seul chargé de sels calcaires. Dans l'émail, les parties amorphes et figurées sont calcifiées, je dirai même combinées avec les éléments minéraux puisque les acides détruisent les uns et les autres.

Donc l'émail est plus riche en sels calcaires que la dentine. Il y a plus, les diverses couches de dentine ont une structure différente ; la dentine *jeune* diffère de la dentine adulte ; il se fait des transformations protoplasmiques dans la dentine et l'émail.

C. — Transformations protoplasmiques qui se font dans la dentine et dans l'émail.

Les transformations de la matière vivante étaient inconnues aux anciens, de même que les histologistes modernes les méconnaissent. Buffon avait vu les changements que le climat, le régime ou l'esclavage produisaient sur les animaux ; il leur donne le nom de *dégénérations*.

Voltaire parle de *métamorphoses*. Voici ce qu'il entend par ce mot :

« Un point presque imperceptible devient un ver, ce ver devient papillon ; un gland se transforme en chêne ; un œuf en oiseau ; l'eau devient nuage et tonnerre ; le bois se change en feu et en cendre ; tout paraît enfin *métamorphosé* dans la nature. »

G. Cuvier définissait la vie « tourbillon à direction constante » qu'il refusait à la dentine et à l'émail. En effet, il écrivait en 1814 : « L'ivoire, déposé à la surface du noyau (papille), une fois fait, ne change plus ; il n'a plus de vie organique proprement dite ».

Cuvier ne pouvait donc admettre que les substances de la dent puissent se modifier, pas plus que les espèces animales ne soient capables de descendre les unes des autres.

De prime abord, les études cellulaires semblent avoir mo-

difié cette manière de voir ; mais, à y regarder de plus près, on en est toujours à l'opinion de Cuvier. Comme je l'ai indiqué à diverses reprises, les histologistes continuent à être fixistes et Cuviéristes.

L'émail et la dentine ont une origine différente, telle est la formule classique depuis des siècles. Il est même des anatomistes (Auzebi, Jourdain et Rousseau) qui avaient prétendu que l'émail apparaît avant l'ivoire.

Aujourd'hui la théorie est la suivante, si nous passons sous silence les différences de détail :

La papille produit les odontoblastes, qui élaborent la dentine, de même que le prétendu organe de l'émail possède les adamantoblastes qui sécrètent l'émail. La déesse « différenciation » fait l'œuvre de l'Etre infini qui, selon Linné et Cuvier, a créé les espèces animales et végétales.

Telle Minerve, sortant tout armée de la tête de Jupiter et poussant des cris de guerre, tels l'émail et la dentine naissant de toutes pièces et possédant immédiatement leur structure et leurs propriétés définitives. Si l'organe épithélial, dit de l'émail, est en forme, ses cellules sécrètent un émail de bon aloi, capable de résister aux microbes ; que l'organe dit de l'émail soit mal ébauché, il ne produira qu'un revêtement défectueux qui ne tardera pas à compromettre l'existence de la dent (Voir plus loin).

Toutes ces hypothèses ont été faites par les auteurs qui, au lieu d'observations personnelles, se complaisent à plier leurs systèmes aux théories et aux volontés dominantes de l'époque. C'est là, il est vrai, un procédé des plus commodes pour se couvrir d'un petit manteau à fort belle apparence scientifique.

Il y a des siècles que les anatomistes ont remarqué, à l'œil nu, sur les grandes dents des mammifères des cônes creux appliqués les uns sur les autres, comme si les dents étaient composées de lames emboîtées les unes dans les autres En un mot, l'ivoire serait composé de couches stratifiées.

Owen signala, en 1840, des lignes (*contour lines*) creusées

d'espaces creux. Ces derniers furent désignés par Czermack sous le nom d'*espaces interglobulaires*, dus, à son avis, à un manque ou à un défaut de calcification. Remarquons qu'au niveau des lignes de contour, les tubes ou cordons de la dentine se ramifient abondamment et leurs ramuscules latéraux forment, comme dans la couche de transition entre la dentine et l'émail, un réticulum très serré avec peu de protoplasma transparent.

Walkhoff a raison quand il soutient que les lignes de contour ne sont pas uniquement déterminées par les espaces interglobulaires, mais encore par les ramifications nombreuses qu'émettent les tubes dentinaires à ce niveau, ainsi que par les changements de direction de ces derniers. Comme je l'ai montré dans une note antérieure, les couches de transition ou lignes de contour sont dues essentiellement à une modification cytoplasmique consistant en la raréfaction de l'hyaloplasma, l'hyperplasie et l'hypertrophie du protoplasma granuleux. Il se fait en réalité, dans la dentine qui évolue et probablement sous l'influence du facteur mécanique qui agit sur la dent, des transformations protoplasmiques dans la dentine. Ce sont ces zones de transformation ou de transition qui donnent lieu aux lignes de contour.

Czermack comparait les strates de dentine séparées par les espaces interglobulaires aux couches concentriques qui se développent dans les arbres et qui marquent leur âge, puisqu'il s'en développe une chaque année.

Cette comparaison serait exacte si les couches de dentine qui se succèdent de dedans en dehors avaient même structure. Or, il n'en est rien. La dentine des couches péripapillaires est plus riche en hyaloplasma que celle des couches moyennes et surtout externes, dans lesquelles la trame réticulée prédomine.

Tous ces faits démontrent que, dans la dentine déjà, les diverses couches ou zones qui s'emboîtent varient de structure avec l'âge. De plus, ces variations de structure se font, non point graduellement, mais en des points ou cercles distincts au niveau desquels la dentine se modifie (*zones de*

transition qu'on a encore appelées zones d'accroissement ou *incremental lines*). La substance de la dentine non seulement y change de caractères morphologiques, mais, après s'être transformée, elle élabore une dentine de structure différant de celle qui la précède. Une zone de transition analogue se développe à la surface de la dentine lorsque la couronne subit l'action mécanique (zone de transition entre la dentine et l'émail).

Les faits évolutifs que je décris lèvent plusieurs difficultés et fournissent des éclaircissements sur divers processus énigmatiques. Comme Delabarre l'a remarqué, il y a plus d'un siècle, la face externe du sac dentaire ne fait point d'émail au niveau de la racine ; les histologistes qui décrivent à ce niveau des adamantoblastes n'ont pas réussi davantage à nous dire pour quelles raisons il leur est défendu de sécréter de l'émail le long de la racine. Voici ce que nous apprend l'observation directe : pendant longtemps et jusque vers l'éruption, la dent manque de racine. La dentine s'accroît et se transforme couche par couche. Elle rencontre le plafond du sac dentaire ou organe prédentaire et bute contre cette membrane qui est non seulement résistante, mais encore doublée de la gencive. La pression qu'elle exerce aplatit les cellules cylindriques (prétendus adamantoblastes) ; mais par contre-coup elle subit une contre-pression ou compression qui agit en tant que facteur mécanique sur la dentine. La couche superficielle de celle-ci réagit en se chargeant de plus en plus de sels calcaires et en se transformant en un revêtement d'émail assez dur pour user et pour détruire sac dentaire et gencive.

La calcification de l'émail primitif et la formation de l'émail définitif sont donc le résultat du facteur mécanique qui ici n'est que la compression subie par la couronne en voie d'accroissement. Si l'émail ne se développe point sur la racine, c'est que la dentine radiculaire est entourée d'un manchon de tissu mou qui n'exerce aucune compression sur la racine.

Pour se faire jour au dehors, nous l'avons vu plus haut, la dent comprimée par la gencive, se couvre d'une couche

d'émail. Cet émail est peu épais sur les dents dont l'éruption se fait dans les conditions ordinaires ou normales. Il en va tout autrement pour les dernières molaires (*dents de sagesse*). Ces dents percent fort tard et sont obligées, pour faire éruption, d'user et de perforer une sous-muqueuse et une muqueuse ayant acquis un grand état de consistance.

Dents de sagesse.

A. — *Dent de sagesse de la mâchoire inférieure.*

Je dois au Dr Coffart une dent de sagesse de la mâchoire inférieure qu'il a fallu extirper à un jeune homme de dix-neuf ans et demi. Voici les rapports qu'affectait cette dent avec la 2e molaire et l'antagoniste de la mâchoire supérieure. « Sa face triturante, m'écrit M. Coffart, était à peine au niveau du collet de la 2e molaire ; la muqueuse à peine entr'ouverte laissait voir quelques millimètres d'une cuspide antérieure, comme il arrive souvent dans les dents à direction inclinée de bas en haut et d'arrière en avant. Donc séparée de l'antagoniste par toute la hauteur qu'aurait dû occuper la couronne, il n'y avait pas de contact mécanique possible. »

Longue de 2 cm., la dent avait une couronne quadrangulaire, munie de cinq tubercules et un diamètre transversal et antéro postérieur de 9 mm. La couronne était haute de 6 mm 2 et la racine, longue de 13 mm 8. Sans atteindre les dimensions de la dent de sagesse de l'homme de Chancelade dont la couronne avait un diamètre de 12 mm, cette dent de sagesse était donc loin d'être rudimentaire.

Au niveau du collet, l'ivoire avait une épaisseur de 2 mm 5. Sur toute la couronne, l'ivoire était revêtu d'émail un peu plus épais, sur les tubercules hauts de 2 à 3 mm, que dans les sillons. Cet émail était disposé en deux couches : 1° une couche profonde, épaisse de 1 mm 2 ; 2° une couche superficielle, épaisse de 0 mm 035. La couche profonde de l'émail était séparée de l'ivoire par une *couche de transition* épaisse de 0 mm 07 à 0 mm 1, de structure identique à celle que j'ai décrite dans les ébauches de dents fœtales (Voir ma note du

14 mars). La couche d'émail superficiel était séparée, d'autre part, de l'émail profond par une zone de transition, épaisse de 3 à 5 μ. Dans l'émail superficiel, les prismes avaient une direction perpendiculaire à la surface de la dent; il n'en était pas de même dans la couche profonde ; ici, les prismes décrivaient, à partir de la zone de transition profonde, des courbes très irrégulières ; tout un groupe de prismes se contournaient, au bout d'un trajet très court, comme s'ils avaient été tordus et semblaient vouloir reprendre leur direction primitive du côté de l'ivoire. (Ivoire et émail avaient la structure normale.)

(*A suivre.*)

DES FORCES CONTINUES RÉGLABLES EN ORTHODONTIE

APPAREIL AUTOMATIQUE. — MATÉRIEL DE SÉRIE. — TROUSSE SPÉCIALE POUR ORTHODONTISTE.

Par M. TACAIL, D. E. D. P.-D. D. S.

Professeur d'Orthodontie à l'École Odontotechnique.

616.314.089.23 × 641

En vous présentant ce nouveau dispositif, je n'ai pas l'intention de prétendre qu'il s'adapte à tous les cas : il est spécial aux déplacements dans le sens *antéro-postérieur* et dans le sens *postéro-antérieur*.

Je me suis attaché plus spécialement à ces mouvements, parce que j'estime qu'en orthodontie l'esthétique doit être une sérieuse directive ; et, comme les anomalies considérées dans le plan sagittal ont toutes leurs répercussions sur le visage, j'ai cherché à multiplier les possibilités de leur correction. De plus, comme les orthodontistes actuels étendent leurs études sur *l'expansion latérale* et développent particulièrement ce sujet, j'ai voulu m'adonner aux déplacements dans le plan sagittal, un peu délaissés par rapport aux autres.

Cela ne veut pas dire que je sois ennemi de l'expansion ; je la reconnais presque toujours nécessaire et ne la néglige nullement, comme vous le verrez ultérieurement.

Avant de vous parler des « *forces continues réglables* », permettez-moi de vous faire très brièvement une critique des deux grands groupes de forces employées en orthodontie : les forces *intermittentes* et les forces *continues*.

Les premières ont de nombreux adeptes. Je n'ai aucune velléité de reprendre un long travail de bibliographie, de citer un à un tous les auteurs qui les ont étudiées. Je ne rappellerai qu'un nom : celui de Farrar, qui formula certaines lois importantes concernant leur application.

Farrar prétendait, entre autres, que *la force intermittente seule était capable d'avoir sur une dent une action calculée et*

mesurable; que, seule, elle permettait donc d'escompter un résultat pré-déterminé et de mathématiser un traitement.

[Je passe sous silence la description des forces (chevilles coins, vérins, jack-screws, etc...), les caractères des appareils (mobiles ou fixes), la question des points d'appui, etc... Tout cela nous entraînerait beaucoup trop loin et hors du sujet. A côté de cet avantage indiscutable, les forces intermittentes ont de graves inconvénients :

Le premier, qui n'est pas le moindre, est la nécessité de visites fréquentes.

Deuxièmement, chacun des chocs successifs, traduisant chaque intervention du praticien, n'est pas sans occasionner une certaine douleur.

Enfin, lorsque la dent a déjà parcouru une distance importante, et que, conséquemment, elle possède une certaine mobilité, elle doit être maniée avec précaution ; la continuation de son déplacement par forcces intermittentes exige, de la part du praticien, une grande dextérité, une grande expérience, car la moindre fausse manœuvre est capable de traumatiser et d'engendrer des mortifications pulpaires.

Voici, en quelques mots, les principaux avantages et inconvénients des *forces intermittentes*.

Les forces continues, sous toutes leurs formes (anneaux ou carrés de caoutchouc, arcs souples en métal, ressorts, etc....) ont en premier lieu l'avantage de permettre des visites plus espacées que celles exigées par l'emploi des forces intermittentes.

Deuxièmement, elles sont moins douloureuses. Troisièmement, évitant le choc brusque qui traumatise, elles ont moins tendance à la dévitalisation.

Malheureusement, elles ont le grave inconvénient de n'être *pas mesurables*.

Un anneau de caoutchouc, par exemple, ne peut pas être tendu *mathématiquement*. Sa puissance d'action n'étant pas calculable, le résultat ne sera que *espéré* et non *pré-déterminé*.

De plus, il ne faut pas croire que les forces intermittentes permettent des visites *très* espacées. La surveillance doit être étroite ; un appareil abandonné à son action pendant un cer-

tain temps est susceptible d'engendrer de graves dégâts et de compromettre tout un traitement.

Ceci me rappelle une vieille histoire de notre ancien professeur M. P. Martinier.

« Un enfant, possédant une canine en ingression, traitée par « une force intermaxillaire, avait, pendant plusieurs semaines, « négligé de se rendre chez son dentiste. Or quand cet enfant alla « de nouveau consulter, le praticien s'aperçut que la canine était « littéralement extraite ; l'action trop puissante de l'anneau élas- « tique avait accentué, progressivement et sans douleur, l'extru- « sion de la dent jusqu'à l'avulsion. »

Considérant ces divers inconvénients des forces continues et des forces intermittentes, certains praticiens conservent leur préférence pour les premières, d'autres préconisent les secondes ; d'autres enfin, plus impartiaux, changent de technique suivant les cas.

J'ai dit que je ne voulais pas faire de bibliographie. Cependant je ne puis passer outre sans prononcer le nom du Dr Izard qui, dans un récent et important travail, conclut, dans le sens d'Oppenheim, que la meilleure force est une pression légère et *constante*.

Mais, quelle que soit la méthode choisie, un orthodontiste hésitera parfois à poser un appareil, lorsque, par exemple, les parents de l'enfant à traiter lui feront part de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de venir consulter régulièrement et fréquemment. Un tel cas est moins rare qu'on ne le croit : retenus en province par des conditions de la vie, des parents ne peuvent pas toujours se déplacer uniquement pour le traitement orthodontique d'un enfant. La période des vacances, un voyage, contre-indiquent encore la pose d'un appareil à surveiller.

Ne pouvant actionner le dispositif vous-même que tous les trois mois, je suppose, il faudrait, pour obtenir des modifications par forces intermittentes, confier à la maman la manœuvre des écrous ; mais c'est un projet très aléatoire, que personnellement je n'ose pas mettre à exécution et que je trouve déplorable.

Vous restez encore plus indécis devant le projet d'action par forces continues, car vous savez quels risques vous courrez en ne surveillant pas les phases d'un traitement que vous voulez actif.

C'est cette hésitation devant une situation sans issue convenable, qui m'a engagé à chercher un dispositif autre que ceux habituellement employés.

Résumant les qualités nécessaires, j'ai construit un nouvel appareil capable de me donner *sans surveillance un résultat aussi précis que celui obtenu avec les forces intermittentes.*

Quand vous actionnez un écrou, si vous lui faites parcourir sur l'arc 1/10 de millimètre, vous savez que cet arc s'avance ou recule de 1/10 de millimètre, et que la dent fixée sur lui subit le même déplacement. Eh bien, si je dois, pour rétablir l'occlusion, déplacer des dents sur une distance de trois millimètres (par exemple), je règle mon appareil de telle sorte qu'il déplace ces dents de trois millimètres exactement (Je vous expliquerai tout à l'heure la technique). *Ces trois millimètres seront gagnés avec certitude, progressivement, par action continue, sans nécessiter aucune surveillance de ma part.*

Deuxième point important de l'appareil :

« *Le résultat une fois obtenu, la force agissante cesse automa-*
« *tiquement.* »

Si un mois doit encore s'écouler avant la prochaine visite de l'enfant à son dentiste, cela n'a aucune importance ; nulle exagération du mouvement n'est à craindre puisque l'appareil est arrêté dans son activité.

Troisièmement, je n'ai pas à me soucier d'un retour à la malposition ou à la malocclusion, *car mon appareil transforme sa force agissante en maintien.*

Enfin, *l'action est uniformément décroissante* au fur et à mesure du déplacement et de la mobilité de la dent ; il ne peut donc être question de traumatisme et de mortification pulpaire.

Ne croyez pas que je reste dans le domaine de la théorie. Le dispositif que je vais vous présenter est essentiellement *pratique.*

Souvent lorsqu'un auteur écrit, il expose délibérément des questions théoriques extrêmement compliquées, mettant en

relief le plan sagittal, le plan frontal, le plan horizontal, parfois l'esthétique facial ; il ne se fait pas scrupule, dans ses descriptions d'appareils, de jouer avec les talents prothétiques de l'individu ; mais, lorsque ce même auteur aborde la pratique, il est beaucoup plus réservé ; et de nombreux points qu'il avait pourtant mis en lumière sont insensiblement éliminés.

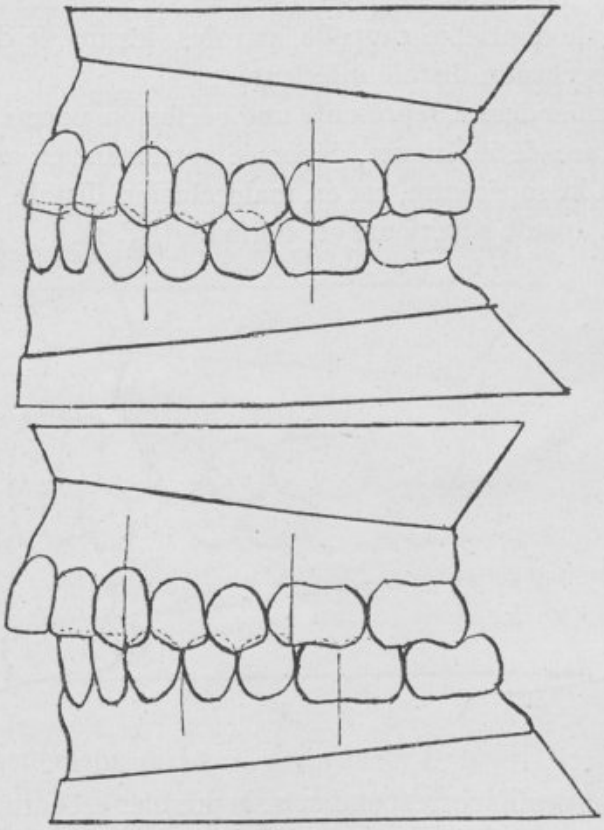


Fig. 1.

A moins que, très habile, il ne présente un jeu d'appareils d'une complication telle que l'exécution en soit couramment impossible (Dans ce dernier cas je fais allusion aux appareils micrométriques de Case, parfaits en théorie, parfaits peut-être encore dans les mains de Case, mais vraiment inemployables dans la pratique journalière).

Permettez-moi de vous dire que ce n'est pas mon cas. J'ai expérimenté mon appareil en clientèle et en clinique (à l'École Odontotechnique). Les résultats qu'il m'a donnés ont tou-

jours été ceux que j'escomptais. J'ajoute qu'il est simple, facilement maniable, et peu encombrant.

Pour vous l'expliquer je vais prendre comme exemple le cas le plus simple, le plus typique, le plus fréquent : *la malocclusion distale inférieure.*

— Pour ceux qui ne sont pas très versés dans les questions d'orthodontie, je rappelle, par des dessins, le diagnostic de la malocclusion distale inférieure :

Le premier dessin représente une occlusion normale. Sur le second, l'arcade inférieure, déportée nettement en arrière par rapport à la supérieure, est en malocclusion distale, si on admet que l'arcade supérieure est normale (fig. 1).

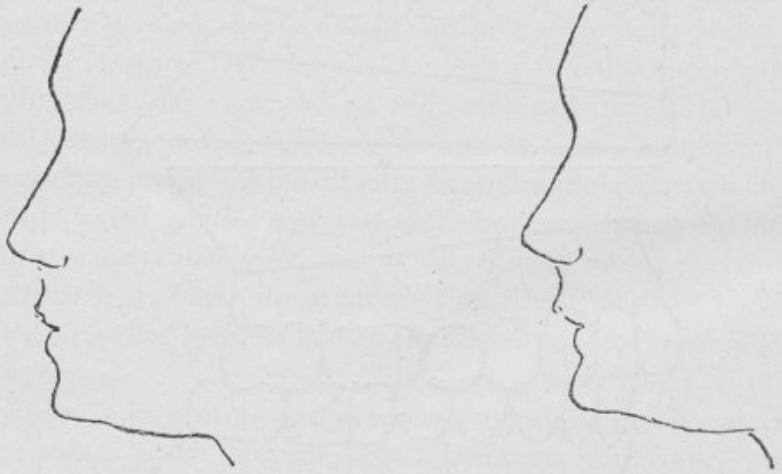


Fig. 2.

Voici les profils correspondants : le premier est correct et s'accorde avec une occlusion normale ; l'autre est celui d'un individu atteint de malocclusion distale inférieure (fig. 2). Vous remarquez, dans ce cas, qu'il y a harmonie faciale jusqu'au-dessous de la lèvre supérieure, que le menton est également en harmonie et que seule la région de la lèvre et de l'arcade inférieures est anormale. C'est donc cette région qu'il faudra avancer, pour rétablir l'occlusion en se basant sur l'esthétique faciale.

J'insiste : dans la malocclusion distale inférieure type nous avons affaire à une anomalie d'une arcade, mais il n'est nullement question de l'articulation temporo-maxillaire, qui est con-

sidérée comme normale, pas plus que de la mandibule, normale également dans sa forme et dans son développement.

Le *traitement-type classique* est le suivant :

Prenant point d'appui sur les molaires, on avance les six dents antérieures au moyen d'un arc sur lequel ces dents sont fixées (par ligature, ou tout autre moyen). Deuxièmement, prenant point d'appui sur le maxillaire supérieur dont toutes les dents sont ligaturées sur un arc, on avance les prémolaires et molaires inférieures par un ancrage intermaxillaire.

Je ne veux pas vous faire un cours d'orthodontie, je ne puis vous exposer ni la disposition de l'appareil ni la technique de son fonctionnement, cela me conduirait trop loin, mais je veux vous signaler les deux façons d'interpréter le traitement.

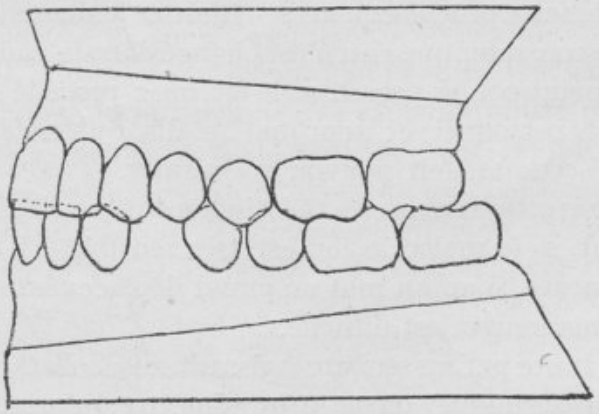


Fig. 3.

Personnellement, je donne un *premier temps* à l'avancement des dents antérieures ; ce déplacement doit *créer un espace*, soit unique entre la canine et la première prémolaire, comme sur la fig. 3, soit divisé entre la canine et la première prémolaire, puis entre la première prémolaire et la seconde. Cet espace (ou la somme de ces espaces) doit être *égal au chemin parcouru* par les *dents antérieures* ; et c'est seulement en constatant des diastèmes que l'on peut en toute sécurité affirmer la correction sur l'arcade des incisives et des canines.

Dans une deuxième période, j'agis sur les prémolaires et les molaires par le moyen habituel (arcade supérieure, point d'appui et ancrage intermaxillaire).

Certains praticiens préfèrent déplacer les molaires en même temps que les incisives. Ils superposent les traitements : L'ancrage intermaxillaire dirige les prémolaires et molaires à la suite des dents antérieures, et leur fait occuper sans délai l'espace que laissent distalement les canines au fur et à mesure de leur migration.

Techniquement, je suis l'ennemi de ce procédé. Les tractions intermaxillaires fatiguent l'enfant, qui, pour se délasser, avance la mandibule, un instant d'abord, puis de plus en plus fréquemment, puis constamment. Il se crée un *faux proglissement.* Le dentiste croit avoir obtenu un résultat. Il pose un maintien. Mais au bout d'un certain temps, l'enfant, libéré de l'ancrage intermaxillaire, laisse sa mandibule revenir à sa position primitive ; le faux proglissement se réduit et le dentiste a le déplaisir de constater que rien n'est changé dans la malocclusion.

Voilà pourquoi je préconise le premier procédé qui peut-être m'est personnel, et pourquoi je dis qu'un *déplacement,* pour être *certain,* doit pouvoir se *mesurer.*

Cette correction envisagée théoriquement paraît simple. Pratiquement, si la malocclusion est très sensible, s'il y a rétrusion accentuée, si en un mot un grand déplacement est nécessaire, la manœuvre est difficile.

Si l'on traite par un seul arc agissant au « collet » (j'entends le collet anatomique) on ne peut admettre qu'un seul moyen d'ancrage : la ligature ; or, les incisives ligaturées ne tarderont pas à se coucher, car si la couronne est effectivement entraînée vestibulairement, la racine oppose une grande résistance et ne suit pas le mouvement.

Si l'on emploie un arc plat, l'ancrage est « coronaire », sans doute « très près du collet », mais « non au collet même » ; et malgré la théorie mécanique extrêmement juste de l'arc plat nous retombons dans le défaut précité.

Pour mobiliser la racine, il faut avoir recours au *contourning* de Case : Un arc coronaire dirige la couronne ; un second arc, passant non loin de l'apex, mobilise la racine.

Mais, quel que soit le procédé choisi, un inconvénient subsiste encore : la dent qui se déplace devient mobile, de plus en

plus mobile, et il faut une grande habitude, une extrême prudence et beaucoup de doigté, si l'on veut éviter de graves dégâts. De plus, il est nécessaire d'avoir l'enfant sous la main, de le surveiller étroitement.

Voilà, aussi rapidement que possible, le rappel du traitement de la malocclusion distale inférieure. Si j'ai insisté sur ma technique du traitement en 2 temps, c'est qu'elle m'a servi à me rendre compte de la résistance des points d'appui postérieurs par rapport aux monoradiculaires à déplacer.

Passons maintenant à la technique de cette correction par mon appareil automatique.

(Pour écourter cette communication je joindrai l'explication du dispositif à la manœuvre opératoire.)

Sur le malade, ou sur les empreintes, j'ai étudié la question des points d'appui, en même temps que j'ai établi mon mode d'action. Je m'explique : devant imprimer un déplacement assez sérieux à toute l'arcade pour rétablir l'occlusion, je juge par exemple que dans un premier temps les *six dents antérieures* seront *déplacées coronairement* et *radiculairement*, ce qui m'oblige à prendre un point d'appui résistant ;

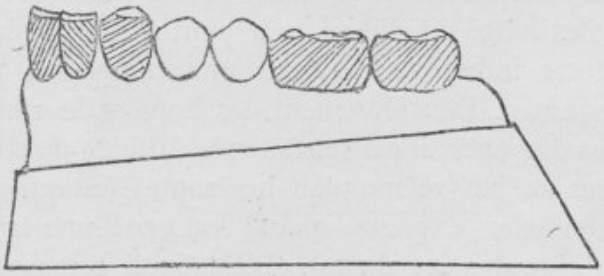


Fig. 4.

ce point d'appui sera constitué par les dents de six ans et les dents de douze ans, ou (si ces dernières ne sont pas encore suffisamment évoluées), par les dents de six ans et les secondes prémolaires, voire les premières à la rigueur.

Ceci établi, je passe à la confection des bagues. En bouche, je construis les six bagues des dents antérieures et celles des dents points d'appui ; ces dernières sont soudées ensemble pour former un bloc résistant. Le tout mis en place je prends une

empreinte ; les bagues sont replacées dans l'empreinte, celle-ci, qui est coulée, reproduisant exactement ce que nous avions en bouche quelques moments auparavant. Le travail se continue au laboratoire.

La première question qui nous intéresse est celle du déplacement des dents antérieures.

Si la gression est très importante, les dents seront ancrées coronairement et radiculairement. Mais, si l'étude du cas le permet, nous éviterons ce double ancrage qui nécessite la présence de deux arcs, et nous le remplacerons par un seul, situé *radiculairement* non loin du collet. Quoi qu'il en soit, pour poser un ancrage, simple ou double, peu importe, il faut *prolonger gingivalement les bagues des dents à mouvoir, si l'on veut obtenir un déplacement rectiligne.*

Ce prolongement gingival, en vue d'un déplacement rectiligne, pourra être discuté par les orthodontistes fervents du ribbon-arch : un arc *plat*, fixé à une dent par un ancrage *plat*, devant produire mathématiquement la translation de cette dent. Evidemment cette théorie est juste. Mais je dois vous dire qu'elle peut être mise en échec par la pratique. D'abord l'extrême flexibilité du ribbon-arch peut retirer à celui-ci une certaine force indispensable pour gresser une ou plusieurs dents résistantes. Deuxièmement, les bandes de ribbon-arch étant faites d'avance, il est parfois très difficile de situer tous les ancrages sur un même plan horizontal (ce qui pourtant est une condition expresse quand on veut une translation parallèle de toutes les dents). L'élasticité remarquable de l'arc qui lui permet d'épouser toutes les sinuosités voulues, fait que l'opérateur s'aperçoit difficilement de la malposition de ses ancrages ; mais pendant le traitement, le ribbon-arch, reprenant sa stabilité, redresse ses courbures : il descend celles à concavité inférieure, remonte celles à concavité supérieure, entraînant dans ces mouvements les dents fixées à ces endroits et leur imprimant ainsi de l'ingression ou de l'égression. Troisièmement, le ribbon-arch se prête mal à l'emploi des forces intermaxillaires. Enfin l'arc qui frôle les collets

est un réceptacle à aliments ; le nettoyage est beaucoup plus facile et plus parfait avec l'arc gingival. Et puis, quoique je ne prétende pas à l'invisibilité de mon appareil, je dis qu'un arc gingival est moins visible qu'un arc coronaire (C'est là, je le sais, une remarque insignifiante, mais qui doit cependant être prise en considération).

Je vous prie d'excuser cette parenthèse, un peu longue, ouverte à la critique du ribbon-arch et je continue mon exposé.

Je vous décris ce prolongement gingival :

Une petite plaquette, souple, susceptible de se modeler et de se souder facilement sur l'une des bagues primitivement faites, porte une barre extrêmement rigide et en forme de demi-jonc. La partie plate de cette barre est destinée à s'appliquer sur la muqueuse, alors que le côté bombé possède deux tubes verticaux l'un au-dessous de l'autre (fig. 5).

Fig. 5.

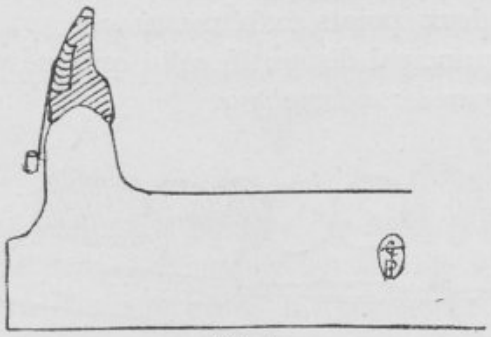


Fig. 6.

Dans l'exemple que je choisis, pour la simplicité des explications, je vais employer un seul tube d'ancrage, l'autre sera coupé. La plaquette du prolongement est soudée sur la face vestibulaire de la bague choisie, à une hauteur variable que l'opérateur détermine suivant le déplacement à imprimer à la dent. Je vous représente une dent ainsi armée (fig. 6).

Il est entendu que les six dents antérieures portent chacune un prolongement semblable, et l'opérateur doit établir aussi bien que possible leur parallélisme.

Dans chacun de ces six tubes viendra s'engager un éperon soudé sur l'arc. (Nous en reparlerons tout à l'heure.)

Or, quand l'arc est ainsi fixé dans toute sa région antérieure, ses extrémités passent nettement au-dessous des collets des molaires ; leurs tubes d'ancrage devront donc être descendus gingivalement. A cet effet, une petite plaquette malléable, possédant un tube horizontal rectangulaire non fileté, est brunie et soudée vestibulairement sur la bague de la première molaire, de telle sorte que l'extrémité de l'arc puisse s'y engager (ceci bilatéralement, bien entendu).

Je vous montre une plaquette soudée à la bague, à côté la pièce détachée (fig. 7).

Fig. 7.

Voilà mes deux points extrêmes tracés.

Voyons le principal dispositif, celui qui me permet d'appeler mon appareil : *automatique*.

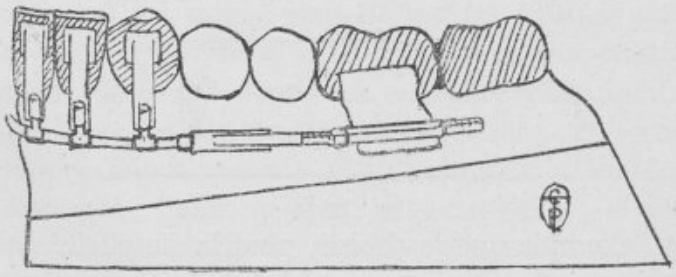


Fig. 8.

Dans le tube horizontal point d'appui, vient, vous ai-je dit, s'engager l'extrémité d'un arc (fig. 8). Cette extrémité est constituée par un fil de 1 centimètre 1/2 de long, *rectangulaire et*

fileté. Sur ce fil court un écrou, qui, par son vissage ou son dévissage, le recule ou l'avance (exactement comme cela se passe avec un arc ordinaire). A la partie antérieure de ce fil est soudé un *tube gradué* en millimètres et 1/2 millimètres, et long de 1 centimètre 1/2, qui s'engage à frottement doux dans un *second tube* de même longueur. Ce dernier est terminé antérieurement par un fond plat où est soudé un prolongement creux dont la seule destination est d'assurer une jonction parfaite entre

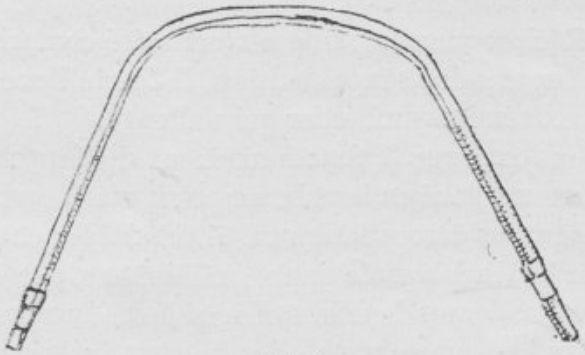


Fig. 9.

le dispositif latéral, que je viens de décrire, et la portion antérieure de l'arc, dont chaque extrémité vient pénétrer et se souder précisément dans ce prolongement creux de chaque côté. Comme vous le voyez (fig. 9) l'arc antérieur est *rectangulaire* à la façon du ribbon-arch, mais un peu plus fort.

Fig. 10.

Dans le cas présent, il possède des ancrages situés chacun en face d'une dent à mouvoir. Un ancrage est formé d'un tube, calibré à l'arc sur lequel il s'engage et prolongé perpendiculairement par un éperon droit et rigide comme vous le voyez représenté.

L'éperon pénètre dans le tube de la bague qui lui fait face ; et les dents antérieures sont ainsi prêtes à subir l'action du dispositif latéral.

Dans ce *boîtier latéral* se trouve un *ressort compressible*, en or, enduit de vaseline épaisse (fig. 11).

Quand ce ressort est au point mort, c'est-à-dire distendu,

le tube externe ne recouvre pas totalement le tube interne, qui s'extériorise de 5 millimètres dans le cas présent. Cette longueur débordante (5 millimètres) pénètre progressivement dans le tube externe au fur et à mesure de la compression du

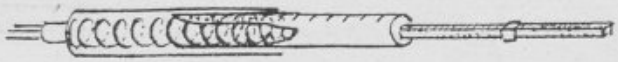


Fig. 11.
Le tube est supposé brisé pour permettre de voir le ressort

ressort. Réciproquement, si le ressort a été comprimé et qu'il cherche à reprendre son extension, il écarte l'une de l'autre les deux extrémités du boîtier qui s'allonge.

Ceci vous explique le fonctionnement de l'appareil : Je l'ai primitivement placé en bouche au point mort, en réglant convenablement les écrous latéraux. Si préalablement j'ai décidé d'avancer les incisives de quatre millimètres, par exemple, je manœuvre les écrous de telle sorte que je raccourcisse de quatre millimètres la longueur totale des boîtiers latéraux. Je vous ai dit que le tube interne est gradué en millimètres. Il sera donc facile d'arrêter le dévissage de l'écrou lorsque le tube interne aura pénétré dans l'externe de quatre millimètres. A ce moment-là le ressort sera comprimé également sur une longueur de quatre millimètres, cela est évident.

Je laisse partir l'enfant.

Que va-t-il se passer ?

Le ressort cherchant à reprendre sa longueur primitive va exercer une pression sur les fonds des boîtiers. Comme postérieurement la résistance du bloc molaire s'oppose à tout mouvement en arrière, c'est dans le sens postéro-antérieur que se manifestera l'action du ressort. Le tube antérieur poussé par celui-ci, glisse sur le tube interne, et cela progressivement, jusqu'au moment où le ressort aura retrouvé son état de repos. Les quatre millimètres de compression auront donc servi à donner quatre millimètres d'extension.

L'arc antérieur, prolongeant le tube externe, s'avancera en même temps que celui-ci ; et, comme sur cet arc, les incisives et les canines sont parfaitement fixées, ces dents seront éga-

lement avancées de quatre millimètres sous la poussée du ressort, dont elles subiront l'action progressivement atténuée (puisque proportionnelle à la compression).

J'insiste sur ce dernier point.

La dent qui se déplace devient de plus en plus mobile par conséquent de plus en plus sensible et nécessite une impulsion de plus en plus douce. Je vous ai précédemment signalé la grande difficulté que rencontre à ce moment le praticien qui continue à actionner des forces intermittentes. Mon appareil a le grand avantage de devenir de plus en plus faible, alors que la résistance des dents diminue: la *dévitalisation n'est donc pas à craindre.*

Cette action peut être critiquée, je le sais, par certains auteurs qui, comme le Dr Izard, par exemple, préfèrent un déplacement doux d'abord, puis intensif. Pratiquement, on peut concilier ces idées avec l'application de mon appareil en donnant à ce dernier une compression faible d'abord, puis en ne le réglant définitivement qu'après l'obtention de ce premier résultat.

Lorsque l'appareil est arrivé au point mort, toute action modificatrice cesse.

En effet, si nous voulions admettre que les incisives continuent leur migration au delà de quatre millimètres, cela ne pourrait s'expliquer, se traduire, que par une continuation de l'allongement du boîtier latéral, c'est-à-dire du ressort. Mais ce dernier est à l'état de repos, et il faudrait supposer son extension forcée. Or, comment cette extension forcée serait-elle créée ? Ce n'est pas un groupe de dents mobiles, et déplacées par un ressort qui à un moment donné serait susceptible d'avoir à son tour une action sur ce même ressort. Il faut donc reconnaître que toute migration s'arrête dès que les quatre millimètres sont parcourus.

Précédemment, je vous ai dit encore que nul retour à l'anomalie n'est possible.

Si un enfant porteur de cet appareil reste six mois sans consulter son dentiste, et si le résultat doit être obtenu en trois mois, je dis que nul danger n'est à craindre. L'appareil servira de maintien.

Supposons en effet que les incisives tendent à revenir en arrière. Pour reculer elles devront comprimer le ressort latéral. Mais ce même ressort qui les a mobilisées ne saurait à son tour subir leur action. Ceci est du simple bon sens.

Voilà terminé le premier temps du traitement de la malocclusion distale inférieure par mon appareil automatique.

Je passe à la seconde phase.

Nous la verrons très succinctement, car elle présente peu de différence avec le traitement classique habituel.

En effet, je prends point d'appui sur tout le maxillaire supérieur, dont toutes les dents sont fixées sur un arc, et j'agis par ancrage intermaxillaire : un anneau de caoutchouc est accroché au niveau de la canine supérieure, d'une part, à l'extrémité postérieure de l'arc inférieur, d'autre part. (Ceci évidemment de chaque côté.)

Pendant cette période je laisse en bouche le dispositif inférieur que je viens de vous décrire ; mais, j'ai pris soin de séparer les deux bagues des molaires qui constituaient le point d'appui, et j'ai également enlevé le ressort.

A mesure que la force intermaxillaire avance le groupe molaire-prémolaires, le tube postérieur (de mon dispositif latéral), qui dépend de la dent de six ans, avance également ; il s'enfonce dans le tube antérieur, librement puisqu'il n'a pas à lutter contre l'action du ressort, celui-ci ayant été retiré, comme je viens de vous le dire.

Or, si, très fréquemment, avec l'ancrage intermaxillaire, les molaires font de l'extrusion et de la version mésiale, nous n'avons pas à redouter ces ennuis si l'on conserve mon dispositif : *le tube postérieur, en pénétrant, en s'emboîtant, dans le tube antérieur guide la molaire sur laquelle il est fixé, et lui évite de basculer.*

La deuxième phase sera terminée lorsque les rapports mésio-distaux seront rétablis entre toutes les dents inférieures, et que celles-ci seront en occlusion normale avec leurs antagonistes.

Je n'ai pas à insister davantage sur ce point.

Certainement un point ne sera pas sans vous intriguer : Vous me demanderez quelle est la force de mes ressorts.

Il est évident que, suivant les cas, cette force doit varier. Et j'en ai cherché plusieurs.

Je ne vais pas au delà de 500 grammes. Si vous voulez bien considérer que le même dispositif se répète des deux côtés, c'est une puissance de 1000 grammes qui s'exerce. J'estime que c'est énorme et je ne l'applique en général que dans les cas à double ancrage; au reste, je n'emploie presque jamais la contraction totale du ressort.

Les ressorts que je vous présente ce soir ont une force maxima de 450 grammes environ, ce qui est très suffisant.

Pour déterminer cette puissance, il est nécessaire de connaître la qualité du métal, son coefficient d'élasticité, la longueur du fil, sa section, le diamètre et le nombre de spires ; c'est un petit travail mathématique auquel se livrent les industriels spécialistes en ressorts, mais c'est un calcul ennuyeux et peu pratique pour nous orthodontistes. Comme à tout moment, j'ai besoin de connaître la force de mes ressorts, j'ai tourné la difficulté en construisant une balance, qui, jusqu'ici, m'a donné des résultats que je crois assez précis (fig. 12).

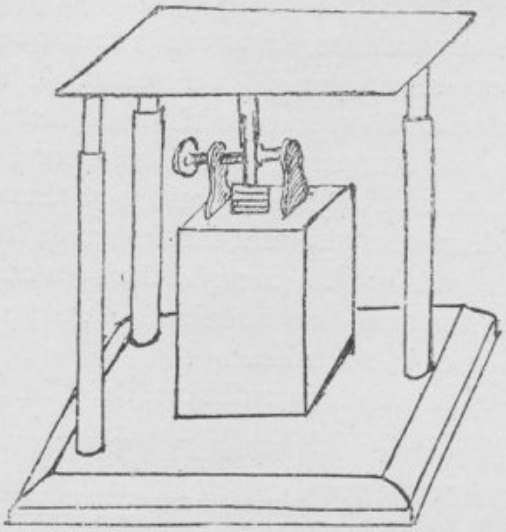


Fig. 12.

Sur un piédestal en bois, recouvert d'une plaque métallique, s'élèvent en trépied, trois tubes parfaitement parallèles entre eux et perpendiculaires au socle. Dans ces tubes, ren-

trent, à frottement doux, trois tiges métalliques qui supportent un plateau horizontal. Au centre du piédestal est un tronc de pyramide en bois muni de deux ailettes de métal. Chaque ailette est traversée par un trou fileté dans lequel s'engage une vis à tête externe, et dont l'extrémité interne se termine par une plaquette verticale et semi-cylindrique. Ces deux vis ainsi conçues ont pour but de tenir perpendiculaire un tube dans sa partie la plus basse. Ce tube s'engage dans un autre exactement comme le dispositif latéral de mon appareil automatique ; à l'intérieur de ce boîtier, on introduit le ressort dont on veut calculer la force. A ce moment, le plateau ne repose plus sur le trépied, mais est soulevé par le ressort. J'ajoute des poids, jusqu'à compression totale du ressort, c'est-à-dire jusqu'à ce que le tube interne du boîtier entre à fond dans le tube externe. Je traduis en grammes la force du ressort : elle est égale à la somme des poids posés sur le plateau, augmentée du poids propre de ce plateau.

Voilà la balance que j'ai construite pour mesurer la puissance de mes ressorts.

Après mes explications, vous comprenez que ce dispositif automatique n'est pas *spécial* à la correction de la malocclusion distale inférieure ; il est susceptible de déplacer postéro-antérieurement toute dent, supérieure ou inférieure, dans sa région coronaire ou dans sa région radiculaire ou dans tout son axe. Son emploi donne des résultats dans les cas de linguo-gressions incisives généralisées (par exemple) dans les cas de malocclusion distale supérieure ou inférieure, dans les cas de rétrusion simple ou de bi-rétrusion.

Mais, ceci n'est pas encore suffisant. J'ai estimé qu'après avoir travaillé pour mettre au point un appareil, il fallait en exiger le

Fig. 13.

maximum de rendement. J'ai donc voulu obtenir un *mouvement continu et mesurable dans le sens antéro-postérieur.*

Une variante dans le mode d'action du ressort devait me donner cela. Comme j'avais étudié les qualités de compression j'ai jugé préférable de profiter des constatations déjà faites, et c'est toujours sur la compression que je me base pour régler mon second mouvement.

Je ne vous décrirai pas l'appareil entier qui ressemble beaucoup à celui employé pour la correction de la malocclusion distale inférieure.

Le mode d'ancrage des dents anormales est semblable. L'arc antérieur est le même et vient se terminer, comme vous savez, dans la partie antérieure du dispositif latéral. Seul ce dispositif latéral varie.

Comme vous le voyez sur la fig. 13, il se compose cette fois d'un tube unique fermé, à l'intérieur duquel est un ressort, identique à celui dont nous venons de parler. La face postérieure du tube, au lieu d'être fixée par un point de soudure à la tige rectangulaire et filetée (que nous avons vu précédemment s'ancrer dans le point d'appui molaire), est pénétré par un prolongement de cette tige. Ce prolongement est gradué en millimètres et demi-millimètres ; son extrémité pénétrante est solidaire de la région antérieure du ressort.

Cela exposé j'arrive au fonctionnement.

Je rappelle en passant que pour reculer des dents des espaces doivent exister entre les points d'appui et les dents à mouvoir ; et il est évident que le recul ne peut être supérieur à la somme de ces espaces.

Je rappelle encore que pour exercer une traction antéro-postérieure par la translation d'un arc, les écrous doivent être postérieurs aux tubes point d'appui.

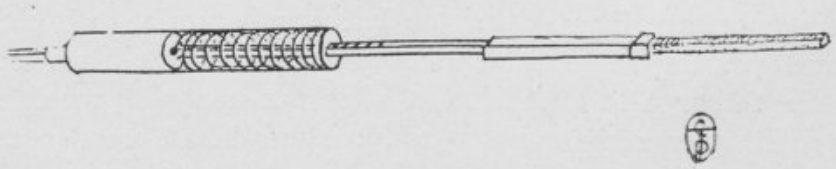


Fig. 14

Je pose donc en bouche l'appareil tel que je vous l'ai décrit : il est au point mort ; le ressort n'a aucune contrac-

tion, ni aucune extension. Je visse alors l'écrou. Comme il est bloqué par le tube molaire immobile, c'est la tige filetée qui fait une translation antéro-postérieure (Exactement comme cela se passe avec un arc d'Angle ordinaire). Le déplacement de cette tige fait que sa partie graduée, précédemment intérieure au boîtier, sort de celui-ci progressivement. S'il a été décidé de reculer les dents de 4 mm., l'écrou est actionné jusqu'à ce que 4 mm. de tige graduée sortent du tube. Cette manœuvre faite, l'extrémité antérieure de la tige comprime le ressort de 4 mm. également (fig. 14).

Que va-t-il se passer ?

Le ressort tend à revenir à sa position primitive, c'est-à-dire à écarter ses extrémités : dans ce but, l'extrémité antérieure exerce une force sur la tige filetée et par conséquent sur le point molaire ; mais ce point est *résistant*. L'extrémité postérieure appuie sur le fond du boîtier ; comme ce fond fait bloc avec l'arc antérieur, par conséquent avec les dents fixées sur ce dernier, sa résistance est celle de ces dents. Le ressort pousse donc, d'une part, le groupe molaire, d'autre part, le groupe incisif. Le premier étant plus résistant que le second, ce sont les dents antérieures qui seront déplacées.

Le ressort, se décomprimant graduellement de 1, 2, 3, 4 millimètres, repousse donc le fond du boîtier de 1, 2, 3, 4 millimètres. Les dents solidaires de l'arc soudé au boîtier subiront ce même recul de 1, 2, 3, 4 millimètres.

A ce moment le ressort, ayant retrouvé sa longueur initiale, est de nouveau au point mort. Mais à ce moment aussi les dents auront achevé de parcourir les 4 millimètres nécessaires à leur correction. — distance que nous avions prédéterminée.

Puisque le ressort est au repos, la migration ne s'accentue pas davantage. Et si l'enfant ne doit consulter qu'un mois plus tard, peu importe : ses dents ne continueront pas à reculer.

Le retour à la malocclusion n'est pas non plus possible, pour les mêmes raisons que nous avons vues dans le premier cas.

Si je n'ai pas pris un exemple de malocclusion pour vous démontrer le fonctionnement de ce dernier dispositif, c'est que d'abord le temps nous est mesuré, et qu'ensuite j'ai cru

préférable d'éviter la répétition de toutes les propriétés communes entre l'appareil à traction antéro-postérieure et celui à poussée postéro-antérieure que je venais de vous décrire en détail.

J'espère cependant m'être fait comprendre en restant dans les plus strictes limites de l'explication.

Evidemment, si vous considérez le modèle que je vous fais passer et qui m'a servi à mes premiers essais, vous en jugerez l'exécution difficile, et vous aurez raison. Dans mon service à l'Ecole odontotechnique, j'ai appliqué plusieurs de ces appareils. Ils furent tous construits par des élèves et très bien je dois dire, mais j'avoue que ce travail demanda un temps considérable, beaucoup de patience et une grande habileté. S'il fallait fabriquer à la main chacune des pièces au fur et à mesure des besoins, mon appareil serait certainement d'une confection difficile. Or, je n'ai pas le désir de mettre au défi les capacités prothétiques du praticien. En France, les Orthodontistes ne sont pas tous spécialisés, et on ne peut leur demander tous les talents. De plus, si beaucoup de dentistes négligent l'Orthodontie, c'est souvent à cause de la difficulté d'exécution des appareils. Il faut un matériel spécial, une application particulière ; ce qui occasionne une perturbation au laboratoire et suggère au dentiste d'abandonner totalement l'Orthodontie. Pour rendre la tâche aisée au praticien désireux d'employer ma méthode, je me propose de faire construire en série chacune des petites pièces détachées dont je vous ai parlé. Leur assemblage est des plus simples : quelques points de soudure, et l'appareil est monté, prêt à fonctionner. Le métal est un or spécial, qui possède toutes les propriétés nécessaires pour l'usage auquel il est destiné : il est inoxydable, très souple et très résistant. Les pièces détachées peuvent ainsi servir plusieurs fois (ce qui, avouons-le, n'est pas à négliger, puisque cela nous permet d'employer l'or, sans exagérer la dépense).

Malheureusement, il est un reproche qu'on peut adresser à mon appareil : son action est insuffisante dans le sens

transversal. Le dispositif latéral enlève une certaine élasticité au système, en même temps qu'il empêche toute solidarité entre l'arc et les prémolaires.

Je me trouve alors dans la nécessité de faire appel à « l'arc lingual » que, pour simplifier, j'ai également fait construire en série.

Son verrou est celui de notre ami et confrère de Nevrezé.

Comme vous le voyez sur ce schéma, deux parties sont à distinguer :

La première est une plaquette métallique rectangulaire, munie sur l'une de ses faces, de deux petits tubes identiques et parfaitement parallèles. Très souple, elle doit s'ajuster facilement et se brunir sur la région linguale de la bague molaire, où elle sera soudée dans une position telle que les deux petits tubes soient perpendiculaires au collet (fig. 15).

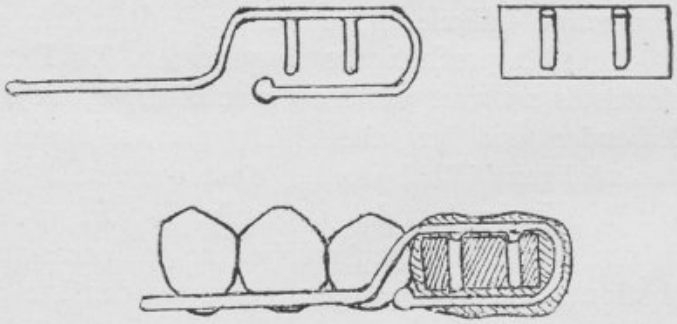


Fig 15.

Ces tubes sont destinés à recevoir les éperons de la seconde pièce (amovible, celle-là) : « l'arc lingual » proprement dit.

Un fil métallique qui approximativement (je parle du matériel de série) longe les collets de la canine et des prémolaires, remonte pour suivre la partie supérieure de la plaquette ; c'est de ce segment horizontal que partent perpendiculairement les deux pivots qui, à frottement doux, doivent pénétrer dans les tubes verticaux de la molaire. Le fil métallique descend ensuite distalement, puis repart mésialement très proche de l'extrémité inférieure des pivots qu'ainsi il bloque et empêche de remonter hors des tubes.

Je ne veux pas insister outre mesure sur le fonctionne-

ment ; j'en rappelle simplement le point essentiel d'ajustage.

Au moment où l'opérateur va poser en bouche un arc lingual, il doit, à l'aide d'une pince, régler celui-ci de telle sorte qu'il donne exactement l'expansion demandée. Par exemple, si l'action doit se borner aux prémolaires, le fil sera coupé antérieurement de façon à ne pas toucher la canine. Suivant la localisation sur l'arcade du lieu qui nécessite un maximun d'expansion, l'orthodontiste imprimera au fil un maximun d'élasticité au point correspondant.

Puisque seule l'élasticité entre en jeu, il est évident que le métal employé sera parfaitement flexible. J'ai choisi l'or nickel.

Toujours dans le même esprit, pour éviter du travail inutile, j'ai envisagé de corriger les gressions unilatérales par un dispositif situé uniquement du côté anormal.

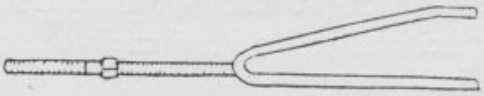


Fig. 16

Une tige rectangulaire et filetée de 2 centimètres de long est soudée à la courbure d'un fil plié en épingle à cheveux (fig. 16).

Pour faciliter l'explication du fonctionnement de cette « fourche » je vais prendre l'exemple d'une canine à distogresser (Il est entendu qu'un espace existe entre la première molaire et la canine pour permettre à cette dent de reculer).

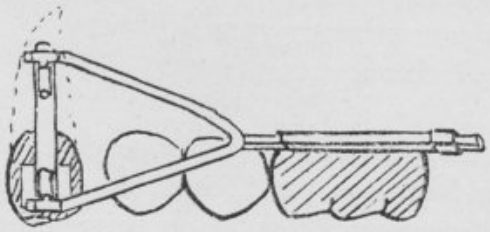


Fig. 17.

La dent de six ans choisie comme point d'appui est baguée et porte un tube rectangulaire horizontal calibré à la tige de la fourche.

La canine à déplacer est également baguée et possède

vestibulairement le prolongement à double tube d'ancrage que je vous ai décrit précédemment.

La fourche est alors ajustée, de telle façon que sa tige filetée vienne s'immobiliser dans le tube molaire à la partie postérieure duquel un écrou la bloque, alors que les deux branches antérieures viennent se terminer au niveau des tubes d'ancrage de la canine. Un coup de pince rend parallèles les extrémités de ces branches et sur chacune est soudé un éperon (je n'en recommence pas la description) (fig. 17) qui vient pénétrer dans le tube qui lui fait face.

L'appareil ainsi posé fonctionne par forces intermittentes en vissant l'écrou postérieur.

Mais rien n'empêche de l'actionner par une force continue ; et si l'on veut bien souder à mon dispositif automatique les deux branches en épingle à cheveux, on imprime à la canine, ancrée identiquement, la même gression distale.

Voilà les principales pièces que j'emploie et qui me donnent d'excellents résultats.

Voulant les réunir dans un cadre spécial, et rassembler tout le matériel propre à l'Orthodontie, je fus amené à construire une trousse.

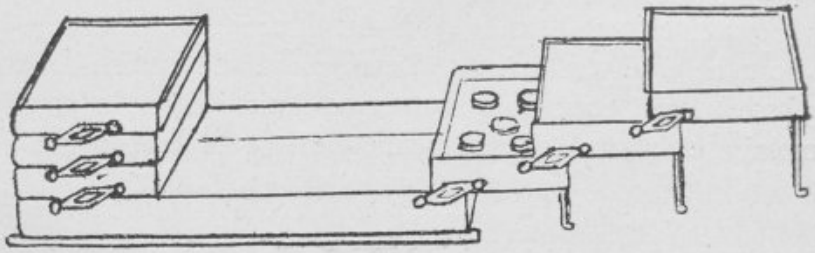


Fig. 18.

Comme vous le voyez, cette trousse comprend un plateau inférieur, sur lequel se juxtaposent 2 groupes de 3 petits plateaux, qui peuvent s'étendre ou se superposer au gré de l'opérateur (fig. 18).

Dans le plateau inférieur sont les pinces, les clés, le chalumeau, le bloc et le fer à souder, des fils de ligature en métal et en soie, etc...

Chacun des petits plateaux latéraux est fermé par un

couvercle sur lequel est gravé le nom du contenu : dans l'un sont des arcs; dans un autre sont des bagues calibrées à ces arcs ; un troisième et un quatrième renferment les pièces détachées de ma collection ; les deux derniers contiennent dix petites boîtes mobiles, où l'on trouve un assortiment pour faire des soudures : à côté du borax, de la vaseline boraxée, de l'antiflux, des soudures d'étain et d'or au 1/3, je dois vous faire remarquer trois soudures d'argent à titres différents (ce qui me permet de les employer successivement sans craindre de voir fondre la première faite) ; n'ayant pas trouvé cela dans le commerce j'ai dû également les faire fabriquer suivant mes directives.

Or pour faire couler convenablement une quantité infinitésimale de soudure extrêmement fusible, les chalumeaux d'atelier sont beaucoup trop puissants, et nuisent au résultat recherché. J'ai donc construit ce bibelot, qui, posé à plat sur la tablette du cabinet, fait brûleur et qui, muni d'un embout, devient un chalumeau, miniature, dont la puissance *est exactement* mesurée au résultat qu'on veut en obtenir (fig. 19).

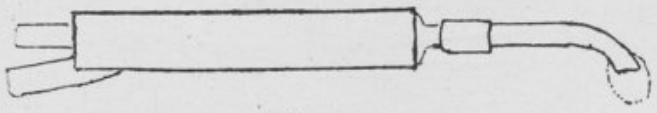
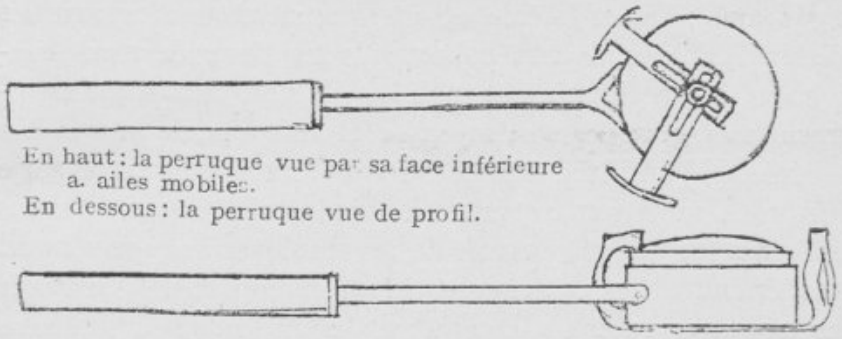


Fig. 19.

Mais, souder, c'est avoir une *perruque*. Au laboratoire, on travaille de plus en plus sur des blocs d'amiante. En Orthodontie, il faut un charbon, pour pouvoir, par des épingles, y piquer et fixer les différentes pièces en équilibre. Les blocs de charbon du commerce sont énormes et ont un aspect sale qui ne s'accorde pas avec nos cabinets. J'ai donc, encore, fabriqué un bloc miniature (fig. 20). Et pour qu'il soit pratique, voici comment je l'ai compris : un petit pain de charbon dans un cylindre de plâtre moulé est enfermé dans une boîte ronde de même dimension. Cette boîte possède un manche pour la tenir et l'orienter. Sur le côté se meuvent deux bras mobiles, susceptibles de s'étendre plus ou moins, et dans toute direction ; ces bras servent de point d'appui aux pièces de certaine grandeur et les maintiennent en équi-

ibre. Si par exemple on veut faire un point de soudure sur un arc, on pose les extrémités de celui-ci sur les prolon-



En haut : la perruque vue par sa face inférieure
a. ailes mobiles.
En dessous : la perruque vue de profil.

Fig. 20.

gements latéraux de la boîte, alors que la région à souder est immobilisée sur le charbon par des épingles. L'opération terminée, on ferme la boîte par un couvercle, pour éviter de sali la trousse par des poussières de charbon.

Comme il arrive parfois d'avoir à faire une soudure d'étain, dans ce but j'ai construit un minuscule fer à souder (fig. 21).

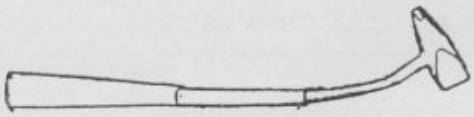


Fig 21.

Encore un mot avant de terminer. Je suis heureux de constater qu'en France, depuis quelques années, l'Orthodontie prend de plus en plus d'extension.

Mais si notre pays va de l'avant au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue mécanique, et il reste tributaire de tout le matériel étranger. On ne parle que d'ors platinés de telle ou telle maison étrangère. Je ne veux rien enlever à leurs qualités ; mais ces ors, que nous achetons au grand dommage de notre change, sont parfaitement faisables en France.

C'est autant par réaction que pour mon usage personnel, souhaitant d'être secondé et imité, que j'ai voulu construire le matériel que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter.

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RADIOGRAPHIE DENTAIRE ET LEURS INDICATIONS RESPECTIVES

Par le Dr THIBONNEAU,
Radiologiste des Hôpitaux de Paris.

(*Communication au Congrès de Liège, 1924*)

616.314.073.75

Les nombreuses incidences sous lesquelles peuvent être prises les radiographies dentaires se ramènent à six méthodes; trois intrabuccales (la méthode juxtagingivale, la méthode occlusale-oblique, la méthode occluso-verticale); trois extrabuccales (la méthode sous-maxillaire, la méthode intermaxillaire, les méthodes transcrâniennes).

Nous allons examiner les résultats, les avantages et les inconvénients de chacune d'elles, et en déduire leurs indications respectives.

A. MÉTHODES INTRABUCCALES

I. — *Méthode juxtagingivale*

Elle consiste à appliquer un petit film contre la face linguale de l'arcade dentaire. Préconisée par les Américains,

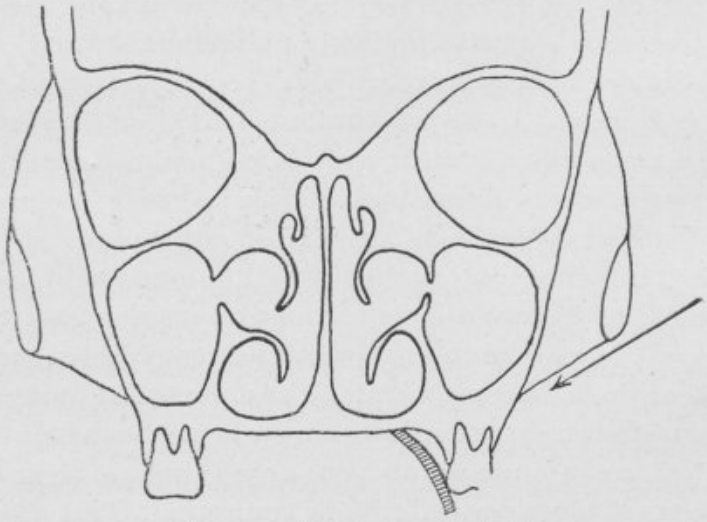


Fig. 1. — Méthode juxtagingivale.

c'est aujourd'hui la méthode la plus employée dans tous les pays. Elle donne des clichés très fins, chose capitale en

radiographie dentaire et s'applique à peu près à tous les cas, du moins aux cas simples, mais elle présente aussi certains défauts. Ces défauts tiennent à l'exiguïté des clichés — il en faut 14 pour avoir un bon examen complet de la bouche, — les clichés ne se raccordent pas toujours bien, et il est difficile de s'orienter dans chacun d'entre eux quand le maxillaire est édenté. L'image de la région périapicale est très limitée et n'englobe pas toute la lésion si elle est un peu étendue. Les pellicules ne sont pas toujours faciles à placer et à maintenir, elles provoquent souvent des nausées (et on est parfois obligé d'anesthésier le voile du palais), ou tendent douloureusement le frein de la langue et les replis ranins ; elles prennent des courbures qui causent des déformations des parties latérales de l'image. Enfin il est assez difficile de prendre bien symétriquement la même région à droite et à gauche, quand on veut les comparer.

II. — *Méthode occlusale oblique*

Cette méthode préconisée et mise au point par Belot consiste à disposer une pellicule dans le plan d'occlusion entre les deux maxillaires et à faire tomber les rayons au-dessus ou au-dessous de cette pellicule obliquement à 45°. Si les dents étaient bien perpendiculaires à la pellicule les déformations seraient à peu près nulles, mais il en est rarement ainsi. Lorsqu'elles forment avec la pellicule un angle aigu (dents supérieures et incisives inférieures) leur image est un peu allongée ; lorsqu'elles forment un angle obtus (molaires inférieures) elles sont raccourcies. L'allongement est peu gênant, il ne peut d'ailleurs en aucun cas dépasser quatre dixièmes ; le raccourcissement est beaucoup plus gênant, la longueur de la dent est réduite à zéro lorsque l'obliquité de la dent atteint 45°, et même en pratique beaucoup moins de 45° si la couronne est un peu large (l'image de la racine se projetant alors sur celle de la couronne). C'est dire que cette méthode ne donnera pas de bons résultats pour les molaires inférieures. Elle n'en donne pas de beaucoup meilleurs pour les molaires supérieures parce que les raci-

nes vestibulaires sont raccourcies (à cause de l'angle obtus qu'elles forment avec le plan d'occlusion, et à cause de la largeur de la couronne), tandis que la palatine est allongée, et parce que l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur se projette sur la région sous la forme d'un V dont il est difficile de rejeter les branches en dehors de la dent étudiée.

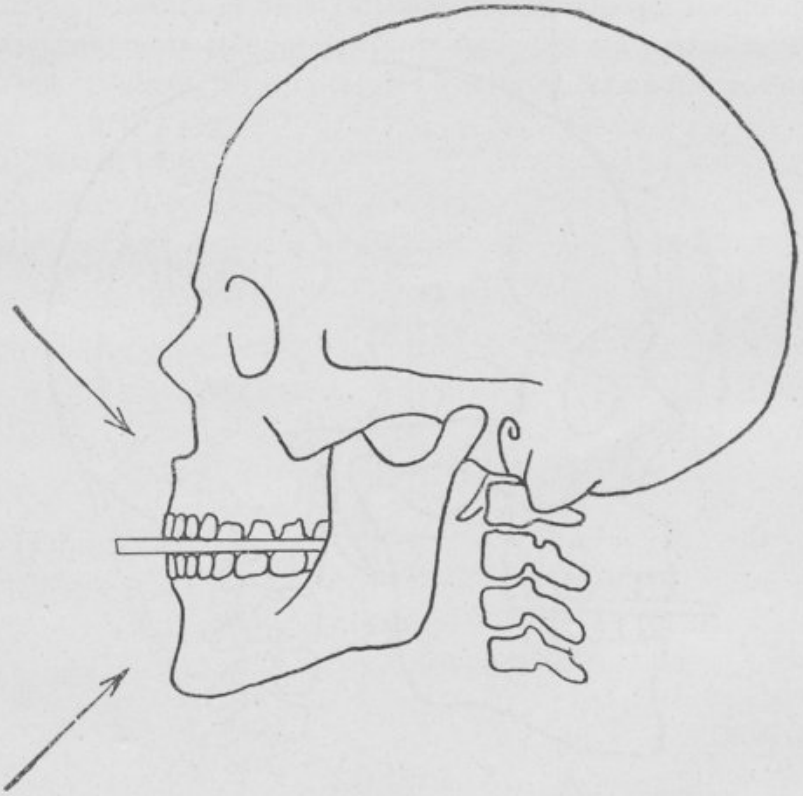


Fig. 2. — Méthode occlusale oblique.

Pour les autres dents, en particulier au maxillaire supérieur, cette méthode, bien que donnant des clichés un peu moins fins que la méthode juxtagingivale, présente certains avantages précieux. Elle donne des clichés très étendus (57×76 m/m), la région apicale y est largement représentée ; au maxillaire supérieur on voit toujours une grande partie du sinus et des cavités nasales, et l'on peut étudier facilement les rapports des dents avec ses cavités, aussi bien que les rapports des dents entre elles. Trois clichés suffisent

pour toutes les dents comprises entre les molaires droites et gauches alors qu'il en faut cinq avec la méthode juxtagingivale. Ces clichés se prennent avec beaucoup plus de facilité, en particulier chez les enfants. Il est aussi très facile de prendre deux clichés bien symétriques pour la compa-

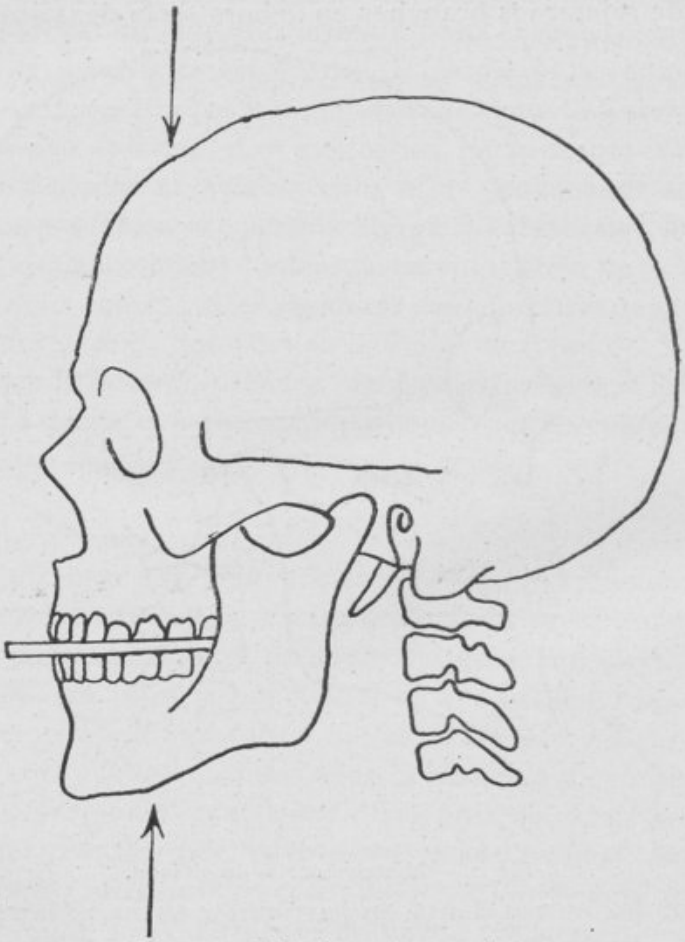


Fig. 3. — Méthode occluso-verticale.

raison. Enfin cette méthode se prête plus qu'aucune autre à la standardisation que préconisent les Américains.

III. — *Méthode occluso-verticale*

La pellicule est encore placée entre les deux maxillaires, mais les rayons sont dirigés perpendiculairement sur sa face supérieure ou sa face inférieure.

Dans le premier cas ils traversent le vertex, la base du crâne et le maxillaire supérieur, et l'on obtient une bonne image des sinus et une vue d'ensemble de l'arcade dentaire intéressante au point de vue de la direction des dents et de leurs rapports entre elles.

Dans le deuxième cas on obtient une excellente image de l'arcade dentaire et du maxillaire inférieur et qui donne des renseignements très intéressants dans les malpositions, les kystes, les abcès, les ostéïtes, les fractures, les néoformations

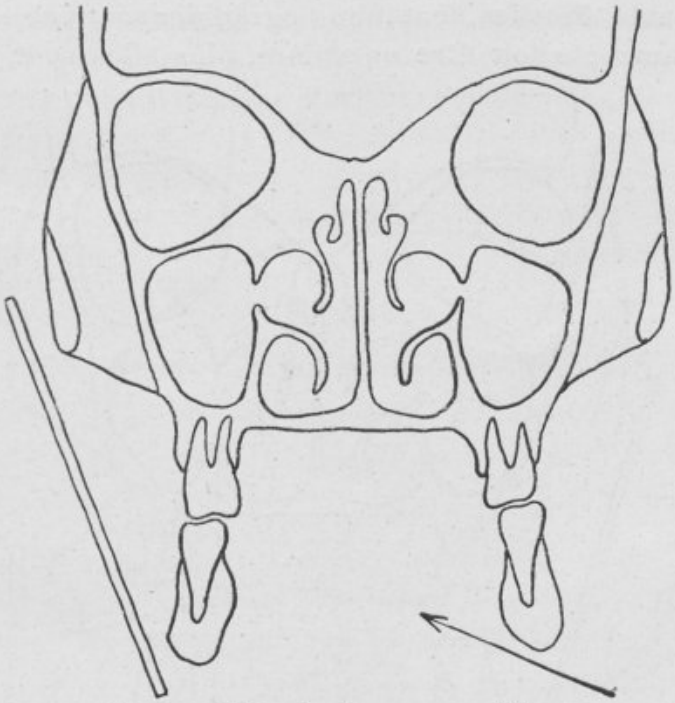


Fig. 4. — Méthode rétro-sous-maxillaire.

malignes ou non du maxillaire, ainsi que sur certaines affections du plancher de la bouche, les calculs, causes de grenouillettes, et encore sur la présence des corps étrangers.

B. — Méthodes extrabuccales

I. — *Méthode sous-maxillaire*

Cette méthode, imaginée par Belot en 1911 et décrite par Spéder au congrès de l'A. F. A. S. de 1912 et que Belot appelle la méthode de défilement, est de beaucoup la

meilleure méthode extrabuccale. La tête repose latéralement, la joue sur la pellicule, et la difficulté est d'éviter le brouillage dû à la superposition des arcades dentaires droites et gauches. Pour se faire on place l'ampoule non pas au-dessus de la région à radiographier, mais au-dessus de la base du cou, les rayons qui partent de là atteignent les dents qui reposent sur la pellicule en passant au-dessous de la partie opposée du maxillaire. Lorsqu'on veut obtenir les prémolaires et la canine on repousse l'ampoule au niveau de l'épaule. Plus les dents à radiographier sont antérieures, plus l'ampoule doit être en arrière, plus elles sont hautes

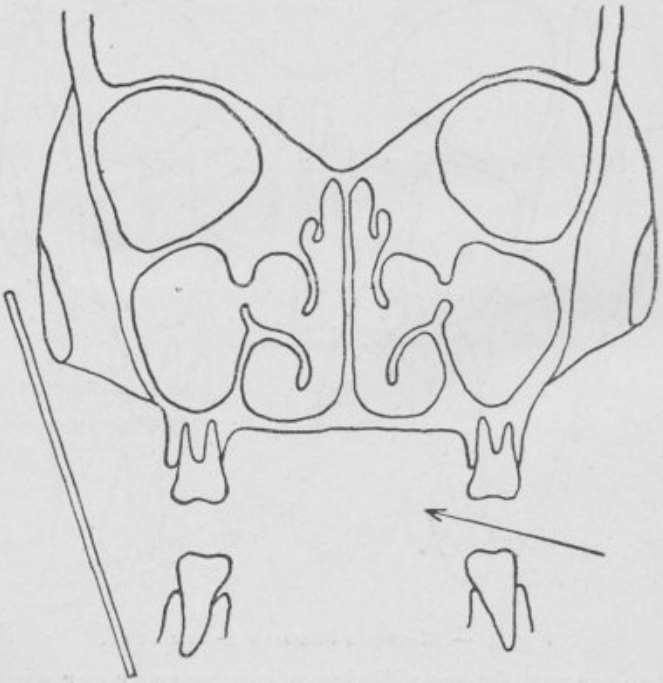


Fig. 5. — Méthode intermaxillaire.

(maxillaires supérieur), plus l'ampoule doit être basse. La tête doit être bien défléchie et la bouche fermée.

Les clichés manquent un peu de finesse mais donnent une excellente vue d'ensemble des deux maxillaires et surtout du maxillaire inférieur. Les dents sont simplement un peu allongées.

Cette méthode se recommande dans les cas de trismus et

quand les pellicules juxtagingivales sont mal tolérées. Elle est indispensable pour l'étude de la branche montante et de la branche horizontale du maxillaire.

On peut se servir de pellicule $57 \times 76^{m/m}$ fixée sur la joue par une bande d'adhésif, mais il est préférable d'employer un châssis 13×18 avec deux écrans renforçateurs.

II. — *Méthode extrabuccale intermaxillaire*

La joue repose encore sur la pellicule, mais les rayons sont dirigés entre les deux maxillaires. Cette méthode n'offre d'intérêt que pour les molaires supérieures et n'est guère applicable que s'il manque plusieurs molaires du côté opposé.

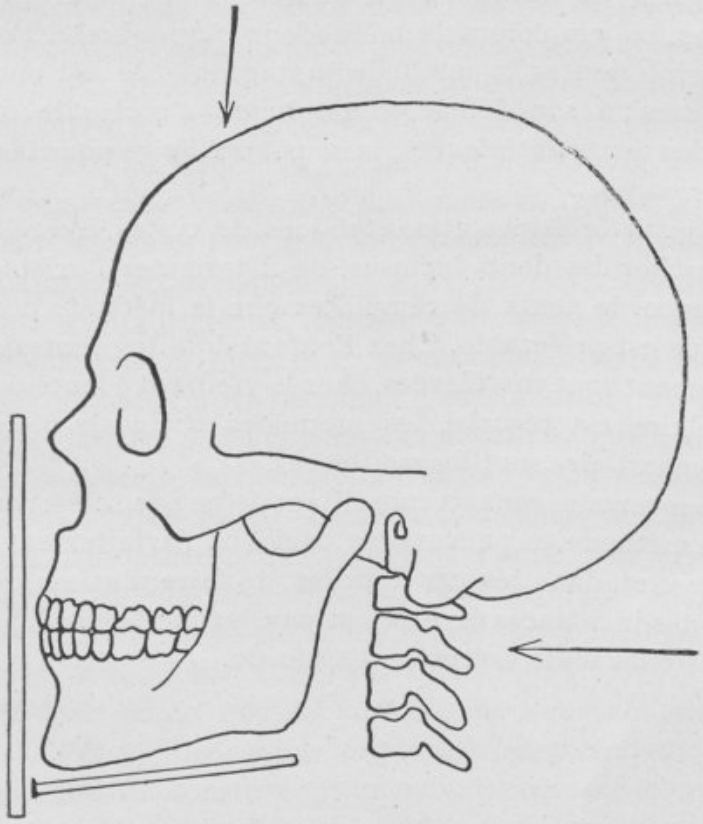


Fig. 6. — Méthodes transcéphaliques (cervico-mentale et cervico-sous-mentale).

III. — *Méthodes extrabuccales transcrâniennes*

Au point de vue dentaire il n'y a guère à envisager que les incidences classiques latérale et sagittale dont la combi-

naison permet de découvrir et de localiser des dents très aberrantes. L'incidence cervico-mentale est utilisée dans l'étude de la symphyse mentonnière et des incisives, mais l'ombre des vertèbres projetée sur la symphyse peut donner lieu à de grosses erreurs. Au contraire cette incidence donne une bonne image des branches montantes et même des condyles.

*
* *

Connaissant les diverses méthodes et leurs résultats, il nous sera facile de choisir l'une ou l'autre selon les circonstances.

S'agit-il de lésions fines, de lésions des molaires supérieures, on emploiera la méthode juxtagingivale. Pour les dents inférieures la méthode juxtagingivale est encore la meilleure ; à son défaut on emploiera l'occlusale oblique pour les dents antérieures, la sous-maxillaire pour les dents postérieures.

S'agit-il de lésions assez étendues, de kystes, d'ostéïtes, de rechercher des dents incluses, de déterminer l'existence ou l'absence de dents de remplacement, la méthode occlusale oblique est préférable. Chez l'enfant dont les dents de remplacement sont très élevées, chez le vieillard édenté dont l'os alvéolaire est résorbé, les méthodes occlusale oblique et sous-maxillaire sont les meilleures.

Nous terminerons en conseillant de ne pas se borner à une seule méthode, car aucune ne convient parfaitement à tous les cas, et, dans les cas difficiles, de faire plusieurs clichés sous des incidences diverses et par des méthodes différentes pour éviter toute erreur de diagnostic.

LA FORMADERMINE EN ART DENTAIRE

Par W. BRODHURST.

(Communication au Congrès de Liége, 1924).

616.314 085,778.1

Qu'est-ce que la formadermine ? C'est un éther méthylénique du gaïacol (formule : éthylméthylènedigaïacol), une combinaison véritable du gaïacol et du formol.

La formadermine se présente sous l'aspect d'une poudre marron-grisâtre, amorphe, très tenue, d'odeur faible, insoluble dans l'eau, soluble légèrement dans l'alcool et dans l'acétone.

Ce nouvel agent est dépourvu de toxicité, de toute action caustique sur les tissus et son emploi ne provoque ni éruptions, ni accidents généraux. Ce médicament réunit les propriétés antiseptiques, analgésiques, désodorisantes de ses composants et offre sur l'iodoforme l'avantage d'être dénué de toute odeur désagréable et de n'être ni toxique ni irritant. Sous son influence les plaies bourgeonnent rapidement et le processus de réparation se développe.

Il est antiprurigineux, épidermisant, possède une action bactéricide très marquée et trouve son emploi dans tous les cas où l'on désire provoquer une épidermisation rapide, par exemple dans les plaies exposées à l'infection. Sous son action, la plaie se déterge, les bourgeons charnus se développent, les sécrétions fétides cessent et les réactions douloureuses disparaissent. En dermatologie, associée à l'huile, à la glycérine, son action est des plus efficaces, ainsi que dans les lésions des lèvres, les brûlures de la muqueuse, les infections gingivales, eczéma, eschares, aphtes.

J'ai donc pensé que ce médicament nouveau, insoluble dans la salive, inodore et insipide, n'incommodant pas le patient, pouvait constituer pour notre pharmacopée un agent précieux susceptible de nous rendre de grands services en art dentaire. En raison de ce qu'il est une combinaison de gaïacol et de formol, il semble pouvoir remplacer l'iodoforme dont il n'a ni le goût, ni l'odeur désagréable, et, à l'encontre

du formol il n'a pas d'action irritante, toxique ou caustique provoquant des lésions sur les tissus.

Ce produit est présenté par le laboratoire des Usines du Rhône, dont les directeurs ont bien voulu m'en adresser des échantillons, sous forme de poudre, de pommade (vaseline 90, formadermine 10) et de solution pour badigeonnages (formadermine 10, huile d'olives 90).

Ces échantillons, qui m'ont servi dans les nombreux cas que j'ai eu à traiter et que je vais avoir l'honneur de vous exposer, m'ont toujours donné, quant aux résultats, une entière satisfaction dans les affections gingivales et dans l'obturation des canaux dentaires chaque fois que j'ai pu employer ce médicament. Liebrecht et Heinz, en cherchant dans les associations de l'iode et du phénol avec des corps aromatiques des substances analogues à l'iodoforme, ouvrirent la voie à une combinaison de produits nouveaux insolubles : telle la formadermine, agissant par contact direct sur les bactéries, pouvoir que possèdent seuls les antiseptiques dessiccants, tel l'iodoforme.

Si nous nous reportons à la communication faite par le Dr H.-J. Mayer, de Heidelberg, dans l'*Odontologische Revue*, du 1er juin 1924, publiée à Prague en allemand, sur le dermatol, gallate basique de bismuth, nous voyons que cet agent peut rendre de signalés services en art dentaire et peut être utilisé dans nombre de cas. Si ce médicament est apprécié en pays étranger, nous n'en avions pas de similaire jusqu'ici. Nous avons maintenant son analogue dans la formadermine, mais je ne pense pas qu'elle ait encore été utilisée dans notre spécialité. Dans les eschares gingivales causées par des caustiques, dans les plaies des commissures des lèvres, la formadermine donne des résultats des plus appréciables, aussi bien que dans les gingivites fongueuses, où son pouvoir cicatrisant et antiseptique (son action bactéricide, analgésique et désodorisante) très marquée, offrent un intérêt tout particulier.

La formadermine trouve son emploi en chirurgie pour les plaies, brûlures, traumatismes, eschares ; en piédiatrie, associée au talc dans les dermatites fessières des nourrissons ;

en dermatologie (prurigo, lichen, eczéma prurigineux), aussi bien qu'en otologie et en médecine vétérinaire.

En art dentaire si les antiseptiques liquides employés dans la cavité buccale s'atténuent en plus ou moins de temps sous l'afflux salivaire, il n'en est pas de même d'un agent tel que l'iodoforme, qui peut être utilisé en poudre sèche ou associé à un véhicule quelconque, agrégat dans lequel il reste en suspens. C'est pour cette raison que j'ai essayé d'introduire dans notre pratique courante et d'employer son succédané, la formadermine :

1° Dans les plaies provoquées par les extractions avec perte de tissus, les incisions de la muqueuse, les ignipunctures, les débridements nécessités par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse ;

2° Dans les maladies inflammatoires de la muqueuse buccale, gingivites (stomatites ulcéreuses), eczéma des lèvres, dans les lésions de la muqueuse, les eschares produites par compression (traumatismes) ou par infiltration gingivale d'acide arsénieux dans la carie dentaire du 3e degré.

3° Dans les canaux dentaires et la chambre pulpaire en l'associant à l'oxyde de zinc, à l'eugénol ou à la gutta-percha.

La formadermine trouve son emploi sous trois formes différentes :

A) *En poudre.* — Dans les plaies produites par l'extraction après l'enlèvement des débris alvéolaires, la résection des bords alvéolaires qui retarde la guérison, après lavage et nettoyage à l'eau tiède, à l'eau oxygénée. En saupoudrant de formadermine la plaie à l'aide d'un insufflateur, cette poudre, extrêmement fine, s'attache aux bords et aux sillons de la muqueuse et détermine une cicatrisation rapide. Pour faire disparaître la douleur post-opératoire, je recommande de laisser à demeure pendant quelques minutes une boulette de coton préalablement imbibée de solution alcoolique de scuroforme, puis saturer de poudre de formadermine. Ce mode d'emploi a l'avantage de favoriser la coagulation et aide à la formation du bouchon de plasma en évitant l'hémorragie et l'infection post-opératoire. Pour les éruptions vicieuses

de la dent de sagesse, après enlèvement du capuchon gingival, un tampon de coton, également imbibé de solution de scuroforme et saturé de formadermine, calme la douleur et favorise la cicatrisation de la muqueuse gingivale.

B) *En solution huileuse.* — Lorsque la gencive est hypertrophiée, qu'il y a irritation gingivale de l'espace interdentaire, dans les gingivites tartriques ou spécifiques, après nettoyage complet de la bouche, ablation du tartre, cautérisations au thermo-cautère et lavage à l'eau tiède et à l'eau oxygénée, des badigeonnages de la solution huileuse de formadermine saupoudrés ensuite de poudre de formadermine, facilitent la cicatrisation et contribuent à la formation rapide du tissu cicatriciel sous-jacent.

C) *En pommade.* — La pommade à la formadermine peut être également employée avec succès dans les gerçures et brûlures. L'eczéma de la commissure des lèvres est facilement guéri après quelques applications de cette pommade. J'ai également traité avec succès les ulcérations profondes produites par le port d'appareils dentaires défectueux et par les succions de dentier.

En un mot toutes les irritations, toutes les dermatoses accompagnées d'exsudats qui se manifestent sous des formes multiples sont heureusement combattues après un traitement approprié : irrigations, lavages à l'eau tiède et à l'eau oxygénée et applications répétées chaque jour de formadermine en badigeonnages huileux, et insufflation de formadermine. En peu de jours le processus inflammatoire disparaît et la muqueuse reprend son aspect rosé. Comme antiseptique et antiprurigineux la formadermine agit sur certaines inflammations de la muqueuse occasionnées par la présence de bactéries, de micro-organismes, streptocoques, spirochètes, toujours présents dans la salive et dont elle annihile les effets nocifs. Grâce à son action désinfectante elle jugule aussi les infections de la cavité buccale (gingivites papillaires, hypertrophie des gencives, stomatites traumatiques, ulcéreuses ou spécifiques. Dans ces cas l'usage de la formadermine doit nécessairement suivre les phases de tout traitement approprié. Dans chaque

cas le terrain doit être assaini et préparé, le détartrage complet effectué et complété par ces irrigations et des lavages d'eau tiède et d'eau oxygénée ; alors, les applications de formadermine aidant, le tissu ulcéré disparaîtra et fera place à un nouveau tissu sain et dense, indice d'une guérison prochaine. Pour produire un effet certain, la formadermine doit rester en place le plus longtemps possible, il est donc bon de laisser les tampons médicamenteux en contact avec la muqueuse jusqu'à ce qu'ils soient détrempés par l'affux salivaire. Le massage des gencives par le patient lui-même, à l'aide des doigts préalablement aseptisés et enduits de pommade à la formadermine, est un puissant adjuvant à tout traitement gingival, puisqu'il fait pénétrer ce médicament dans les tissus et dans les intervalles dentaires, où son action antiseptique et cicatrisante se fait le plus longuement sentir.

Dans le traitement des ulcérations dues à la compression des appareils de prothèse, il faut badigeonner avec la solution huileuse, puis saupoudrer de formadermine les appareils, après leur nettoyage à l'eau chaude savonneuse et après enlèvement de la partie de l'appareil qui blesse ; la formadermine produira alors sur la muqueuse irritée des résultats plus efficaces et probants.

Une pâte composée de formadermine, d'oxyde de zinc et d'eugénol trouvera son application efficace dans les coiffages de pulpes, la pulpectomie, où elle favorise la cicatrisation des moignons radiculaires et dans l'obturation des canaux.

Dans les dents atteintes de trajets fistuleux des mèches imbibées de formadermine huileuse seront le véhicule de ce médicament antiseptique, antiprurigineux, désodorisant et épidermisant qui, traversant l'apex de la dent, à condition qu'ait été faite préalablement la résection apicale, viendra étendre son action dans le canal fistuleux. C'est un adjuvant puissant pour le traitement des caries du 4e degré avec fistule ; mais il reste entendu que, pour obtenir le résultat souhaité, il sera nécessaire, avant d'en faire l'application, d'employer les méthodes décrites par les auteurs dont les travaux érudits sur les 4es degrés avec fistules sont connus de nous tous

(Méthodes des Drs Roy, Siffre, Friteau, de M. P. Housset, Dubois, etc., etc.).

On peut donc conclure que la formadermine, véritable combinaison chimique de 75 % de gaïacol et de 25 % de formol, réunit les propriétés de ces deux corps sans en avoir les inconvénients ; par ses propriétés antiseptiques désodorisantes et analgésiques, elle favorise un bourgeonnement rapide et le processus de réparation.

N'étant ni toxique ni irritante ni caustique, elle peut être employée dans la cavité buccale et convient dans le traitement des maladies de la bouche les plus diverses.

En art dentaire dans le traitement des caries du 3e et du 4e degré avancé, dans les maladies de la pulpe, dans les infections radiculaires avec fistule, son emploi est des plus heureux. Enfin, associée à l'oxyde de zinc, à l'eugénol et à la gutta-percha, cet agent constitue pour les racines des dents mortifiées une obturation de choix ne déterminant aucune inflammation du périoste.

Observations

1° Patient, homme, 30 ans, marié, denture en bon état, se présente pour une stomatite fongueuse avec ulcérations sanguinolentes.

Le traitement consiste en un nettoyage complet, en lavages fréquents de la bouche avec solution au chlorate de potasse et, après irrigations d'eau tiède additionnée d'eau oxygénée par tiers, en badigeonnages et applications sur les gencives de tampons de coton imbibés de formadermine. Après trois visites et trois applications la muqueuse est devenue saine et rosée et la guérison, complète.

2° Mme R..., 45 ans, soignée préalablement pour de l'ostéo-périostite, avec récidives constantes. Quoique les dents soient pleinement consolidées, elle offre autour du collet des dents d'anciens culs-de-sac incomplètement cicatrisés, les papilles du sommet du bord gingival saignent facilement sous la pression du doigt. J'institue des applications de formadermine en badigeonnages, massages et tamponnements. Après trois

applications l'hémorragie gingivale a cessé, la muqueuse a retrouvé son aspect sain et la guérison paraît assurée.

3° Mlle I..., 40 ans, après extraction et traitement dentaire se plaint de gerçures, de fentes de la commissure des lèvres, d'une sensation de brûlures. Après quelques lavages savonneux répétés du pourtour de la bouche et applications de la pommade formadermine-vaseline, le léger exsudat disparaît et la cicatrisation est complète en quelques jours.

4° M. X..., 25 ans, caries du 4e avec trajets fistuleux sur les grandes incisives et œdème de la lèvre supérieure. Il est procédé au nettoyage des cavités, à la désinfection des canaux, à des lavages par irrigations d'eau chaude additionnée d'eau oxygénée, au nettoyage des canaux à l'acide sulfurique et à l'eau oxygénée. Un premier pansement à demeure est fait avec la solution huileuse de formadermine jusqu'à l'apex des racines. Trois jours après, le gonflement a totalement disparu, un léger suintement persiste à l'ouverture du trajet fistuleux.

Un 2e pansement est fait comme précédemment, mais sans intervention d'acide sulfurique.

Au 3e pansement les mèches ressortent sans odeur, aucun suintement pendant huit jours.

4e pansement à demeure avec la solution huileuse saturée de poudre de formadermine recouverte de gutta. Huit jours après, 5e pansement, obturation des canaux à la pâte de formadermine, oxyde de zinc et eugénol. Les dents sont bouchées au ciment provisoire pendant deux mois. Une légère induration persistant au niveau du trajet fistuleux, mais sans aucun suintement, j'ai fait quelques pointes de feu sur la gencive, à l'ouverture du trajet fistulaire, puis j'ai badigeonné avec tamponnement et pulvérisation de poudre formadermine. Le 16 juillet j'ai pu terminer complètement l'obturation des dents, le tissu gingival est complètement sain, les dents n'ont plus aucune mobilité, et je les considère comme entièrement guéries.

5° Mlle H.., 17 ans, se présente pour une éruption vicieuse de dent de sagesse et constriction des mâchoires avec léger

œdème. Après incision du capuchon gingival à l'aide de solution huileuse de scuroforme et après lavage à l'eau tiède et à l'eau oxygénée, je fais une application de formadermine à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé de la solution huileuse saturée de poudre, que je laisse à demeure pendant quelques heures. Le surlendemain, aucun trismus n'étant survenu, je revoyais la malade et constatais des bourgeons cicatriciels assez nombreux accompagnés d'un léger exsudat. Pour arriver au débridement complet je pratiquai alors des cautérisations à l'aide de pointes de feu. Sous cette intervention la patiente n'accusait qu'une légère sensibilité. Après lavage à l'eau oxygénée je renouvelai le pansement comme précédemment et la malade me revint quelques jours après complètement guérie, pour un pareil traitement, mais celui-là préventif pour la dent de sagesse du côté opposé qui commençait à évoluer.

Je termine là mes observations en portant à votre connaissance que depuis bientôt 6 mois je me sers pour l'obturation des canaux de la pâte liquide de formadermine-oxyde de zinc et eugénol ; les racines sont hermétiquement bouchées par cette solution et par la gutta que j'y introduis, formant un magma solide qui déborde dans la cavité pulpaire et que je recouvre ensuite à l'aide de la même pâte, mais plus solide ; la même sert également à coiffer les tronçons radiculaires après incision de la pulpe.

Après séchage complet — ce qui demande quelques minutes — j'obture les dents provisoirement pendant 8 jours et, à part quelques légers mécomptes dus probablement à une faute opératoire, un succès constant est venu couronner mes efforts. J'ai donc trouvé dans la formadermine un médicament très précieux pour notre pharmacopée dentaire.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1925

PRÉSIDENCE DE M. HENRI VILLAIN

La séance est ouverte à 21 heures.

Excusés : MM. Georges Villain et Bonnet-Roy.

M. le Président. — L'ordre du jour appelait une communication de M. Quintin, de Bruxelles. Malheureusement, M. Quintin a été souffrant ; il a été opéré il y a un mois et demi et s'était rendu, pour se reposer, dans le Midi ; il comptait, en revenant par Paris, faire sa communication, mais il a été rappelé plus tôt qu'il ne le pensait à Bruxelles, où il est de retour depuis une huitaine de jours, et n'a pu revenir ici aujourd'hui. Sa communication est donc remise à une autre date.

DE L'ÉMAIL ET DE LA CARIE DENTAIRE, PAR M. LE PROFESSEUR RETTERER

M. Retterer donne lecture de sa communication (v. p. 301).

DISCUSSION

M. Amoedo. — Je me permets de prendre la parole non pas pour critiquer la communication de M. Retterer, mais bien au contraire pour lui témoigner mon admiration pour ses travaux.

Nous pourrions diviser la communication que nous venons d'entendre en deux parties bien distinctes : l'une sur l'histologie ; l'autre sur l'étiologie de la carie dentaire.

Concernant l'histologie, les idées émises par M. Retterer sur les origines de l'émail aux dépens du mésoderme sont tout à fait originales et lui appartiennent pleinement.

Jusqu'à présent, nous avons tous admis les données classiques qui nous enseignent que la dentine, la pulpe et le cément sont d'origine mésodermique, et l'émail d'origine ectodermique. C'est cette conception qu'on exige dans les examens et malheur à celui qui se permettrait de dire le contraire devant les pontifes de la Faculté. Par conséquent, je conseille aux candidats aux examens, comme l'a dit M. Retterer dans une autre occasion, de répondre que la dent est d'origine méso-ectodermique. Mais la vérité se fait toujours jour et les maîtres qui chercheront plus tard les origines de l'émail prouveront, je l'espère, que M. Retterer a raison et alors la gloire appartiendra exclusivement à M. Retterer

d'avoir trouvé que l'émail est le résultat d'un travail mécanique qui transforme la dentine en émail. Ainsi, la dent serait formée exclusivement aux dépens du mésoderme.

Je n'ai pas d'idées personnelles là-dessus ; je n'aurais que des idées théoriques, n'ayant pas fait d'études histologiques très approfondies sur l'embriologie des dents, mais le fait qu'on trouve de l'émail dans des dents qui n'ont pas fait d'éruption, n'infirme pas la théorie du professeur Retterer.

La constitution des organes se fait déjà avant que la fonction ne commence et cette formation est le résultat de multiples générations ; on pourrait dire qu'un poumon qui n'a jamais respiré ne devrait pas exister. L'émail sait qu'il va faire la fonction mécanique et se prépare pour la fonction qu'il va accomplir plus tard ; par conséquent il n'est pas étonnant qu'on trouve de l'émail dans les dents qui n'ont pas fait leur éruption.

En ce qui concerne la carie dentaire, nous sommes d'accord. Mais il y a des facteurs multiples qui nous font nous demander la raison pour laquelle les dents se carient simultanément à droite et à gauche, à la même place et à la même époque. Il faudrait croire que ces dents-là obéissent à une cause centrale, à une origine centrale ; on pourrait dire : c'est un phénomène qui tient son origine au moment de la formation de la dent ; mais pourquoi l'apparition de la carie se fait-elle sur deux points faibles se trouvant à droite et à gauche ? Ce sont des problèmes obscurs que nous ne pouvons nous expliquer encore.

Il est certain que la question de l'alimentation a une certaine influence sur l'étiologie de la carie. L'eau d'Evian, qui est excellente pour les scléromateux, n'est pas du tout indiquée pour un enfant ou une femme enceinte ; c'est une eau qui est absolument déficitaire, qui ne contient aucun sel calcaire. Dans cette même salle, il y a quelque temps, l'un de nos confrères nous disait que dans une région où l'on avait créé des fours à chaux les phénomènes de carie dentaire ont été amendés ; les dents ont été plus solides.

Le manque de mastication a aussi un rôle dans l'étiologie ; les Arabes qui mangent même des fèves crues et sèches ont des dents magnifiques ; c'est cela qui nous manque : nous ne mastiquons pas assez. Chez la femme enceinte, il y a carence de phosphate, donc faiblesse du côté des dents : cela facilite la formation de la carie.

Jusqu'à présent, on croyait que les acides produisaient la carie dentaire, je parle des acides de fruits ; au contraire, ils servent à débarrasser la bouche des détritus amilacés et produisent une sécrétion des salives alcalines qui neutralisent l'acidité.

L'acide qui attaque la dent, c'est celui qui couvre la dent, c'est un acide lactique naissant formé dans la bouche par les fermentations des substances amilacées.

Par conséquent, l'une des causes de la carie est la carence de phosphate dans l'alimentation et manque d'action mécanique.

Je répète que je n'ai pas qualité pour critiquer la communication du professeur Retterer, et je tiens à dire mon admiration pour ses travaux.

M. Retterer. — Je vous remercie beaucoup ; nous sommes bien d'accord ; mais c'est à vous, cliniciens, à déterminer les divers facteurs de régime, les conditions de milieu, l'hérédité. A moi incombe la tache d'élucider comment ces facteurs modifient la structure et l'évolution des tissus dentaires. A mon avis, une cellule bien nourrie, l'odontoblaste en ce qui concerne la dent, élabore une dentine et un émail qui résistent aux agents vulnérants. Dans la carie, c'est comme pour la phtisie, une dent qui appartient à un organisme sain et qui accomplit ses fonctions mécaniques n'a rien à craindre des microbes intrabuccaux qui ne mordent que sur l'émail et la dentine de constitution affaiblie ou amoindrie.

M. Le Président. — L'alimentation joue certainement un grand rôle dans la carie dentaire : je me bornerai à signaler deux faits ou plutôt deux constatations qui corroborent ce que vient de dire M. Amoedo.

Je me rappelle avoir examiné, il y a déjà longtemps, les dents de certaines tribus nègres qui à cette époque se trouvaient au jardin d'acclimatation. Ces gens, qui se nourrissaient d'aliments durs et presque toujours crus, qui toute la journée rongeaient des morceaux de bois, possédaient des dents superbes, sans caries.

Et plus près de nous, l'exemple nous est fourni par les chiens. Les chiens de garde ou de chasse qui vivent dans les cours, dans les chenils, mangeant des aliments durs et entre autres des os, conservent de bonnes dents. Au contraire, les petits toutous, ou les chiens qui vivent dans les maisons, partageant la nourriture de leur maître, connaissent la carie dentaire.

Je vous rappelle que M. Retterer a besoin, si cela vous est possible un jour, de premières molaires saines fraichement extraites qu'il vous suffira de placer dans un petit flacon de formol et de lui envoyer avec l'âge du patient.

M. le professeur Rettèrer s'est plaint de ne pouvoir montrer ses coupes à l'aide du microscope pour prouver ce qu'il avance. Je me permets de l'inviter à notre séance de démonstrations pratiques du dimanche 26 avril où il aura à sa disposition le laboratoire de bactériologie de l'Ecole qui, maintenant tout à fait installé, possède une quinzaine de microscopes.

Il me reste à remercier très chaleureusement le professeur Retterer, je sais qu'il ne recherche pas les félicitations, mais vos bravos de tout à l'heure et ceux qui vont suivre lui prouveront certainement le grand intérêt que provoquent ses travaux (*Applaudissements répétés*).

Avant de donner la parole au conférencier suivant, je vous rappelle que du 20 au 25 aura lieu au Val-de-Grâce le Congrès de Médecine et de Pharmacie militaires, qui sera très important et auquel sera annexée une très belle exposition. L'Ecole dentaire de Paris, pour occuper les moments de loisir des congressistes et en même temps pour en faire profiter tous les membres de la Société d'Odontologie, de la profession et les élèves, organisera deux séances de démonstrations pratiques : le mercredi 22 au matin et le dimanche 26 au matin. Comme il y aura des confrères étrangers et des confrères de province, nous comptons sur vous pour venir nombreux à ces séances.

II. — « Traitement thermique de l'or platiné. Amollissement. Durcissement », par M. Morineau

M. Morineau donne lecture de sa communication (sera publiée).

Discussion

M. Tacail. — Je suis certainement l'interprète de la Société pour remercier M. Morineau de sa communication très intéressante ; mais je voudrais le féliciter spécialement d'apporter à l'art dentaire des métaux et des procédés nouveaux, questions mal étudiées en France jusqu'à présent et qui nous laissent tributaires des Américains. Il est navrant que des orthodontistes français soient obligés d'acheter de l'or en Amérique à notre époque avec le change actuel.

Je voudrais demander à M. Morineau si ses essais ont été faits avec de l'or de White ou d'autres maisons américaines, car les Américains ont encore l'air de nous être très supérieurs dans les alliages d'or platiné. Je dois dire que j'ai vu dernièrement à Lyon de l'or de Dee, maison américaine. M. Quintero employait cet or platiné en faisant ses soudures directement et prétendait retrouver une élasticité intacte après l'avoir chauffé à blanc et en le laissant simplement refroidir à l'air. La suppression de tout dispositif est évidemment intéressant et si M. Quintero ne se trompe pas, l'or de Dee qui est un alliage d'or et de platine, est encore supérieur puisqu'il ne demande aucun traitement spécial après avoir été chauffé.

Mais je ne fais pas de critique, je donne une indication qui peut être utile à M. Morineau dans ses recherches et je tiens encore une

fois à le féliciter, ainsi que la maison Collignon dont il faut reconnaître l'effort.

Un membre. — Je voudrais signaler à M. Morineau qu'à la guerre, nous avons eu un bijoutier qui faisait des épingles de cravate, tiges de brosse, etc... Il allumait son charbon de bois, posait ensuite la tige à durcir sur ce charbon allumé et éteignait le gaz du chalumeau en soufflant, il avivait le charbon 5 à 10 fois ; il laissait ensuite refroidir la pièce sur son charbon et la tige était alors beaucoup plus dure.

M. Morineau. — La question est en enfance ; il est possible que dans quelque temps, au lieu que ce soit de l'or platiné, ce soit de l'or dans lequel il y a du fer, du palladium, etc. Chaque fois qu'on a affaire à un alliage, c'est un métal nouveau, puisqu'à un alliage de 10 o/o, le durcissement se produit. Il est à souhaiter que les maisons de fournitures qui s'occupent de métallurgie veuillent bien se donner un peu de mal. Nous n'avons jamais pu constater que l'or à 18 carats pouvait être durci. Je parle d'essais faits scientifiquement et honnêtement comme ceux-ci. Lorsqu'on emploie un dynamomètre et des appareils précis, on constate qu'il n'y a aucune différence ; au contraire il semble que chaque fois qu'on rechauffe de l'or à 18 carats, il devient de plus en plus mou ; à la longue les métaux soudés reprennent un peu de leur qualité première.

Avec les métaux que nous employons actuellement, sous la forme habituelle, s'ils sont en plaque, le traitement thermique n'a aucune influence ; voilà ce qui résulte des expériences que nous avons pu faire.

M. le Président. — Je suis certainement l'interpréte de tous ici pour remercier bien vivement notre confrère Morineau. Ses études sur les différents ors, la façon de les travailler ne peuvent que nous rendre les plus grands services. Je désire également féliciter et remercier ceux qui veulent bien l'aider dans ses recherches et lui préparer l'or nécessaire à ses travaux : je veux parler de MM. Collignon et Mantelet, dignes continuateurs de leur prédécesseur, le très regretté M. Contenau.

Aux démonstrations du dimanche 26 M. Morineau mettra en pratique la méthode qu'il nous a exposée ce soir ; je lui adresse d'avance tous mes remercîments (*Vifs applaudissements*).

La séance est levée à 23 heures.

Le Secrétaire général,
Dr Solas.

Séance du 5 mai 1925

La Société d'odontologie de Paris s'est réunie le mardi 5 mai 1925, sous la présidence de M. Henri Villain.

M. le Dr M. Duvoir, professeur agrégé de Médecine légale, médecin des hôpitaux de Paris, fait une conférence intitulée : *Art dentaire et Médecine légale.*

L'Odontologie légale est une branche importante de la Médecine légale. Cette science a des applications nombreuses et variées.

A. — *Art dentaire et identification*

a) *L'identification des morsures.* — Les morsures humaines sont faciles à distinguer des morsures d'animaux et, en cas de morsure humaine, il est souvent possible d'identifier l'auteur de la morsure, surtout si sa denture présente des particularités notables. Des criminels ont pu être démasqués par ce procédé.

b) *L'identification des cadavres par la denture.* — Il s'agit d'une méthode devenue courante qui a rendu de grands services dans des catastrophes (Incendie du Bazar de la Charité) et à la fin de la guerre récente. Elle repose sur la comparaison de la fiche dentaire du disparu avec la denture du corps présumé être le sien.

c) *L'identification des dents ou fragments dentaires.* — Elle trouve son application principale dans les procès criminels lorsque le corps de la victime a été détruit par le feu. Le rôle de l'expert est de rechercher s'il s'agit de dents humaines et, dans l'affirmative, de faire toutes constatations utiles à l'identification de la victime.

B. — *Art dentaire et indemnisation*

Il s'agit de l'évaluation par expertise du dommage causé par la perte ou la fracture d'une ou de plusieurs dents. Cette évaluation est basée sur des règles différentes suivant qu'il s'agit d'une blessure de guerre (loi du 31 mars 1919), d'un accident du travail (loi du 9 avril 1898) ou d'un accident de droit commun, le plus souvent d'un accident d'automobile.

C. — *Art dentaire et procès professionnels*

Il peut s'agir d'une discussion *d'ordre technique* ou d'une *question d'honoraires*. Ce sont des cas d'espèce sur lesquels l'expert fournira au magistrat tous renseignements utiles d'ordre scientifique ou technique.

M. Quintin (de Bruxelles) rapporte un cas d'expertise où il put

identifier un individu grâce aux blessures laissées par un appareil dentaire appartenant à la victime.

M. Quintin présente une pièce à main qui permet l'adaptation d'instruments animés d'un mouvement de va-et-vient, au lieu du mouvement circulaire habituel. Il signale en particulier l'utilité de ce dispositif dans le curettage alvéolaire nécessité dans le traitement de la pyorrhée.

M. Quintin rapporte un cas d'extraction particulièrement laborieux d'une dent de sagesse inférieure. Il a réussi, alors que l'incision externe paraissait s'imposer, à opérer par la voie intra-buccale ; il signale à ce propos l'importance de prendre plusieurs clichés radiographiques pour bien situer la dent par rapport aux organes voisins.

M le Dr Roy rapporte un cas d'abcès palatin où les commémoratifs et la radiographie faisaient penser à une origine dentaire (une incisive centrale paraissait, en effet, avoir une zone radio-claire à son apex). Un examen clinique approfondi (sensibilité au chaud et au froid, diaphanoscopie) a permis de constater que l'incisive centrale était parfaitement saine et vivante. L'abcès palatin traité par une simple incision a parfaitement guéri sans autre traitement.

M. le Dr Bonnet-Roy présente une pièce anatomique constituée par une plaque de leucoplasie enlevée récemment. Cette plaque représente toute la surface supérieure de la langue. Des photographies en couleur permettent de juger de l'état du malade avant et après l'intervention.

M. le Dr Bonnet-Roy présente un petit corps étranger constitué par un grain d'avoine entouré d'une gaîne calcaire. Ce petit corps a été expulsé spontanément par le canal de Wharton chez une enfant de 13 ans qui avait depuis quelque temps une inflammation considérable de sa glande sous-maxillaire.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du lundi 27 avril 1925

PRÉSIDENCE DU Dr HERPIN

M. Gornouec présente un malade atteint d'éléphantiasis des lèvres dans les antécédents duquel on trouve syphilis et tuberculose. Histologiquement les lésions semblent dues à la tuberculose.

M. Gougerot rapporte deux observations de tuberculose éléphantiasique de la bouche, l'une chez un homme de 50 ans, cordonnier, dont la femme est tuberculeuse. Pas d'antécédents syphilitiques, wassermann négatif. L'autre est un homme de 40 ans ; les lésions éléphantia-

siques ont succédé à une ulcération de la langue, wassermann positif, pas d'antécédents tuberculeux.

Les deux malades sont porteurs d'adénopathie.

M. Gougerot conclut à une inoculation buccale conjugale chez le premier (lésion buccale due à l'habitude de mettre des clous dans la bouche, tuberculose de la femme), chez le second inoculation accidentelle locale. Ce diagnostic est complété par l'inoculation au cobaye. L'examen histologique montre des lésions qui font penser à la tuberculose sans permettre de l'affirmer.

M. Gougerot rapproche ces lésions de celles du même ordre plus fréquemment observées dans la région recto génitale. Il conseille comme traitement le vaccin de Vaudremer, la cure d'air, l'héliothérapie, la cure sanatoriale et la radiothérapie.

M. Merville présente un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur survenu chez un jeune homme de 17 ans, au niveau d'une première molaire inférieure gauche, traitée trois mois auparavant pour gangrène pulpaire. Après un début brusque marqué par des signes généraux, de violentes douleurs et une tuméfaction de la joue gauche, en quelques jours toutes les dents du maxillaire inférieur sont ébranlées, la tuméfaction gagne le côté droit, il y a une anesthésie bilatérale au niveau des nerfs mentonniers. Huit jours après, les accidents aigus cessent et après un mois, pendant lequel des séquestres se forment et s'éliminent, on observe une fracture pathologique de la branche horizontale gauche. Les accidents infectieux étant atténués, les dents mortifiées et mobiles étant extraites, le malade est appareillé et la fracture se consolide en un mois. Six mois après le début de la maladie, les séquestres assez abondants ont été extraits sans difficulté, l'impotence fonctionnelle du malade est peu importante.

M. le Dr Cieszynski, professeur de stomatologie à Lwow, venu à Paris pour le Congrès franco-polonais, présente deux intéressantes communications avec projections sur la radiographie dentaire dans les cas normaux, ainsi que dans les différentes déformations et malpositions dento-maxillaires.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie

Congrès de Grenoble

(*27 juillet-1er août* 1925)

Le Comité exécutif de la Section s'est réuni le 30 avril pour prendre diverses décisions relatives au Congrès. Il a décidé notamment que celui-ci comprendra des questions portées à l'ordre du jour avec rapports.

Il a porté pour le moment son choix sur les deux questions suivantes ;

1° De la conception et de la construction des appareils à plaque au point de vue de la prophylaxie dentaire (déjà inscrite au Congrès de Liége, mais non traitée). — Rapporteur, M. G. Villain.

2° Hygiène dentaire.

Cette dernière question fait l'objet des subdivisions suivantes, qui seront chacune traitées par un rapporteur spécial:

A) Hygiène dentaire scolaire.
   1° Rôle de l'éducateur : M. Haloua (Paris).
   2° Hygiène dentaire scolaire urbaine : M. Cros (St-Etienne).
   3° Hygiène dentaire scolaire rurale : M. Ferrand (Paris).

B) Hygiène dentaire dans la famille : Dr Bousquet (Besançon).

C) Hygiène dentaire à l'armée : M. Wintergerst (Levallois-Perret).

D) Hygiène dentaire dans les agglomérations (usines, administrations) : M. Lelièvre (Clermont-Ferrand).

PROGRAMME PROVISOIRE

Lundi 27 juillet

Matin. — 9 heures, ouverture du Secrétariat au Lycée Champollion (cours Lafontaine). — 10 h. 30, séance d'ouverture au Théâtre municipal.

Après-midi. — 14 h. 30, Séances des Sections. — 16 h. 30, Coup d'œil d'ensemble sur la ville au Jardin des Dauphins. — 20 h. 30, Réception par la municipalité.

Mardi 28 juillet

Matin. — 8 h. 30, séances des Sections. — 10 heures, Réunion des

Conservateurs des Musées d'Histoire Naturelle. — 10 h. 30, visite du Palais de Justice et de l'Eglise Saint-André.

Après-midi. — 14 h. 30, séances des Sections ou visites industrielles (Laboratoire de Beauvert, usine de Drac-Romanche). — 20 heures, Conférence.

Mercredi 29 juillet

Matin. — 8 h. 30, séances des Sections. — 10 h. 30, Visite de la Crypte de Saint-Laurent et de l'Eglise Notre-Dame.

Après-midi. — 14 heures, séances des Sections. — 15 h. 30, Visite de l'Exposition internationale de la Houille Blanche et du Tourisme.

Jeudi 30 juillet

EXCURSION GÉNÉRALE. — Les Congressistes auront le choix entre les quatre excursions suivantes :

I. — La Chartreuse. — Grenoble, Voreppe, col de la Placette, Saint-Laurent-du-Pont, Le désert, La Grande Chartreuse (visite du Couvent), Saint-Pierre-de-Chartreuse (déjeuner), le col de Porte, le Sappey, Grenoble.

Prix : autocar, 30 fr. ; déjeuner : 18 fr.

II. — La Bérarde. — Grenoble, Uriage-les-Bains, Vizille (château de Lesdiguières), Vallée de la Romanche (Usines hydro-électriques). Le Bourg d'Oisans, Vallée du Venéon, Saint-Christophe en-Oisans, La Bérarde (déjeuner), retour par la même route.

III. — Les Usines de la Romanche, La Matheysine. — Grenoble, Uriage-les-Bains, Vizille (Château de Lesdiguières), vallée de la Romanche (visites d'usines hydroélectriques, d'électrochimie, d'électro-métallurgie), le Col d'Ornon. Le Valbonnais (déjeuner), Vallée de la Bonne (travaux d'aménagement d'usines), La Mure, les lacs de Laffray, Vizille, le Pont de Claix, Grenoble.

IV. — Le Bas-Grésivaudan, les gorges de la Bourne, le Vercors. — Grenoble, Saint-Marcellin (culture du noyer), Pont-en-Royans (déjeuner), les gorges de la Bourne, Méaudre, Autrans (élevage de bovidés du Villars-de-Lans), col de la Croix-Perrin, Lans, Saint-Nizier, Grenoble.

Prix : autocar, 65 fr. ; déjeuner, 15 francs.

(*Les prix indiqués pour les excursions ci-dessus sont approximatifs*)

Vendredi 31 juillet

Matin. — 8 h. 30, séances des Sections. — 10 h. 30, visite du Musée de peinture et de la Bibliothèque.

Après-midi. — 14 heures, séances des Sections ou visites industrielles (Domène, Lancey, Brignoud, Le Cheylas). — 15 h. 30, visite de l'exposition de la houille blanche et du tourisme. — 20 h. 30, Conférence.

Samedi 1er août

Matin. — 8 h. 30, séances des Sections. — 10 h. 30, visite du Musée Dauphinois, du Muséum d'histoire naturelle.
Après-midi. — 14 h. 30, Assemblée générale.

EXCURSION FINALE

Dimanche 2 août

Grenoble, Uriage, Vizille, vallée de la Romanche, Le Bourg-d'Oisans, La Grave (déjeuner), Le Lautaret, Briançon (dîner et coucher).

Lundi 3 août

Briançon, Cervières, Col d'Izoard, Le Queyras (déjeuner à Château Queyras ou à Abries), Mont Dauphin, L'Argentière (usines), vallée de la Durance, Briançon (dîner et coucher).

Mardi 4 août

Briançon, Le Monetier-les-Bains, le col du Galibier, Valloire (déjeuner), Saint-Jean-de-Maurienne, Albertville (dîner et coucher).

Mercredi 5 août

Albertville, Ugine, Mégève (déjeuner), Saint-Gervais-les-Bains, Chamonix (dislocation).

Coût approximatif : 450 francs.

Le prix indiqué pour l'excursion est un prix maximum qui pourra peut-être être abaissé.

Pour faciliter l'organisation de l'excursion, les membres de l'Association qui désirent y participer sont priés d'en avertir *dès maintenant* M. Piraud, secrétaire général du Comité local, Conservateur du Muséum d'Histoire naturelle à Grenoble.

NOTA. — En aucun cas le prix de l'excursion ne pourra être fractionné. La somme versée reste acquise, même si le congressiste n'accomplit qu'une partie du trajet.

TRANSPORT A PRIX RÉDUIT

Une demande a été adressée, comme chaque année, aux Compagnies de chemins de fer en vue d'obtenir des facilités de transport pour les congressistes. Elle n'a pas été accueillie.

Rappelons qu'en achetant, dans les Etablissements de Crédit, un bon à lots de l'Exposition Internationale de la Houille blanche et du Tourisme de Grenoble dont le prix est de 25 francs, les congressistes auront droit à des réductions que nous avons indiquées dans notre numéro de mars.

En outre, d'après le tarif n° 8 G. V. 108, les personnes voyageant par groupe de vingt au moins pour des excursions scientifiques ont droit à une réduction de 40 0/0.

Il serait possible de profiter de cet avantage en organisant des groupes de congressistes dans certains centres importants. Mais cette organisation ne peut être réalisée que par des initiatives locales.

Adresser la demande au moins quinze jours à l'avance en indiquant l'objet du voyage, l'itinéraire et le nom des personnes qui doivent y participer.

Les membres de l'A. F. A. S. faisant partie du Touring Club de France ont droit aux mêmes avantages, mais ils peuvent voyager par groupe de dix seulement et n'adresser leur demande que huit jours à l'avance. Si des groupes de cette catégorie peuvent être formés, prière d'en informer M. Rivet, secrétaire du Conseil, 28, rue Serpente, Paris, qui transmettra la demande au Touring Club de France.

FRAIS DE SÉJOUR

Les Congressistes pourront loger au Lycée Champollion aux conditions suivantes :

Lit et petit déjeuner du matin..... Fr. 6 60
Lit, petit déjeuner, déjeuner et dîner (vin et pourboire compris)..... 20 »

Par suite de l'affluence des voyageurs en raison de l'Exposition de la Houille blanche et du Tourisme, il est indispensable de retenir les chambres *au moins un mois à l'avance*, en envoyant le montant des frais du séjour.

S'adresser, soit aux hôteliers, soit à M. V. Piraud, Conservateur du Muséum d'Histoire Naturelle, Grenoble.

Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages; facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc., etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Prière d'adresser les demandes de renseignements, les adhésions et les titres de communications au Secrétaire de la Section, M. Wallis-Davy, 7, boulevard Rochechouart, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat général de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 20 francs par an, plus un droit d'inscription de 5 francs pour les membres nouveaux.

LISTE ET PRIX DES HOTELS ET RESTAURANTS DE GRENOBLE

HOTELS	Chambre pour 1 personne	Chambre pour 2personnes	Repas		
			Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
Majestic, 1, av. Félix-Viallet.	18 » à 30 »	25 » à 40 »	4 »	8 »	20 »
Moderne, rue Félix-Poulat.	15 » à 35 »	25 » à 60 »	4 »	16 »	18 »
Grand Hôtel, rue de la République.	15 » à 30 »	25 » à 60 »			
Suisse et Bordeaux, place de la Gare.	12 » à 22 »	16 » à 25 »	2 50 et 3 »	12 »	14 »
Europe, place Grenette, **Central**, rue Montorge.	20 » à 30 »	30 » à 40 »	3 50 et 4 »	14 »	14 »
Lesdiguières, 198, cours Jean-Jaurès.	10 » à 12 »	16 » à 25 »	2 50	10 »	10 »
Notre-Dame, 1, place Notre-Dame.	20 » à 25 »	30 » à 35 »	2 50	12 50	12 50
Beau Séjour, 160, cours Jean-Jaurès.	12 »	16 » à 18 »			
Marronniers, 140 cours Jean-Jaurès.		15 » à 25 »			
Belledonne, 157, cours Jean-Jaurès.	12 »	15 » à 18 »			
Vautour, 62, rue Emile-Gueymard.	12 »	18 » à 25 »	2 50	15 »	15 »
Anti-Alcoolique, 45, avenue Félix-Viallet.	10 »	10 » à 15 »			
Nouvel Hôtel, 8, rue Emile-Gueymard	18 » à 20 »	20 » à 40 »			
Terminus, place de la Gare.	12 » à 18 »	25 » à 30 »			
Touring, avenue d'Alsace-Lorraine.	14 »	25 » à 35 »			
Victor-Hugo, aven. d'Alsace-Lorraine.	15 »	16 » à 24 »			
Repellin, cours Berriat.	10 » à 12 »	16 » à 25 »			
Marseille, rue Bressieux.	10 »	12 » à 16 »			
Jasruel, place de la Gare		14 » à 18 »			
del'Exposition, route d'Echirolles.	10 » à 12 »	15 »			
Angleterre, 5, place Victor-Hugo.	12 » à 18 »	18 » à 25 »			

RESTAURANTS	Repas		
	Petit Déjeuner	Déjeuner	Dîner
Restaurant des Alpes, rue Bressieux.	2 50	10 » et 12 »	10 » et 12 »
Family, 1, rue Colbert.	3 »	10 » et 15 »	17 » et 15 »
Taverne Félix, 6, place Victor-Hugo.		14 »	14 »
Restaurant Duglou, 8, place Grenette.		14 »	14 »
Restaurant Victor-Hugo, 5, place Victor-Hugo.	3 »	12 »	12 »
Brasserie de Strasbourg. 11, av. d'Alsace-Lorraine.	2 50	12 »	12 »
Brasserie du Tivoli, 20, boulevard de l'Esplanade.	2 50	12 » et 14 »	12 » et 14 »
Restaurant Central, rue de la République.		9 50 et 12 »	9 50 et 12 »
Restaurant Critérium, 4, rue Saint-Jacques.		8 »	8 »
Restaurant Fidl, 14, rue Thiers.	1 50	8 » et 10 »	8 » et 10 »

3e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Le 3e Congrès international de médecine et de pharmacie militaires s'est tenu, comme nous l'avons annoncé, à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce du 20 au 25 avril. Il s'est déroulé au milieu d'une très grande affluence — environ 2.500 congressistes appartenant à 42 nations différentes — et a obtenu un légitime succès. L'organisation était parfaite et il y a lieu d'en féliciter le Comité tout entier.

Le lundi 20 avril, *à 10 heures du matin*, ouverture solennelle à la Sorbonne sous la présidence du Président de la République, assisté de M. Ossola, Sous-Secrétaire d'Etat, représentant le Ministre de la guerre. Le grand amphithéâtre était plein et le coup d'œil offert par les uniformes les plus variés, sur lesquels s'étalaient à peu près tous les ordres connus, était des plus chatoyants.

Après la séance inaugurale le programme comprenait :

11 *heures*. — Visite à la Tombe du Soldat Inconnu, par une Délégation du Congrès.

14 *h.* 30. — Inauguration de l'Exposition industrielle et du Salon du Blessé.

16 *h.* 15. — Réception par le Président de la République, au Palais de l'Elysée, des Délégués officiels des Nations étrangères et des membres du Comité d'organisation.

21 *h.* 30. — Séance artistique suivie de réception générale à l'Amphithéâtre de la Sorbonne,

Le mardi 21 avril, *à 9 h. 30 du matin*. — Séance de travail au Val-de-Grâce. — La première question traitée : « La spécialisation technique comme base de fonctionnement du Service de Santé » était la plus importante pour nous.

Les rapporteurs, M. Jeandreau, médecin principal de 2e classe de réserve et professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Spire, médecin principal de 2e classe de l'armée active, médecin chef et professeur à l'Ecole supérieure de guerre, avaient préparé sur cette question un rapport très intéressant, dont l'audition nous a donné la satisfaction de voir que les dentistes militaires n'avaient pas été oubliés et que les auteurs les avaient mis à la place qu'ils doivent occuper.

Après ce rapport, des congressistes lurent des communications relatives au même sujet. A 11 heures la séance fut levée pour permettre à Sir Almroth, E. Wright de l'armée britannique, de faire une conférence très instructive intitulée *Leçons de la Grande Guerre*.

16 *heures*. — Réception des Congressistes à l'Hôtel de Ville.

20 *h*. 15. — Représentation à l'Opéra en l'honneur des délégués étrangers participant au Congrès.

LE MERCREDI 22 AVRIL, à 9 *h*. 30 *du matin*. — Séance de travail au Val-de-Grâce. — Deuxième question : Méthode de sélection du contingent.

LE JEUDI 23 AVRIL *à* 9 *h*. 30 *du matin*. — Séance de travail au Val-de-Grâce. — Troisième question : Etiologie et traitement des arthrites traumatiques et leurs séquelles.

L'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, dont la déclaration au Ministère de l'Intérieur était toute récente, n'avait pu figurer au programme, déjà établi à ce moment, mais, grâce à l'obligeance de M. le Médecin Inspecteur général Toubert, avait obtenu du Comité d'organisation un amphithéâtre du Val-de-Grâce pour y tenir une assemblée extraordinaire.

Cette séance eut lieu à 14 h. 30 sous la présidence de M. Toubert, assisté de M. le Médecin Inspecteur Lannes, Directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. Le compte rendu détaillé de cette réunion et les très aimables paroles prononcées par M. Toubert seront publiés dans un prochain numéro.

LE VENDREDI 24 AVRIL, *à* 9 *h*. 30 — Séance de travail au Val-de-Grâce. — Quatrième question : Méthode d'analyse du matériel de pansement et de suture.

14 *h*. 30. — Démonstration d'aviation sanitaire au camp du Bourget.

LE SAMEDI 25 AVRIL, *à* 9 *h*. 30. — Visite à l'Hôpital Percy, à Issy-les-Moulineaux.

14 *h*. 37. — Distribution des récompenses à l'Exposition industrielle.

Séance de travail : Assemblée générale. — Discussion des conclusions. — Questions se rapportant au prochain Congrès.

20 *heures*. — Banquet final à Luna Park.

***

Le programme portait tous les jours, à 14 h. 30, visite de l'Exposition française des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène dentaire, au Val-de-Grâce, qui comprenait, ainsi que nous l'avons annoncé antérieurement, du matériel et des fournitures dentaires de fabrication française. L'Ecole dentaire de Paris, représentée par M. Henri Villain, secrétaire-rapporteur du jury, y avait envoyé des collections et des tableaux synoptiques et graphiques, qui lui ont valu comme récompense la mention suivante « Hors concours, Membre

du Jury » avec deux médailles d'or pour deux collaborateurs : MM. Blatter, directeur, et Crocé Spinelli, trésorier.

***

Nous ne saurions passer sous silence que dans l'Assemble générale de clôture du samedi 25 avril, après adoption des conclusions des rapports, le Comité permanent, par l'intermédiaire de son président, M. le Médecin-Inspecteur général Vincent, a proposé, comme conséquence d'un vœu émis par *l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer*, la création d'une association internationale de médecine militaire.

Après une longue discussion à laquelle ont pris part, notamment, M. Henri Villain comme dentiste militaire et des pharmaciens militaires, la proposition a été adoptée et le titre a été ainsi libellé :

Association internationale de médecine militaire.

(Médecins, pharmaciens, dentistes militaires et officiers d'administration).

Ainsi, tandis que les dentistes militaires étaient seulement *invités* au Congrès de Paris, la prochaine fois ils y seront admis officiellement au même titre que les trois autres éléments dont se compose le Service de santé. L'importance de cette décision n'échappera à personne : elle donne dorénavant au spécialiste de l'art dentaire la place qui lui est due. C'est-là un gros succès dont on ne saurait trop se féliciter.

***

Ajoutons en terminant que le prochain Congrès — le 4e — aura lieu en 1927 à Varsovie.

WALLIS-DAVY.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

La Ve session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra, sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 20 au 24 juin 1925 à l'Université de Bruxelles.

Parmi les premiers adhérents, il faut citer : MM. les professeurs H. Vincent (Paris), sir Almroth Wright (Londres), Gley, Maurice de Fleury, Pierre Duval, Sollier, Gougerot, Noël Fiessinger, Chiray, Roux-Berger, Gaultier, Joyeux, Bidou (Paris), Tournade (Alger), Abadie (Oran), Beco et Henrijean (Liége), Lemaire (Louvain), Vernieuwe (Gand), Tricot-Royer et Henrotay (Anvers), Demoor, Dustin et Bigwood (Bruxelles).

Les fêtes organisées pendant les Journées et offertes aux adhérents comprendront notamment une soirée, avec concert et raout, dans les salons illuminés des Musées royaux du Cinquantenaire, et une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Le 24 juin, les congressistes se rendront en train spécial à Bruges, où un comité prépare une visite de tous les monuments et musées avec la célèbre promenade des canaux. Un déjeuner, un dîner et un concert de carillon avec chœurs, dans l'antique beffroi, complèteront cette journée.

Un programme sera réservé aux Dames adhérentes (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

Une Exposition internationale se rapportant aux produits pharmaceutiques, stations climatiques, journaux médicaux, instruments de chirurgie et mobiliers opératoires, se tiendra à l'Université pendant le Congrès.

Cotisation : 40 francs (25 francs pour les Dames et les abonnés de *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et inscription auprès du Dr René Beckers, secrétaire général, 35, rue Archimède, à Bruxelles.

CONGRÈS BELGE DE STOMATOLOGIE

La société Belge de Stomatologie organise, du 11 au 14 juillet de cette année, à l'occasion de son 28e anniversaire, un Congrès à Bruxelles, avec participation internationale.

Ce Congrès comprendra des séances théoriques et des démonstrations.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins belges et étrangers, s'intéressant à la Stomatologie et admis par le Comité d'organisation ; 2° les praticiens de l'Art dentaire belges et étrangers, admis par le Comité d'organisation.

La cotisation est fixée à cinquante francs et donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès.

Le règlement, ainsi que tous renseignements, peuvent être obtenus en écrivant à l'un des secrétaires : Dr Boisson, 35, rue Belliard, Bruxelles ; Dr Polus, 18, rue du Commerce, Bruxelles.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE

Des Journées médicales organisées par le Syndicat des dentistes du midi et la section régionale du Syndicat des médecins stoma-

tologistes de France auront lieu à Toulouse du 11 au 14 juillet 1925. Ces Journées, ouvertes au corps médical tout entier dans sa plus large acception, comprendront cette année une section de Stomatologie et Art dentaire.

Ces Journées, qui ne sont pas un Congrès, sont destinées à faire connaître aux praticiens les progrès réels accomplis dans leur art. Le programme de la section comprendra :

1° Une conférence sur un grand sujet de Stomatologie, ouverte à tous les membres des Journées (le nom du conférencier et le sujet de la conférence seront ultérieurement communiqués) ;

2° Des démonstrations pratiques de procédés, tours de main, appareils, outillage, pour lesquelles le plus large appel est adressé à tous ;

3° Une exposition d'outillage et de matériel.

La participation aux séances de la section entraîne le droit d'assister au programme général (conférences de MM. Bordet, Recasens, Sanarelli, J.-L. Faure, Dartigues, Jacob, Levaditi, Cl. Regaud, Renon, Roger), aux réceptions, représentations, excursions.

Les adhésions et la cotisation (20 fr. pour les hommes, 10 fr. pour les dames et les étudiants) devront être adressées à M. le Prof. Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse, secrétaire général ; les sujets de démonstrations pratiques, l'indication des besoins en matériel, locaux, etc., pour les réaliser, à M. le Dr Cadenat, 3, place du Capitole, à Toulouse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTION ÉCRITE

Question n° 2.959. — M. Louis Chazette, député, demande à M. le ministre des Pensions si dans tous les cas où un chirurgien-dentiste régulièrement diplômé vient à donner des soins dentaires à un mutilé de la face, il n'est pas conforme à la pensée du Gouvernement et à celle du législateur d'assimiler, pour ses honoraires, le chirurgien-dentiste diplômé au docteur en médecine même non spécialisé dans l'art dentaire qui donnerait de pareils soins à ce même mutilé, ajoutant qu'un chirurgien-dentiste, après avoir donné des soins dentaires à un mutilé de la face, s'est vu refuser le payement des honoraires par lui réclamés pour le motif que ni la loi du 31 mars 1919, ni les diverses dispositions administratives qui l'ont suivie ne prévoient le remboursement des frais du traitement au chirurgien-dentiste (12 février 1925).

Réponse. — La question de savoir si les dentistes non docteurs en médecine peuvent soigner des bénéficiaires de l'article 64 est actuellement à l'étude. Elle doit être jusqu'à nouvel ordre tranchée par la négative, attendu que, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés pour les soins dont ils peuvent avoir besoin (*Journal officiel* du 10 mars 1925, p. 1563).

EN SYRIE

Un arrêté du Haut-Commissaire tranche, de manière définitive, le titre que les dentistes pourront à l'avenir accoler à leur nom.

Les dentistes diplômés des Facultés françaises et américaines sont autorisés, par l'arrêté, à placer sur leurs pancartes la mention : Chirurgien-Dentiste ou Docteur chirurgien-dentiste ou encore Docteur en chirurgie dentaire.

Quant aux dentistes qui ont obtenu la simple autorisation d'exercer à la suite des examens devant la Commission spéciale ils devront se contenter du titre de : Dentiste, sans plus, en mentionnant sur leurs pancartes la nature du certificat qu'ils détiennent.

Le titre de Docteur ne sera donc plus porté que par les médecins, toute contravention exposant le contrevenant à une amende de 25 à 100 livres syriennes et, en cas de récidive, de 100 à 200 livres.

(*L'Echo d'Orient*, Beyrouth, 27 mars 1925).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DIX ANNÉES DE SOLIDARITÉ

Par Paul FONTANEL

Depuis dix ans, sans jamais se lasser, les divers membres du Comité de Direction de l'AIDE CONFRATERNELLE, aussi bien ceux qui ne sont plus, que les nouveaux, se sont efforcés de réunir les éléments nécessaires au succès de cette œuvre philanthropique.

Les disparus, auxquels j'adresse un salut respectueux, furent parmi les plus ardents, leur action fut pour beaucoup dans la réussite de l'AIDE CONFRATERNELLE. Ce faisant, ils ont acquis un titre de plus, et non des moindres, à la reconnaissance de tous les membres de la profession dentaire. C'est un honneur pour moi de leur rendre hommage: je nommerai d'Argent, Bioux, Cruet, Isaac Davenport, Godon.

Les membres actuels n'ont qu'à suivre l'exemple donné par les confrères disparus, je suis heureux de les remercier tous. Depuis 1915, je n'ai pas d'autre mérite que de récolter le résultat de leurs efforts. C'est avec plaisir que je saisis l'occasion de cet anniversaire décennal pour reconnaître leur labeur et leur exprimer la reconnaissance que nos orphelins et leurs pauvres mamans me chargent de leur exprimer dans toutes leurs lettres.

Que ce soit Viau et Martinier qui, à toute occasion, savent si gentiment obtenir la contribution de chacun, ou bien notre excellent Robine, dont la bonne amitié force toutes les bourses ou Georges Villain à l'âme et au geste si généreux, ou encore Frey si finement philanthrope et Roy non moins bon, tous ont été de tels apôtres depuis le début que le succès de l'AIDE CONFRATERNELLE était certain.

Bien d'autres nous ont aidés, leur mérite égale celui de ceux qui précèdent, mais je ne puis les citer tous, cependant, je les prie de croire que mes remerciements leur sont acquis tout aussi profondément, l'AIDE CONFRATERNELLE est leur œuvre à tous.

Je tiens à rendre un hommage particulier à certains membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France : de Croës et Friteau. Venus parmi nous tardivement, par suite d'événements indépendants de leur volonté, ils ont multiplié leurs efforts au profit de nos orphelins dans le milieu syndical. Nous avons tous présent à la mémoire le vibrant appel de Friteau lancé dans la *Presse dentaire* de janvier 1924 ; personnellement, je sais combien il fut fructueux pour l'AIDE CONFRATERNELLE.

Enfin, j'ai réservé certaines personnalités de praticiens qui,

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE

DES

DENTISTES DE FRANCE

45, *Rue de La Tour-d'Auvergne — PARIS (9e)*

Feuillet-Proposition d'Assurance

Nom .....

Prénoms .....

Qualité .....

Adresse .....

INSTRUCTIONS

Après avoir répondu au questionnaire ci-dessus, choisir au verso de ce feuillet les contrats d'assurances désirés, en y inscrivant les indications utiles, puis, après avoir daté et signé, découper la présente feuille en suivant la ligne pointillée et l'adresser au **Président de l'A. G. S. D. F., 45, Rue de La Tour-d'Auvergne, à PARIS.**

RESPONSABILITÉ CIVILE

Assurance garantissant les accidents corporels atteignant la clientèle, ou des tierces personnes, et dont le dentiste serait rendu responsable.

Jusqu'à quelle somme, par accident, désirez-vous être garanti ?

20.000	(prime à payer annuellement).	Fr. 22 50
50.000	—	35 »
100.000	—	48 »
200.000	—	65 »

Réponse :

ASSURANCE DU PERSONNEL

POLICE MIXTE A PERSONNEL VARIABLE

Indiquer ci-dessous, la composition du personnel par emploi et porter en regard, le chiffre des rémunérations payées annuellement (espèces et nature).

Opérateur. Mécanicien. Apprenti (1). Assistant.	1re catégorie 0,90 0/0 des salaires.
Infirmiers. Employés de bureau. Domestiques (2).	2e catégorie 0,70 0/0 des salaires (plus 0,05 pour les recours de tiers).

(1) Les apprentis doivent être déclarés pour un salaire d'environ 3.000 fr.
(2) Pour les domestiques comprendre salaire + nourriture + indemnités diverses (pourboires).

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Garantissant l'assuré lui-même contre les accidents corporels de toute nature.

Indiquer le chiffre du capital pour lequel vous désirez être garanti.

(1,20 0/00) 1° en cas de mort.
(1,15 0/00) 2° en cas de mutilation ou infirmité permanente.

Etes-vous droitier ou gaucher ?

Date et lieu de naissance :

Nom (du ou des bénéficiaires en cas de mort) :

Date :

Signature

pour ne pas être français, ne se sont pas montrés moins généreux, bien au contraire. Non seulement ils ont donné sous la forme anonyme, par leur groupement l'*American Dental Club*, mais ils ont souscrit personnellement de la façon la plus large. Je nommerai W. Davenport, Heidé, Hugenschmidt, Field Robinson et je terminerai par le plus fervent apôtre de l'AIDE CONFRATERNELLE, Hayes. Sous la forme discrète et anonyme d'amis d'outremer, il a remis dernièrement au Comité 16.000 francs ; renseignements pris, il m'est possible d'affirmer que la plus grosse partie de cette somme émane de notre cher collègue. Inlassable pourvoyeur de souscripteurs, il n'est pas satisfait d'ajouter sans cesse des noms à la liste de ses recrues, il donne encore et toujours, prélevant largement sur ses deniers.

Mais où s'arrêter dans cette énumération ? Tous les confrères qui ont donné ne sont-ils pas des bienfaiteurs ? N'ont-ils pas chacun leur part de mérite ? Quelquefois, certains ont plus de mérite à donner peu que d'autres à donner beaucoup.

Grâce à cet élan d'esprit généreusement solidaire, la profession a édifié une œuvre solide, stable, rendant de réels services, elle peut en être fière.

Malheureusement, les événements qui contribuent à augmenter sans cesse les difficultés de l'existence diminuent la valeur de l'effort produit et me contraignent à supplier tous les confrères de ne pas s'arrêter là. En effet, le Comité a émis la pensée d'essayer de remplacer matériellement le père mort pour protéger notre vie, notre indépendance et nos familles. Or, que faisons-nous ? Nous distribuons cent francs par mois à chaque enfant. Si l'on pense à la puissance d'achat de cette somme, il est possible de soutenir qu'elle correspond à peine à 25 francs d'avant guerre, c'est-à-dire moins d'*un franc par jour*. Pouvait-on, même à cette époque, élever convenablement un enfant à ce prix ? Certainement non, donc nous manquons à notre promesse de remplacer matériellement le père qui n'est plus.

Il est de toute nécessité que la profession redouble d'efforts ; je sais bien que nous sommes tous accablés par de lourdes charges, mais quel est le sacrifice à faire ? Bien peu de chose, un timbre poste chaque jour (0 fr. 25), à la fin de l'année nous aurons 100 francs par confrères et 400.000 francs pour 4.000 dentistes ; beaucoup plus qu'il n'en faut pour doubler la mensualité de mes chers petits.

Seulement pour cela il faut arriver à déterminer *tous les confrères* à souscrire ; c'est là que réside toute la difficulté : *savoir intéresser toute la profession à nos pauvres petits orphelins*.

Quarante-deux groupements professionnels constitués ou résultant de manifestations momentanées ont souscrit à l'œuvre, tant

en France qu'à l'étranger, l'AIDE CONFRATERNELLE est donc bien connue.

A la suite d'articles publiés dans tous les journaux spéciaux, en particulier dans l'*Odontologie* et la *Revue Odontologique* qui nous ont offert une large hospitalité, enfin grâce surtout aux démarches des membres du Comité, auxquels j'ai exprimé ma reconnaissance, de grosses souscriptions personnelles ont été recueillies, mais j'ose à peine dire le nombre des souscripteurs. Tant en France que dans toutes les parties du monde jusqu'à ce jour il ne s'est pas trouvé plus de *quatre cent soixante confrères* s'inscrivant personnellement sur les listes de l'AIDE CONFRATERNELLE. Ce nombre représente à peine le dixième des dentistes de France, et cependant il comprend une centaine de confrères des autres nations, ce qui réduit considérablement la proportion des confrères français.

Comment décider ceux qui se sont abstenus à modifier leur attitude, à se donner cette joie du devoir accompli en participant à l'œuvre de charité ?

Quels que soient les avantages qu'ils peuvent tirer des sommes qu'ils n'ont pas versées, peut-on les comparer à cette satisfaction sublime de faire œuvre de solidarité envers de pauvres enfants dont les pères ont fait un rempart de leurs poitrines pour protéger nos propres enfants et nos familles.

Faudrait-il donc, que voyant le dénuement de ces pauvres petits, ces confrères qui ont atteint la limite extrême du dévouement regrettent, sous la terre qui les couvre, le sacrifice qu'ils ont fait si noblement ?

Mais je suis convaincu que les nombreux confrères qui n'ont pas encore souscrit n'ont pas eu un seul instant l'idée de s'abstenir. La charité et la générosité sont des vertus françaises qu'ils ont comme tous ; mais ceux qui nous connaissent ont remis chaque jour au lendemain l'envoi de leur souscription. D'autres, plus nombreux encore, n'ont pas eu sous les yeux les articles concernant l'AIDE CONFRATERNELLE et n'ont pas été sollicités par des confrères la connaissant.

Il est de toute nécessité pour remédier à cette immense lacune que tous ceux qui ont souscrit soient convaincus qu'ils ont un autre devoir à remplir envers notre Œuvre : se transformer en propagateurs actifs et chaque fois qu'ils sont en contact avec d'autres confrères aborder cette question d'assistance aux orphelins victimes de la guerre.

La souscription de tous les praticiens de France est le seul moyen de donner à l'AIDE CONFRATERNELLE, la perfection qui parera toute notre profession d'une noblesse de sentiment qui lui sera universellement enviée.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Cernéa, secrétaire général de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par le décès de son frère le Dr Marcel Cernéa, mort subitement le 19 mai.

Les obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité à Etoges (Marne).

***

Notre confrère M. Chollou, de Boulogne-sur-Seine, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir le chagrin de perdre son jeune fils Bernard, âgé de 6 ans.

Nous adressons à ces confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Nomination de dentistes militaires. — Par décision ministérielle, en date du 2 mars 1925, les dentistes militaires de 2e classe de réserve ci-après, libérés du service actif par application de la loi du 22 décembre 1924, reçoivent les affectations suivantes :

Au 7e corps d'armée. — M. le dentiste militaire de 2e classe Walter (Paul-Edouard), de l'armée française du Rhin.

Au 9e corps d'armée. — M. le dentiste militaire de 2e classe Jayer (Jean-Jacques), du 9e corps d'armée.

Au 12e corps d'armée. — M. le dentiste militaire de 2e classe Garzo (Louis-Henri-Joseph), du 18e corps d'armée.

Au 14e corps d'armée. — M. le dentiste militaire de 2e classe Denis (Jean-Louis-Pierre), du 1er corps d'armée.

Au 20e corps d'armée. — M. le dentiste militaire de 2e classe Rosentiel (Marcel-Louis), de l'armée française du Rhin.

(*Journal officiel* du 8 mars 1925).

Récompenses. — L'Ecole dentaire de Paris a pris part à l'Exposition annexée au 3e Congrès international de médecine et de pharmacie militaires et y a obtenu la mention *Hors concours, Membre du Jury*, avec deux médailles d'or pour des collaborateurs, MM. Blatter et Crocé-Spinelli.

Société d'Odontologie de Paris. — A l'occasion du Congrès de médecine et de pharmacie militaires la Société d'Odontologie de Paris a organisé *des Séances de Démonstrations Pratiques pour le mercredi 22 et le Dimanche 26 avril, à 9 heures du matin,* à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

22 Avril

1° Visite de l'Ecole dentaire de Paris.
2° M. Huguet : Présentation des travaux des élèves du stage.
3° M. Morineau : Traitement pratique de l'or platiné. — Amollissement. — Durcissement.
4° M. Navarro : Présentation des travaux des élèves de 1re année.
5° M. Tacail : Présentation d'un appareil d'orthodontie à marche automatique.

26 Avril

M. Cottarel (Nizier). — Fixation supplémentaire des couronnes pour le cas de bridges étendus.
M. Debray. — Technique de la séparation des racines préalablement à l'extraction.
Dr Delater. — Présentation des travaux du laboratoire de bactériologie.
Mlle Eustache. — Redressements. Orthodontie.
M. Guichard. — De la prise des empreintes au point de vue de la détermination de l'étendue des contours des appareils plastiques à plaque.
M. Huguet. — }
M. Morineau. — } Même programme que le 22.
M. Navarro. — }
M. le professeur Retterer. — Présentation de pièces histologiques dentaires au laboratoire de biologie.
M. Roy. — Présentation de malades et opérations.
M. Texier. — Présentation de radiographies bucco-dentaires.
M. G. Villain. — Ancrage élastique des prothèses partielles.

***

La Société a tenu sa séance mensuelle le mardi, 5 mai, à 8 h. 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :
1° Professeur Duvoir. — Art dentaire et médecine légale.
2° Dr M. Roy. — Abcès palatin d'origine non dentaire.

3° Dr Bonnet-Roy. — A) Résection d'une plaque de leucoplasie linguale par décortication.

B) Un cas de corps étranger du canal de Wharton.

4° Incidents de la pratique journalière.

Elections municipales. — M. Marquet, chirurgien-dentiste, député et conseiller général de la Gironde, a été élu en tête de liste aux élections municipales de Bordeaux et nommé maire de cette ville.

M. Cayrel, chirurgien-dentiste, député et conseiller général de la Gironde, a été élu au Conseil municipal du Bouscat (Gironde).

M. Pinèdre, chirurgien-dentiste, conseiller d'arrondissement de la Gironde, a été élu au Conseil municipal de Bordeaux et nommé maire adjoint de cette ville.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Syndicat des dentistes du Rhône et des régions voisines. — Le Bureau du Syndicat est ainsi composé pour 1925 :

Président, Dr Bouchard ; *Vice-président*, Dr Quintero ; *Secrétaire général*, M. Raton Marius ; *Secrétaire des Séances*, M. Barbier ; *Trésorier général*, M. Vicat ; *Trésorier adjoint*, Dr Pont ; *Archiviste*, M. Aveyron.

Mariage. — Le mariage de M. Marcel Rachet, élève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Suzanne Doucet, a été célébré le 14 avril 1925 à Honfleur.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Naissance. — M. et Mme Anthelme Cottarel (Neuilly-sur-Seine), nous font part de la naissance de leur fille Pierrette.

Nous leur adressons nos félicitations.

ERRATUM

Dans le n° de février 1925, p. 136, ligne 23, lire : en cas de fistule disparition de *celle-ci* ; ligne 29, lire : tissu de *granulation* ; ligne 30, lire également : tissu de *granulation*.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, ou à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — Le Service de radiographie est à la disposition de tous les praticiens pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert tous les matins, de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
45, *Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX*e

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS[1]

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis, nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles, et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés ; en effet, ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une idée des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès*, afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Association générale syndicale des Dentistes de France

45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS [1]

Nom ..... prénoms .....
membre ou épouse de membre de l'A. G. S. D. F.[2],
né... le ..... à ..... département .....
domicile actuel : .....
à ..... département .....

Je soussigné..., déclare, après avoir pris connaissance des statuts et les accepter sans réserve.

1° Faire partie de l'A. G. S. D. F.[3] comme membre .....
Que mon mari est membre ..... de l'A. G. S. D. F.[4].

2° Être en parfait état de santé ;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de

.....

adresse .....

4° M'engager à verser 10 francs plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'A. G. S. D. F. en déposant à la présente la somme de 12 fr. comme droit d'entrée (art. 3).

\+ .....

Signature :

\+ *Mettre à la main au-dessus de la signature les mots :* LU ET APPROUVÉ.

1. Le Règlement de l'Aide immédiate en cas de décès a été publié dans le numéro de janvier 1925 du Journal *L'Odontologie*.

2. Effacer la formule inutilisée.

3. Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré à 2 fr. 40 son ou ses bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc. ;

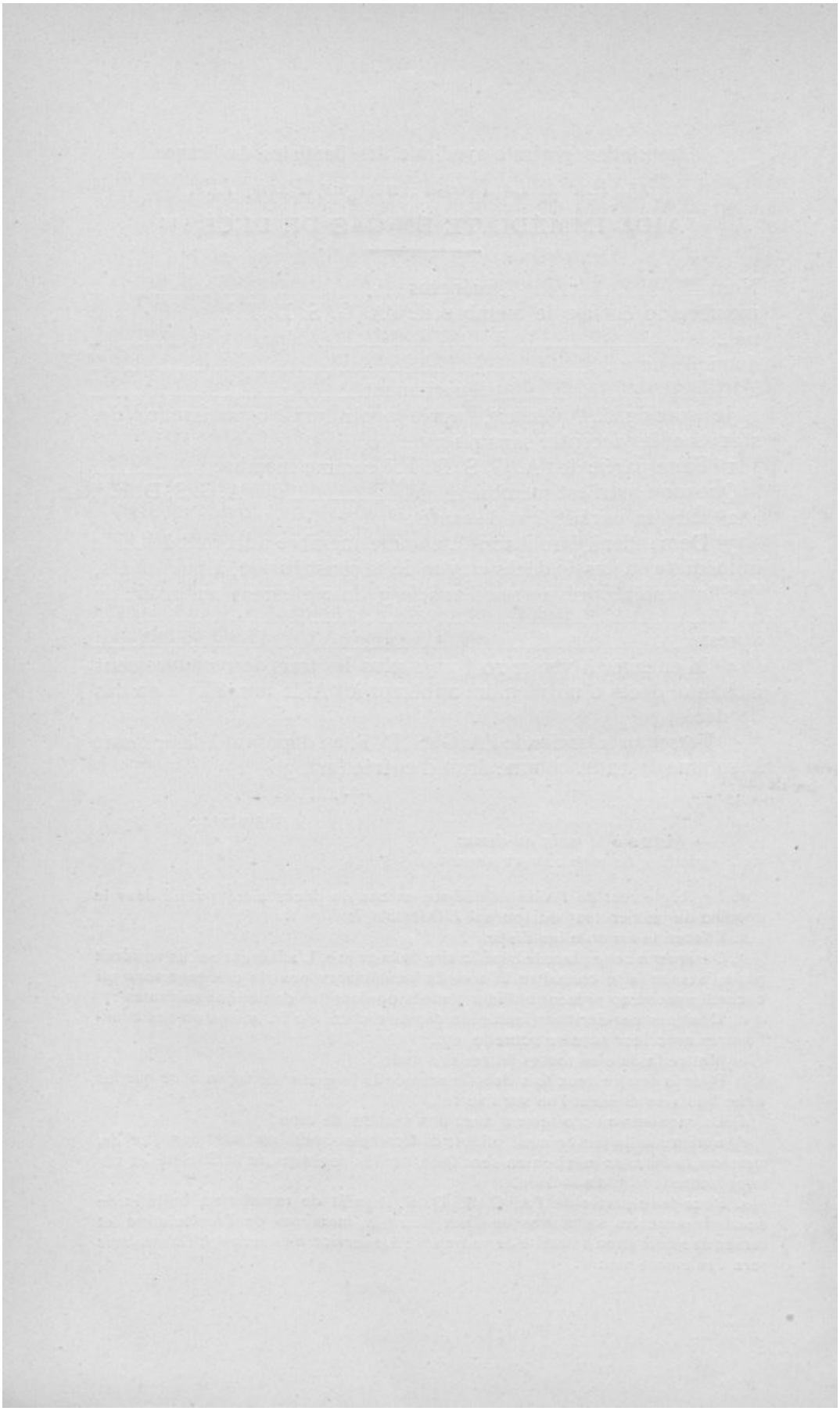
b) Mettre la date en toutes lettres et signer ;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon à ce que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre ;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire ;

e) Écrire sur la feuille ainsi pliée : *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau* ; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

4. Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association, et verser une cotisation annuelle de 30 francs : Le service du Journal *L'Odontologie* sera également assuré.



45e ANNÉE. N° 6. 30 JUIN 1925. VOL. LXIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE MANUSCRIT DE PIERRE FAUCHARD

Par G. VIAU D. E. D. P.

Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris

(Communication au Congrès de Liège, 1924).

616.314 (09)

Fauchard dans la préface de son livre dit que son manuscrit était terminé en 1723.

Je suis heureux de profiter du Congrès de Liége pour vous présenter l'historique de la découverte de ce manuscrit et de l'étude que j'ai pu en faire.

Tout d'abord je crois devoir indiquer comment j'ai été amené à la conviction de l'existence de ce manuscrit.

Par un catalogue ancien de vente de bibliothèque j'avais appris que le manuscrit de Fauchard existait et qu'il avait fait partie de la collection J. R. Duval, praticien des plus qualifiés, membre de la Société de chirurgie de Paris en 1813 et plus tard membre de l'Académie royale de Médecine. Duval est l'auteur de plus de vingt ouvrages ou mémoires se rapportant à notre spécialité. Toutefois je n'avais pas retrouvé la trace de ce précieux document, malgré mes recherches, notamment à la Bibliothèque Nationale.

Or, un jour que j'étais à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris pour consulter l'ouvrage rarissime d'Urbain Hémard, publié à Lyon en 1582, l'idée me vint de demander à tout hasard et par acquit de conscience le manuscrit de Pierre Fauchard. Je libellai le bulletin de demande, je le remis à l'employé et, à ma profonde stupéfaction, quelques minutes après, ce manuscrit était déposé devant moi ! Je laisse à penser la joie intense que j'éprouvai !

Ceci se passait en 1892.

J'eus donc tout le loisir d'étudier ce manuscrit et si je n'ai pas dévoilé à ce moment ma découverte, c'est que je comptais déjà à cette époque me livrer à une étude complète de l'ouvrage, travail terminé depuis longtemps, mais que les circonstances ne m'ont pas permis de communiquer plus tôt. C'est dans ce travail que je me réservais de signaler ce que je viens de rapporter.

Comme nous venons de le dire, Fauchard signale dans sa préface que son ouvrage était prêt à être imprimé dès 1723 mais que ses occupations professionnelles l'empêchèrent de le faire éditer à ce moment. Cette raison fut-elle la seule? Malgré tous les mérites qu'il pouvait reconnaître à son travail au point de vue professionnel, Fauchard, dont les humanités avaient été rudimentaires, n'a-t-il pas hésité d'abord à confier à l'imprimeur un ouvrage où les pensées justes abondaient à coup sûr, mais dont la tenue littéraire et le rapport avec l'état de la science contemporaine pouvaient paraître insuffisants. Il était trop intelligent et de trop grand mérite pour ne pas s'être aperçu des lacunes que pouvait contenir son œuvre première et pour n'avoir point souhaité de les combler.

La modestie dont il fait preuve dans maints passages de son livre et la déférence qu'il témoigne toujours aux sommités de la médecine ou de la chirurgie ne permettent pas de croire qu'un vain amour-propre d'auteur ait pu l'arrêter dans la collaboration utile avec une érudition amie.

L'étude du manuscrit de Fauchard, sur laquelle se grefferont des renseignements venant d'autres sources, va répondre à cette question.

A diverses reprises, je pus prendre connaissance de ce manuscrit et tirer de son étude quelques déductions que je vais exposer ici.

Voici du reste ce que j'en disais déjà en 1893, dans la préface de la 1re édition du « *Guide pratique et formulaire pour les maladies de la bouche et des dents* » que je publiais alors.

« J'ai eu la bonne fortune de parcourir récemment le manuscrit original de l'ouvrage de Pierre Fauchard ; on peut voir avec quel soin, avec quelle conscience, l'auteur l'avait élaboré. Le travail a été recopié d'une belle écriture, lisible et correcte. Fauchard a lu, relu, complété son manuscrit avant de le livrer à l'impression.

« Ici il fait une rature, modifie une opinion qui lui semble hasardée ; là il ajoute une observation ; ailleurs il déplace un chapitre, intercale une description d'instrument. Ce n'est pas une compilation menée à la hâte par un écrivain disert qui a beaucoup lu, c'est le travail méthodique d'un praticien qui se passionne pour son art, tient à être sûr de ce qu'il avance et conserve pour sa spécialité les forces vives de son intelligence. »

***

Le manuscrit de Fauchard porte le n° 2.232 des manuscrits et se compose d'une série de cahiers brochés, dont les feuillets, au nombre de 400 environ, ont trente-deux centimètres de haut sur vingt-deux de large. Ils sont écrits au recto et au verso et chaque page a 7 centimètres de marge.

A la première page, au-dessous du titre, se trouve une annotation qui indique que ce manuscrit précieux fut en la possession de J. R. Duval.

D'après la même annotation, J. R. Duval fit don du manuscrit à René Marjelin, son petit-fils, également médecin, mais qu'il ne faut pas confondre avec Marjelin le père, qui fut une grande célébrité médicale.

On remarque trois sortes d'écritures dans ce manuscrit : d'abord, par rang d'importance, celle d'un copiste, grande, bien soignée, très lisible. Les adjonctions sont en majeure partie d'une seconde écriture, ainsi que des pages assez longues intercalées dans le manuscrit. Cette écriture peu régulière tranche grandement sur la première et doit être celle de Fauchard.

Si ces pages et ces adjonctions marginales n'étaient pas

reconnaissables à leur écriture moins correcte, elles le seraient par leur orthographe souvent rudimentaire. Nous avons vu plus haut que Fauchard, obligé de bonne heure à travailler pour vivre, n'avait sans doute qu'une instruction élémentaire. Toutefois nous devons faire remarquer qu'au commencement du XVIII[e] siècle, l'orthographe était passablement négligée et cela n'avait pas la même importance qu'aujourd'hui.

Enfin une nouvelle écriture se remarque dans les annotations marginales et les corrections écrites directement par Fauchard. Cette troisième écriture est certainement celle d'un correcteur érudit, auquel Fauchard aura soumis son manuscrit, probablement un de ces correcteurs bénévoles auxquels il fallait nécessairement des connaissances générales sur la matière pour pouvoir se bien pénétrer de la pensée de l'auteur. Or, nous voyons par l'examen du manuscrit que les annotations concernant les parties scientifiques ou plus particulièrement chirurgicales sont en beaucoup plus grand nombre dans le premier tome que dans le second, lequel traite plutôt de la prothèse.

De ce fait, nous pouvons induire que ce collaborateur était un chirurgien non spécialiste, à même de bien traiter des faits généraux exposés dans l'ouvrage, mais auquel la prothèse était matière totalement inconnue. Néanmoins, nous en serions sur ce sujet, réduit aux hypothèses si nous n'avions d'autre part des renseignements qui corroborent nos déductions et nous donnent le mot de l'énigme.

En premier lieu nous devons constater que, parmi les approbations de son livre, placées en tête du premier tome et qui toutes émanent de sommités de la chirurgie ou de la médecine de l'époque, il s'en trouve une particulièrement motivée, qui échappe à la banalité des autres, et qui montre que son auteur est plus pénétré de l'importance du sujet traité : c'est celle de Devaux, chirurgien juré et ancien prévôt de la Compagnie.

Devaux, né à Paris en 1649, mort en 1729, était donc déjà très âgé, en 1724, date de l'approbation en question.

Devaux, qui fut surtout en quelque sorte le littérateur de sa profession, est l'auteur d'une foule d'ouvrages, notamment *Le Médecin de soi-même ; Les aphorismes d'Hippocrate* (1725-27), etc... il publia en outre et vulgarisa de nombreux ouvrages anciens, entre autres *L'Anatomie de Dionis* qu'il enrichit de planches nouvelles et de ses réflexions. Cette anatomie eut un succès particulier, puisque l'Empereur de Chine Khang-Hi (1662-1723), de la dynastie tartare-mandchoue des Thsing, chargea le Père jésuite Pérennin de la faire traduire en langue tartare, traduction à laquelle furent employés trois mandarins, deux écrivains et deux peintres des plus habiles pour les figures.

Devaux était donc bien l'homme qu'il fallait à Fauchard pour l'aider à mettre son œuvre au point et à en tirer tout le parti possible. Comme le faisait remarquer Pierre Sue le jeune maître en chirurgie et professeur à l'Ecole pratique, dans son panégyrique de Devaux en 1722 : « Il excellait à l'extrait raisonné des différents ouvrages, à s'en approprier la substance et à en tirer pour ainsi dire, le suc. »

Nous devons en outre faire remarquer que l'approbation de Devaux, datée de mars 1724, devance de beaucoup les autres approbations du livre. Car celles de Winslow, Huguet, Helvétius, de Jussieu, ainsi que le privilège du Roy, et des prévôts, gardes et receveurs en charges, sont datées de 1725 à 1728. Ce sont de véritables approbations officielles.

Devaux, intelligence alerte, malgré son âge, et certainement dans l'intimité de Fauchard, fut frappé de la réelle valeur de l'ouvrage, mais il dut faire à son auteur les remarques et les critiques qu'autorisaient son savoir et son expérience, et il motiva certainement ainsi le retard apporté par Fauchard à l'édition de son livre (1728).

Mais une preuve plus réelle domine ces présomptions établies par l'étude du manuscrit. En effet, à la page 53 du panégyrique rappelé plus haut, Pierre Sue, dans l'examen des ouvrages qui passèrent par les mains de Devaux dit :

« On prétend, et non sans raison que M. Devaux a eu beaucoup de part à un ouvrage de M. Fauchard. »

Cet ouvrage, qui s'est toujours soutenu jusqu'ici, malgré les progrès qu'on a faits dans cette partie de l'art de guérir, avait besoin de la plume de notre auteur pour être en état de paraître au jour ; et c'est là le moindre service qu'ait rendu à M. Fauchard, dans cette occasion, M. Devaux. Car il fit aussi à l'ouvrage des corrections, inséra des observations qui n'appartenaient qu'à lui. L'approbation qu'il a donnée est aussi très motivée et suffit seule à prouver qu'il n'y avait qu'une personne ayant mis la main à l'ouvrage qui pût donner une approbation aussi circonstanciée.

Toutes ces preuves nous permettent donc d'admettre que Devaux fut bien le collaborateur de Fauchard, tout au moins pour la mise en œuvre des matériaux amassés.

Quel que soit l'apport de Devaux, ce qui appartient bien en propre à Pierre Fauchard, comme chacun peut le constater en étudiant son livre, c'est sa sagacité d'observation, sa hardiesse, sa dextérité, ainsi que son ingéniosité dans la chirurgie dentaire et la prothèse.

Il fut pour la première fois fait allusion à cette collaboration par un dentiste allemand, Johann J. J. Serre (1759-1830), dans son livre : Praktische Darstellung der Zahnarztneikunst, publié à Berlin en 1803. Cet auteur dit en substance que Fauchard n'était pas l'auteur du *Chirurgien-dentiste* ou *Traité des dents ;* ce serait, ajoutait-il, un certain M. de Vaux, chirurgien juré à Paris, qui aurait écrit le livre, Fauchard y aurait simplement collaboré pour la partie *Observations*.

Il est difficile de manquer davantage de jugement et de compréhension ! En effet, Johann J. J. Serre, qui est considéré en Allemagne comme un des plus savants et des plus habiles praticiens de l'époque, aurait dû se rendre compte que toute la technique exposée dans l'ouvrage de Fauchard était bien propre à ce dernier, tandis que la part de Devaux consistait uniquement dans un apport littéraire.

Par contre, de nos jours Geist Jacobi, autre auteur allemand, dans sa *Geschichte der Zahneilkunde* (1896), rend à Fauchard l'hommage qui lui est légitimement dû, et en

faisant allusion à l'insinuation malveillante de son compatriote, il ne semble pas trop y croire.

En 1824, W. Brück, de Breslau, publie une étude très savante dans laquelle, en adressant de grands éloges à Fauchard, il le considère comme le créateur de la dentisterie moderne.

En France *La Notice sur l'histoire de l'art dentaire* de notre excellent ami Lucien Lemerle (Paris, 1900) présente une étude très consciencieuse de l'ouvrage de Fauchard.

Mais c'est surtout aux États-Unis que l'œuvre de Fauchard a été le plus appréciée et le plus commentée, bien que son livre n'ait pas été traduit en langue anglaise. Le premier, Chapin A. Harris, un des noms les plus justement illustres de la profession, a commenté cet ouvrage, en en faisant ressortir toute l'importance. Après lui, W. H. Truman a étudié en détail les méthodes de Fauchard qu'il citait en exemple, et a compris et apprécié comme il convenait la collaboration de Devaux.

Plus récemment Charles Mac Manus et Burton Lee Thorpe ont analysé à leur tour le *Chirurgien-dentiste* et proclamé son auteur le père de la dentisterie moderne.

C'est sur cette reconnaissance par nos confrères des États-Unis de la haute valeur et du grand mérite de notre illustre précurseur, auquel ils ont voué un culte tout particulier et pour lequel ils professent une admiration sans bornes, que je terminerai cet exposé, en vous remerciant d'avoir bien voulu lui réserver bon accueil.

TRAITEMENT THERMIQUE DE L'OR PLATINÉ. AMOLLISSEMENT. DURCISSEMENT

Par T. MORINEAU.

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 7 avril 1925*).

669.21.

En prothèse métallique on peut dire que, sauf quelques cas particuliers, l'idéal est de construire nos appareils en leur donnant le maximum de résistance avec le minimum de poids et d'encombrement.

Déjà cette question me préoccupait lorsque je présentais à la Société d'Odontologie la plaque de dentier en or armé, procédé qui consiste à modifier l'architecture moléculaire de la plaque par la présence à l'intérieur de l'or coulé d'un renfort estampé.

Cette question de résistance me préoccupe encore aujourd'hui, mais cette fois, les recherches entreprises n'ont pas pour but d'obtenir une meilleure architecture de la plaque base, elles tendent à déterminer le meilleur alliage d'or à employer et la meilleure technique appropriée à cet alliage pour conserver et augmenter la résistance du métal.

Il y a une quinzaine d'années on employait presqu'exclusivement l'or à 18 carats ou le platine — mais le platine à cause de son prix très élevé est abandonné. — Quant à l'or à 18 carats, beaucoup de praticiens, justement à cause de sa malléabilité à l'estampage et de ses qualités de coulée, ne le trouvent pas assez rigide et élastique.

Aussi les métallurgistes de la profession dentaire, en Amérique principalement, cherchèrent à obtenir des alliages d'or platiné plus résistants que l'or à 18 carats couramment employé. Ils y parvinrent, et il existe un nombre croissant de nouveaux alliages, mais si leur usage ne se généralise pas davantage c'est que l'on constate que les travaux exécutés en or platiné sont rigides, mais cassants et ne résistent pas à un gros effort de flexion.

Nous pensons qu'on n'a peut-être pas su appliquer à l'or platiné une technique appropriée susceptible d'en tirer le meilleur parti.

En effet, qu'il s'agisse de coulée, d'estampage et particulièrement de recuit, on travaille l'or platiné exactement comme l'or à 18 carats ; ce sont cependant des alliages, des métaux différents, possédant des qualités différentes, nécessitant vraisemblablement des techniques différentes.

De ces alliages d'or platiné nous ne connaissons encore que peu de chose, et il n'existe aucun travail scientifique qui leur soit consacré et où leurs propriétés soient étudiées avec précision et méthode, alors qu'il y a une véritable bibliothèque sur les aciers, par exemple, et des centaines de brevets concernent leur constitution, leur traitement, l'amélioration des procédés de fabrication !

Il nous a paru intéressant pour la profession d'entreprendre quelques recherches sur l'or platiné et vous communiquer les résultats de ces modestes travaux est le but de cette communication.

Je rappellerai brièvement que les différents alliages d'or employés en prothèse et en orthodontie nous sont livrés dans le commerce sous forme de plaques et de fils ; ils ont subi le laminage et l'étirage, ils sont écrouis.

Cette modification de leur état moléculaire primitif leur donne une meilleure homogénéité et augmente la ténacité, l'élasticité, la dureté.

Il faudrait pouvoir travailler ces alliages en leur conservant ces précieuses qualités, mais ils ne sont pas ainsi assez souples, assez malléables. On est obligé de les amollir en les chauffant au rouge pour leur faire subir l'estampage, le boutrollage ou la torsion.

De plus, il peut être nécessaire de les souder à d'autres parties métalliques.

Au recuit ou à la soudure ils perdent en partie leurs qualités premières d'élasticité, de dureté et de ténacité, leur état moléculaire est modifié.

A l'heure actuelle, à part le martelage, l'estampage et

l'écrouissage à la pince, il n'existe pas de procédé pour rendre aux alliages d'or recuits et mollis leurs propriétés de métaux écrouis.

Cependant, l'or platiné et particulièrement *l'or platiné à teneur en platine d'environ* 8 *à* 10 o/o possède la propriété de pouvoir être durci et *rendu rigide*, après mollification, façonnage ou soudure, par le procédé du *recuit au ralenti en vase clos*.

Cette propriété est connue de certains métallurgistes de la profession, et on peut citer à ce sujet une tentative faite par la Maison S.S. White, qui a fabriqué un petit appareil imaginé par le docteur Hawley pour recuire les arcs de redressement dans le but de les rendre rigides.

Le résultat obtenu est peut-être positif, mais aucune donnée précise n'est fournie sur la composition du métal à recuire, sur la température, sur le temps nécessaires.

Essayons de préciser la technique qu'il convient d'employer avec l'or platiné.

Pour façonner l'or platiné, par exemple, pour exécuter la torsion d'un fil, il faut toujours obtenir (et plus que pour l'or à 18 carats) une mollification préalable rationnelle pour éviter la félure ou le déchirement moléculaire sous l'effort de la pince, ce qui rend naturellement le métal cassant à l'endroit de la torsion.

Cette mollification de l'or platiné ne doit pas se faire avec l'empirisme habituel, car s'il est généralement admis que l'or platiné est cassant, est-on certain de l'avoir travaillé avec des procédés qui lui conservent son architecture moléculaire ?

La présence de platine dont le point de fusion est très élevé peut jouer un rôle important dans la cristallisation moléculaire. Comment se comportent et réagissent l'or, le platine, l'argent et le cuivre en présence ?

Nous avons affaire à un alliage quaternaire et ce mélange (ou cette combinaison) est un véritable corps nouveau dont les physiciens connaissent encore peu les propriétés et dont les examens micrographiques ne sont pas encore faits.

Ce qui a été remarqué, par exemple, c'est que le refroidissement de l'or platiné par immersion dans l'acide chlorhydrique, dans le but de le décaper, rend l'or platiné cassant.

De même la présence de zinc dans les soudures employées le rend également cassant, soit par influence catalytique, soit qu'il s'agisse là de phénomènes électrolytiques ; ces divers métaux en présence formant peut-être, dans le milieu buccal acide, les éléments d'une pile.

Pour obtenir la mollification préalable à tout travail du métal, il est indispensable de le porter progressivement au rouge cerise, de l'y maintenir un certain temps à l'aide de la flamme molle du chalumeau en plaçant le métal de telle façon que la totalité de la surface de la pièce à recuire repose sur du charbon de bois, puis sans que l'or platiné ait le temps de refroidir, de le plonger rapidement dans un bain d'alcool.

Il ne faut pas recuire en tenant la pièce à l'air libre à l'aide d'une précelle, la température peut ne pas être uniformément répartie et, par endroits, le métal chauffé à l'excès, s'aigrit, suivant le terme employé en fonderie.

Pour préciser les idées et comparer l'or platiné avec l'or à 18, recuisons deux fils d'or, l'un à 18 carats, l'autre en or platiné 10 o/o de platine, en les plaçant sur un charbon de bois monté sur un support muni d'un manche tenu dans la main gauche. Chauffons au rouge cerise et versons dans un bain d'alcool.

De rigides, les deux fils sont devenus malléables, on peut les façonner avec facilité.

DEUXIÈME PARTIE DE L'EXPÉRIENCE

DURCISSEMENT

Prenons une capsule de quartz qui peut se clore hermétiquement par un couvercle en cuivre rouge dont le fond est tapissé d'une plaque d'amiante.

Au centre du couvercle une fenêtre en mica permet de voir à l'intérieur lorsqu'il est placé sur la capsule.

Cette capsule de quartz est supportée par un trépied au centre duquel se place un chalumeau.

Plaçons ces fils dans la capsule de quartz que l'on clôt à l'aide du couvercle et chauffons progressivement au chalumeau jusqu'à ce que les fils d'or soient portés au rouge sombre, ce qui s'observe à travers la fenêtre de mica du couvercle. Puis laissons refroidir le tout le plus progressivement et le plus lentement possible.

Plus le refroidissement est progressif et lent, plus l'or platiné récupère ses propriétés de métal écroui. A cet effet, laissons un brûleur sous la capsule de quartz, dont nous baisserons progressivement la flamme jusqu'à l'éteindre.

Revenu à la température ambiante le fil d'or à 18 carats sera aussi mou qu'avant, le fil d'or platiné, au contraire, *sera devenu rigide* !

Recommençons l'expérience avec les mêmes fils. Mollissons-les par recuit sur charbon de bois et immersion dans l'alcool.

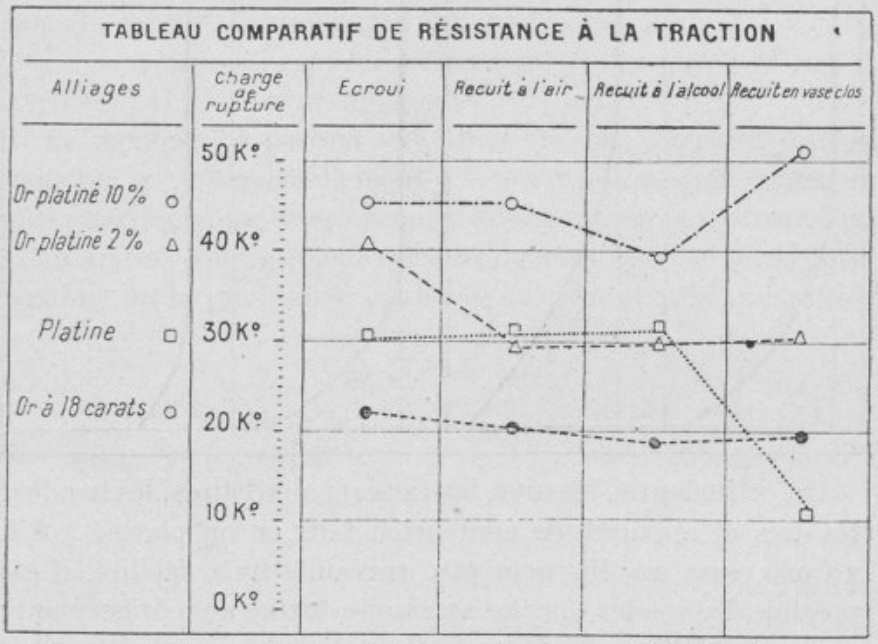
L'or à 18 mou reste mou.

L'or platiné rigide devient mou.

Chauffons-les ensuite, comme précédemment dans la capsule de quartz close de son couvercle, laissons refroidir très lentement.

On constate que l'or à 18 est toujours mou et que l'or platiné est devenu rigide.

Dans l'état actuel de nos connaissances on ne trouve pas d'explication du phénomène, c'est là la constatation d'un fait, d'une propriété physique. Il se passe exactement le contraire de ce qui se passe avec l'acier, lequel durcit à la trempe et amollit au recuit ou revenu. Nous pensons qu'il se produit dans la capsule de quartz une sorte de cémentation comparable à la cémentation du fer [1].



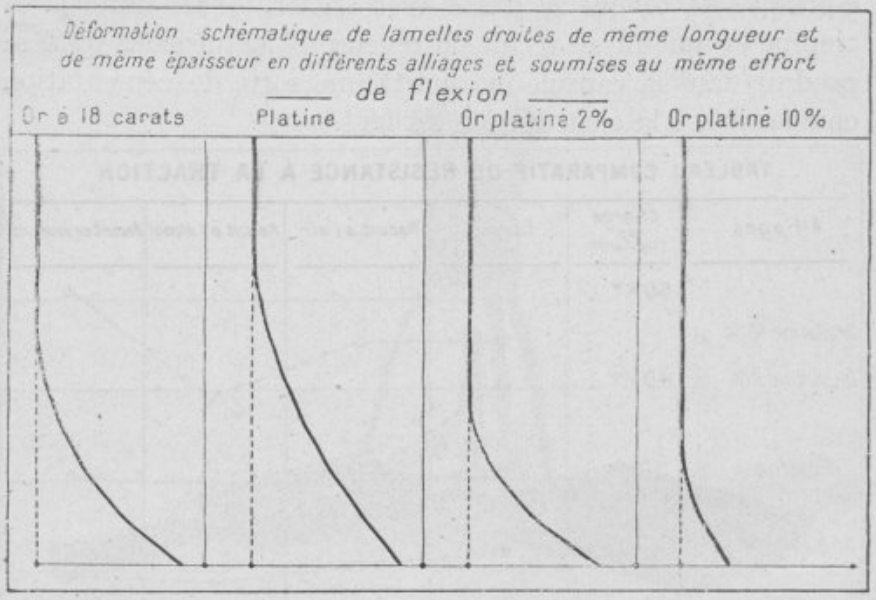
Le contrôle expérimental de cette propriété de durcissement de l'or platiné par le recuit au ralenti en vase clos est assuré par les essais suivants qui ont été faits avec la collaboration de M. Mantelet au laboratoire de métallurgie appliquée à l'art dentaire de la Maison Collignon, et dont nous

1. La cémentation du fer a pour but de transformer superficiellement en acier de cémentation le métal mis en contact direct avec du charbon en le portant à une haute température.

L'opération consiste à chauffer dans un four spécial ou caisse à cémenter des barres de fer forgé alternant avec des couches de charbon de bois. On ferme hermétiquement et l'on porte la température du creuset au rouge vif pendant une dizaine de jours. On laisse refroidir lentement avant de sortir le fer cémenté.

avons résumé les résultats obtenus dans les deux tableaux synoptiques ci-contre.

Les avantages du traitement thermique de l'or platiné sont intéressants, il donnera des résultats appréciables en orthodontie et en prothèse.



En orthodontie, les arcs, les ressorts auxiliaires, les bandes, les arcs et appareils de contention faits en or platiné à 8 à 10 o/o, sont amollis pour être travaillés avec facilité, il est possible d'y souder tous les accessoires utiles au redressement ; puis avant d'être placés ou fixés en bouche ils seront durcis par le recuit en vase clos.

En prothèse, pour les plaques de dentier estampées, armées, ou *coulées* après le dernier passage au feu du chalumeau, la pièce sera durcie, la porcelaine des dents artificielles ne courant aucun risque, puisque le refroidissement doit être très progressif.

Un résultat analogue sera obtenu avec les pièces du bas à fil ovale, les anneaux et crochets estampés, boutrollés ou coulés.

La résistance obtenue permettra dans tous ces travaux de diminuer l'épaisseur et le poids des appareils.

Conclusion.

A cause de sa résistance, l'or platiné de 8 à 10 o/o de platine sera employé de préférence à l'or à 18 carats dans les travaux où celui-ci est indiqué parce qu'il nous est possible de le rendre rigide par le traitement thermique.

L'or platiné pour ne pas être cassant doit être asservi avec précaution. Il faut l'amollir à l'alcool aussi souvent qu'il sera nécessaire pour ne pas déterminer à la torsion, à la pince ou sous le choc de l'estampage, une félure moléculaire.

Le décapage à l'acide chlorhydrique est contre-indiqué, si ce n'est par ébullition de l'acide.

Le meilleur or platiné sera celui qui ne s'oxydera pas en bouche, se prêtera facilement à l'estampage et à la coulée et qui, traité comme nous venons de l'indiquer (amollissement d'abord et durcissement ensuite), aura, sous le plus petit volume ou la plus faible épaisseur, la plus grande résistance.

DE L'ÉMAIL ET DE LA CARIE DENTAIRE

Par le Prof. RETTERER.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 10 avril 1925.*)

(Suite et fin.)

616.314.13

B. — *Dent de sagesse de la mâchoire supérieure.*

Grâce à l'amabilité du Dr Fargin-Fayolle j'ai pu étudier comparativement une dent de sagesse de la mâchoire supérieure, à peu près de même âge.

Voici la note que le Dr Fargin-Fayolle a bien voulu me communiquer :

« Jeune fille de 22 ans présentant une légère anémie et dont plusieurs dents étaient cariées (type d'hypocalcification d'après les idées courantes). La dent de sagesse de la mâchoire supérieure a fait éruption vers 20 ans et a dévié en dehors (*vestibulo-version*). Aucun accident ni à l'éruption ni depuis. Cette dent n'avait aucun contact articulaire avec les dents d'en bas, et, c'est l'anomalie de position qui a motivé son extraction ».

Longue de 18mm, elle avait une racine longue de 12mm et une couronne haute de 6mm. Trois tubercules se trouvaient sur la couronne dont le diamètre antéro-postérieur était de 10mm et le diamètre latéral de 8mm.

L'épaisseur de l'émail est considérable ; elle est de 1mm 5 sur les tubercules, et de 1mm 2 dans la fossette centrale et les sillons. Sur les côtés de la couronne, l'émail diminue rapidement d'épaisseur en approchant du collet. Partout cet émail montre une couche superficielle de 0mm 1 qui se colore en noir ; elle me semble due à l'absence d'usure, c'est-à-dire qu'elle manque sur les dents qui triturent où elle desquame, tandis que sur les dents de sagesse qui ne triturent point l'émail se transforme, en évoluant, en une couche desquamante. La couche de transition entre la dentine et l'émail est épaisse de plusieurs μ à 10 μ.

De prime abord, la présence d'un émail épais qui sur une dent qui ne triture point, dont la couronne est soustraite à l'action mécanique, semble plaider en faveur de la théorie selon laquelle le développement de l'émail est la conséquence de l'évolution d'un organe spécial, préexistant.

Cependant les animaux qui avalent leur proie sans la mâcher n'ont pas de dents émaillées (tatou) ou seulement une très mince couche d'émail (dauphin) ; l'émail est d'autant plus épais sur les dents des animaux que ces derniers font usage d'aliments plus durs (herbivores). D'autre part, l'émail n'est épais que de 0^{mm} 1 à 0^{mm} 2 sur les dents qui vont percer, alors que les prétendus adamantoblastes ont disparu. Comment, dans ces conditions, l'émail peut-il, sur la dent percée, s'accroître en étendue et en épaisseur ? Il n'y a qu'une possibilité, c'est que l'émail s'épaissit grâce aux couches superficielles de la dentine se transformant en émail sous l'influence du facteur mécanique. Et pour les dents de sagesse, soustraites à la trituration, qui se développent dans la mâchoire jusqu'à la 16e année et plus tard, elles sont obligées pour se faire jour au dehors d'user ou de déchirer une épaisse sous-muqueuse constituée de trousseaux fibreux. En s'accroissant, elles pressent contre ce mur qui exerce une contre-pression sur la dent. Celle-ci se comporte comme font les tendons et les cartilages exposés aux excitations mécaniques : la dentine réagit en se transformant en une substance plus dure, l'*émail*, dont l'épaisseur atteint celle d'une dent qui triture.

La dent de sagesse de la mâchoire inférieure se trouve de plus placée dans des conditions particulières.

Outre la sous-muqueuse et la muqueuse plus fermes et plus résistantes, la dent de sagesse de la mâchoire inférieure rencontre un obstacle plus sérieux : le tissu osseux compacte de la tubérosité maxillaire ; de là les accidents de la dent de sagesse de la mâchoire inférieure.

Je conclus : les divers tissus de la dent ont une seule et même origine. La portion périphérique de l'odontoblaste produit la masse protoplasmique composée des tubes dentinaires et de la substance intertubulaire. *Dans la racine* qui

est plus ou moins soustraite à l'influence du monde extérieur, les tubes dentinaires persistent et la substance intertubulaire ne fait que de se différencier en trame réticulée et en masse amorphe, cette dernière se chargeant de sels calcaires. Dans *la couronne*, exposée aux pressions et aux frottements, la dentine qui, je le répète, n'est qu'une portion du protoplasma odontoblastique, se comporte comme toute substance vivante : elle répond aux excitations mécaniques en modifiant sa structure et ses propriétés. De distance en distance, il s'y développe des zones de protoplasma très réticulé (lignes de contour ou couches de transition) qui continuent à se transformer en éléments dentinaires ou émailleux ayant des caractères différents de ceux de la dentine primitive. En un mot, l'*émail a même origine protoplasmique que la dentine, mais la dentine ne devient émail qu'à une condition, c'est qu'elle soit soumise à la pression ou aux frottements.*

Ces résultats nous mettent à même de déterminer la nature de l'émail, c'est-à-dire d'aborder et de tâcher de résoudre la question posée par Bichat, à la fin du XVIII^e^ siècle :

« L'émail est-il organisé, ou n'est-il qu'un suc qui, suintant d'abord de la surface externe de la dent, s'y endurcit ensuite et s'y concrète ? Ceux qui ne connaissent la cellule et les éléments organiques que par ouï-dire prétendent que l'émail et même la dentine sont dénués de vie réelle ; ce sont des masses minérales qui se sont formées dans une trame à l'origine organique. Mais pour ce qui est de la dent adulte, tout mouvement vital fait défaut dans l'émail.

Quant aux histologistes, ils prêtent à l'émail ou du moins à l'émail primaire des propriétés vitales supérieures à celles des autres tissus. Sécrété par les adamantoblastes, l'émail évolue ensuite, après l'atrophie de la cellule formative, de façon à constituer un complexus d'une durée illimitée. Il posséderait même, du moins au début, des qualités cytoplasmiques extraordinaires, car il serait capable de ronger la dentine et de lui dérober ses sels calcaires.

Voyons les faits.

1° *L'émail est organisé.* — Ce ne sont ni des sucs, ni des

plasmas, ni des produits de sécrétion qui se sont organisés, en dehors et loin de protoplasma formatif. L'émail se développe, comme tout élément vivant, dans le corps cellulaire de l'odontoblaste, sous l'influence de l'action mécanique (pression ou frottement). La trame réticulée qu'il possède n'est que le prolongement de celle de la dentine.

2° *L'émail s'accroît.* — La couronne, encore dépourvue d'émail, commence par n'avoir que des dixièmes de millimètre ; c'est à ce moment qu'elle se recouvre d'une couche d'émail. Non seulement cet émail s'épaissit, mais il s'étend en longueur et en largeur pour revêtir une couronne devenue énorme : les diamètres de la couronne finissent, dans l'espèce humaine, par dépasser 1 cm., et, dans les espèces animales, plusieurs centimètres. L'émail, quoique dépourvu de cellules et de noyaux, subit le même mouvement d'hypertrophie que la dentine, ce qui démontre sa vitalité, car s'il était inorganique, il s'allongerait et s'amincirait comme les corps bruts dont l'épaisseur diminue à la suite de l'extension ou de la dilatation. Cet accroissement en tous sens ne saurait être dû à la multiplication des éléments de l'émail, car celui-ci est privé de cellules et de noyaux, comme nous l'avons dit. Il ne saurait provenir que du fait que de nouvelles couches de dentine se transforment en émail et se surajoutent aux couches anciennes.

3° *L'émail est le siège d'assimilation et de transformation.* — Un courant constant traverse l'émail ; il s'y forme un protoplasma nouveau qui est toujours en voie de transformation.

La dentine montre dans ses couches superficielles des tubes à parois épaissies et à ramuscules latéraux abondants et serrés. Vers la jonction de l'émail, les tubes deviennent pleins, ce sont des cordons granuleux qui se divisent en cordonnets fins, anastomosés et à mailles très étroites (*couche de transition* dans les dents adultes). Dans les dents jeunes, la couche de transition est mince et souvent impossible à déterminer.

Alors apparaît entre les cordonnets et leurs ramuscules anastomotiques, un plasma ou masse amorphe qui ne se co-

lore plus par l'hématoxyline et qui est amorphe ; autrement dit, les mailles du réticulum s'élargissent pour se remplir d'un protoplasma qui n'existait pas dans les couches superficielles de la dentine.

La dentine et l'émail ne sont que la portion périphérique d'un corps cellulaire (*odontoblaste*). A la suite de l'excitation fonctionnelle qui est ici d'ordre mécanique, le corps cellulaire ou protoplasma de l'odontoblaste produit, *crée* un protoplasma nouveau qui, comme partout ailleurs, est fluide et amorphe (*hyaloplasma*). C'est ce dernier qui s'accumule dans les mailles serrées de l'émail et se charge de sels calcaires, comme il l'a fait dans la substance intertubulaire ou fondamentale de la dentine.

Qu'à la suite d'un affaiblissement de la nutrition générale, l'odontoblaste diminue de vitalité, il sera incapable de donner naissance à un nouvel hyaloplasma ; la dentine et l'émail ne posséderont plus que la trame granuleuse qui est moins résistante et qui s'effritera au contact des agents chimiques, physiques ou mécaniques. C'est là le stade précurseur de la *carie*.

Pour contrôler ces faits, j'ai tenté de modifier les dents en agissant sur l'organisme ou bien en soustrayant les dents à l'action mécanique.

Pour étudier *expérimentalement* l'influence du frottement, j'ai coupé avec des tenailles ou une pince coupante la couronne de l'une des incisives du cobaye ou du lapin qui, comme on sait, sont des dents à allongement indéfini. Ces dents repoussent avec une grande rapidité et s'allongent d'un millimètre par jour chez le lapin jeune. Tant que son bord libre n'arrive point au niveau de celui de l'incisive de l'autre côté, la dent *coupée* ne subit aucune action mécanique ; par conséquent, elle ne fait que se nourrir et croître. La dent qui ronge, au contraire, est soumise à ce facteur mécanique ; mais les deux dents se trouvent placées dans les mêmes conditions de bonne nutrition. L'étude[1] histolo-

1. Voir Retterer *Revue de Stomatologie*, t XXVI, p 259, 1924.

gique de ces dents montre que l'évolution du cytoplasma se fait tout autrement dans la dent qui ne ronge point que dans celle qui travaille : dans cette dernière, le protoplasma transparent ou hyaloplasma de l'odontoblaste reste longtemps clair aussi bien dans les tubes dentinaires que dans la substance intertubulaire ou fondamentale. Dans la dent *coupée* et en voie de régénération, ce même hyaloplasma commence près de la papille déjà, c'est-à-dire de bonne heure, à se transformer en protoplasma granuleux.

En ce qui concerne l'organe prédentaire, dit à tort de l'émail, il persiste dans les dents à allongement illimité du lapin. Malgré la présence de cet organe prétendu producteur de l'émail, l'incisive coupée et en voie de régénération ne fait point d'émail, tant que dure la régénération, c'est-à-dire tant que l'action mécanique fait défaut.

Pour étudier l'influence qu'exerce la nutrition générale sur la structure des dents, j'ai [1] soumis des jeunes chiens à un régime débilitant (pommes de terre réduites en pâtée). L'un survécut 79 jours et l'autre six mois. Les modifications de la dentine sont les suivantes : au lieu de tubes dentinaires se prolongeant jusqu'à l'émail, la dentine montre à leur place des cordons de protoplasma granuleux à trajet onduleux ou sinueux, d'un calibre de 3 µ. D'autre part, la substance intercordonale est cloisonnée par un réticulum granuleux à filaments plus épais que dans les dents des chiens bien nourris.

En un mot, l'absence de travail mécanique et la nutrition insuffisante aboutissent à un résultat identique : le protoplasma jeune, homogène et transparent (hyaloplasma) apparaît dans la portion périphérique de l'odontoblaste (*corps cellulaire* de cet élément) ; mais cet hyaloplasma est moins résistant, moins durable que dans les conditions normales ; comme dans les dents cariées, il se transforme de bonne heure en protoplasma granuleux.

Ces dents ainsi modifiées dans leur structure sont-elles

2. Voir Retterer *La Revue de Stomatologie*, t. XXV, p. 497, 1923.

plus pauvres en éléments minéraux que les dents saines ? En l'absence d'analyse chimique, je ne puis citer que le fait suivant : une incisive de chien rendu cachectique par le régime de pommes de terre est décalcifiée en moitié moins de temps, dans la même solution acide, qu'une incisive de chien ordinaire.

En résumé, l'émail n'est point dû à la cristallisation d'un suc exsudé de la paroi folliculaire ou d'un produit de sécrétion élaboré par les cellules cylindriques de cette paroi. L'émail se formerait pendant une période fort courte de la vie embryonnaire (dont on a négligé de déterminer le commencement et la fin). Dès son apparition, il posséderait les propriétés qu'il conserverait toujours et, en particulier, la même teneur en éléments minéraux. Si le fœtus ou l'enfant sont mal nourris, la dent resterait revêtue d'un émail défectueux.

Nos observations sont en plein désaccord avec cette théorie; le premier émail est pauvre en éléments minéraux, tandis que sa trame organique est abondante.

L'émail est le dernier stade évolutif de la dentine, à condition que celle-ci soit exposée à la pression ou au frottement. Si la dent appartient à un organisme débilité ou cachectique, la dentine se développe avec une structure et des propriétés semblables à celles qu'on observe dans les dents cariées.

Si l'action mécanique fait défaut, comme dans les incisives coupées du lapin, l'émail ne se développe point durant toute la période de régénération.

Il faut donc deux conditions pour que l'émail soit de bonne qualité : 1° la dentine (stade précurseur de l'émail) doit se développer sur un terrain bien nourri ; 2° la dent doit subir une action mécanique (pression, frottements ou trituration). L'émail n'est pas une entité anatomique ni histologique, ses éléments organiques ou minéraux, varient selon la dentine qui la fournit, selon le facteur mécanique qui agit sur la dent [1].

1. Les résultats auxquels je suis arrivé sont confirmés depuis plus d'un demi-siècle : qu'on veuille examiner la figure 267, p. 504, des *Eléments d'histologie* de Kölliker, trad. par Marc Sée, 1868, on verra que sur la molaire d'un fœtus hu-

DEUXIÈME PARTIE

Carie dentaire.

La carie dentaire n'est en définitive qu'un ramollissement lent et progressif des parties tant dures que molles de la dent. Comme pour toutes les maladies, on n'a pendant des siècles considéré qu'une face de la question : un agent morbifique exerçant son action destructive sur un organe de structure fixe et invariable. Jusqu'à Lamarck, la mutabilité des organismes était ignorée.

Nous avons insisté sur ce fait singulier que Buffon désignait les transformations des espèces animales sous le nom de « dégénérations ». Les histologistes et les pathologistes continuent aujourd'hui encore à parler de dégénérescences et bien rares sont ceux qui pensent que la matière vivante change de structure et de propriétés lorsque les circonstances ou les conditions deviennent autres.

Quelques-uns affirment encore que la dent est demeurée immuable dans sa forme et sa structure depuis l'origine des choses. La plupart admettent, sans le dire explicitement, que la dent de l'homme *civilisé* est semblable à celle du sauvage : Les microbes seuls des pays civilisés et les arrêts de développement consécutifs à la culture causeraient tout le mal.

J'espère montrer que la carie n'est que la conséquence des changements de constitution que subit la dent sous l'influence de l'état général et du facteur mécanique.

Je serai bref sur l'hi torique, car j'en ai présenté un tableau assez complet dans des publications antérieures[1]. Qu'il me suffise de récapituler et de réparer des omissions.

---

main, les tubes dentinaires se prolongent en cordonnets jusque dans l'émail. L'artiste a même représenté la couche de transition entre la dentine et l'émail. Il est vrai que le texte est muet et que Kölliker interpréta cette figure d'après les idées préconçues de l'origine différente de l'émail et de la dentine. Frey a reproduit cette figure sans citer l'auteur à qui il l'a empruntée. Au début du XX[e] siècle, V. v. Ebner la trouve si parfaite qu'il la reproduit avec l'interprétation adoptée par Kölliker. Autant les moutons de Panurge continuent à foisonner, autant sont rares les savants qui, devant la réalité ou une image fidèle de la réalité, arrivent à se faire une opinion personnelle des choses.

1. Voir la *Revue de Stomatologie*, 1921, p. 1, 121, 241 et 313.

Pour les anciens médecins la carie dentaire était une corruption ou le fait d'un ver qui attaquait et rongeait la dent.

A la fin du XVI^e siècle et au début du XVII^e, Fabrice d'Aquapendente mentionne les dents « rongées et trouées » et Riolan parle des dents cariées. Notons qu'à cette époque, les dents passaient pour « des os, en leur espèce ». On n'y avait pas encore distingué l'émail.

Thomas Bartholin[1] mentionne les érosions, la putréfaction et la carie des dents qu'il attribue à des petits vers « aliquando in hac (carie) vermiculi minimi generantier, admodum hominem excruciantes ».

Aux XVIII^e et XIX^e siècles, comme aujourd'hui, l'émail passait pour une substance d'origine différente de celle de l'ivoire.

Par conséquent la carie qui débutait à la surface de la dent, sur l'émail, ne pouvait être causée que par un agent externe. Delabarre cependant avait avancé en 1815 que l'émail était sécrété, de même que l'ivoire par la papille dentaire. Aussi Cuvier[2] qui avait d'abord soutenu que l'émail provenait de la face interne du sac dentaire, a-t-il écrit en 1825 : « La disposition de certaines personnes à voir leurs dents se carier, vient que la substance de celles-ci n'est pas d'une bonne composition et tient au mauvais état du noyau pulpeux lorsqu'il les transsudait (*Loc. cit.* p. 49).

Cette vue ou cette conjecture du grand anatomiste a passé inaperçue et cependant elle correspond, comme je le montrerai à la réalité.

D. de Blainville écrivait, en 1833, que la carie n'est qu'une putréfaction de l'odontéine, c'est-à-dire de la dentine et, en 1851, Cruveilhier prétendait, au contraire, que les altérations de l'ivoire sont d'une nature toute chimique.

Dans la 2^e moitié du XIX^e siècle on se mit à la recherche des causes de la carie et on commença à expérimenter. Leber et Rottenstein (1867 et 1878), puis Magitot arrivèrent ainsi à mettre la carie dentaire sur le compte des acides buccaux, attaquant et détruisant l'émail.

1. *Anatomia*, p. 730, 1677
2. *Recherches sur les ossements fossiles*, nouvelle 3^e édition, 1825.

Les deux premiers auteurs pensaient qu'à la suite du ramollissement et de la disparition de l'émail, les spores et les filaments de *Leptothrix* pénètrent dans les canalicules dentinaires. Alors les odontoblastes réagiraient contre l'intrus, s'hypertrophieraient et produiraient une dentine *transparente*, plus résistante.

W. D. Miller établit, en 1892, que les acides buccaux étaient sécrétés par les bactéries ou microbes de la cavité buccale et dissolvaient l'émail.

Une fois dépourvue de leur couche adamantine, la dentine devient la proie des microbes qui pénètrent dans les canalicules dentaires, puis désorganisent la fibre de Tomes et la substance fondamentale.

Autre fait expérimental : une dent normale, bien émaillée, peut séjourner pendant longtemps (plus d'un an) dans une culture de microbes intra-buccaux, sans que ceux-ci pénètrent dans les canalicules dentinaires.

On ne tint aucun compte de ces dernières expériences de W. D. Miller, et on continue à admettre, comme vérité démontrée, que les microbes à eux seuls auraient le pouvoir d'amener l'éclosion de la carie dentaire ; la dent la plus saine en contact avec les microbes serait entamée et vouée à la destruction. A l'origine des choses, l'homme avait des dents saines ; mais Ahrimane, trop curieux, ayant ouvert la boîte de Pandore, les microbes s'en sont échappés. Grâce à Ormudz, qui inventa les phagocytes, la plupart des organes furent protégés ; seulement on ne peut songer à tout, Ormudz oublia de créer les phagocytes dentaires. Voilà pourquoi l'émail continue à être mangé par les microbes intra-buccaux.

Les microbes seuls sont impuissants à ronger et à détruire l'émail sain ; les animaux sauvages n'ont jamais de dents cariées, bien qu'ils ignorent l'usage de la brosse à dents. Il faut que les microbes trouvent un terrain propice pour pénétrer dans la dent. Cette constatation n'a pas échappé aux cliniciens qui font tous remonter la prédisposition à la carie à un vice originel de l'émail. D'où vient l'émail ? Comme il

est formé d'une substance plus dure que la dentine, on en fit un tissu spécifique élaboré par des éléments également spécifiques, les adamantoblastes. Mais jamais observateur n'a réussi à déterminer le moment précis où les adamantoblastes commencent leur travail et à fixer la durée de cette sécrétion. Il ne leur est permis de faire de l'émail que sur la couronne. Ils commencent à s'atrophier, au moment où l'émail n'a encore que le dixième d'épaisseur qu'aura l'émail définitif. Le produit de sécrétion est-il fluide dans le principe ou bien est-ce un prolongement figuré qui préside à l'élaboration de ce fluide ? Si le prolongement figuré représente un cil, nous sommes là en face d'une exception, c'est-à-dire d'une chose extraordinaire, car les cils se développent toujours à l'extrémité libre des cellules et jamais à leur extrémité adhérente. Pour quelles raisons est-il défendu aux prétendus adamantoblastes correspondant à la racine de faire de l'émail ? L'émail primaire n'est qu'une masse privée de cellules, de noyaux et dépourvue de sels calcaires. Pour expliquer la survie de cette masse, son accroissement, on est obligé de retourner à la théorie des blastèmes ; pour se rendre compte de sa calcification, on est forcé de lui prêter des propriétés phagocytaires.

En un mot, pour sauver la théorie, les auteurs invoquent une série d'hypothèses contredites par les acquisitions les mieux établies scientifiquement. Ce n'est pas tout. Pour le triomphe de leurs hypothèses, ils suppriment les facteurs (nutrition, pression et frottement) qui, comme le montre l'observation la plus élémentaire, contribuent au développement et à l'épaississement de l'émail.

Or, c'est sur la provenance de l'émail aux dépens du prétendu organe de l'émail, c'est sur le développement intra-alvéolaire de l'émail que sont fondées la plupart des théories embryologiques qui veulent expliquer la carie dentaire. Il est bien établi par la clinique que la carie débute dans les régions où l'émail est le plus mince ou dans les points dépourvus d'émail. Mais attribuer ces défectuosités à un arrêt de développement de l'organe de l'émail, c'est bâtir sur le sable.

Je voudrais bien savoir à quel signe on reconnaît les vices évolutifs du prétendu organe de l'émail. Si l'émail est plus épais sur les tubercules que dans les sillons, s'il amincit vers le collet, si les faces antérieure et postérieure des incisives, par exemple, sont recouvertes d'un émail plus épais que les faces latérales, cela ne peut tenir qu'à la pression ou aux frottements.

Ce fait comporte la même explication que celle qui résulte d'un émail plus épais sur les dents des animaux soumises à des frottements répétés et intenses. Aussi la carie débute-t-elle dans les points peu émaillés. On ne saurait trop insister sur les deux conditions dans lesquelles se produit la carie, à savoir : 1° le mauvais état général de l'organisme ; 2° le manque de trituration.

Pour étudier la marche du mal, les cliniciens se contentent de l'examen à l'œil nu et de l'exploration à l'aide d'un stylet. C'est ainsi qu'ils arrivent à conclure que la carie débute sur l'émail, c'est-à-dire que le processus morbide procède de dehors en dedans ; ce serait l'émail qui serait atteint en premier lieu, puis le mal se propagerait vers l'intérieur à la dentine. Pour s'opposer à l'extension de la désorganisation, les odontoblastes réagiraient ensuite et sécréteraient une dentine plus résistante, la dentine transparente.

C'est là s'en tenir aux seules apparences et tirer des conclusions contraires à la réalité. Le soleil se lève le matin, et, après avoir monté, il descend le soir pour se coucher. Le calcul et la réflexion prouvent que c'est nous qui tournons et non point le soleil. Il en va de même de la marche des phénomènes évolutifs qui président à la carie.

Voici ce que m'a appris l'observation directe des dents en voie de carie : les premières modifications qui se produisent portent sur l'odontoblaste. Sur les dents *saines*, les odontoblastes forment à la surface de la papille plusieurs rangées cellulaires. Qu'on examine sur une dent qui présente les premiers indices de la carie la couche odontoblastique, on voit les cellules, qui la forment, diminuées de volume et de nombre. A mesure que la carie fait des progrès, les odontoblastes se rapetissent et se ratatinent de plus en plus.

Loin de réagir contre le mal, l'odontoblaste ne fait que s'acheminer vers l'atrophie.

En admettant que l'émail n'est qu'un vernis d'origine différente de la dentine, en prenant la dentine pour une exsudation du plasma sanguin ou pour des fibres conjonctives encroutées de sels calcaires, tous ces faits restent une énigme. Il en va autrement si l'on considère que la dentine n'est que la portion périphérique du corps de l'odontoblaste, si l'on se convainc que cette dentine se transforme en émail sous l'influence du facteur mécanique. Dans ces conditions que j'ai déterminées par l'observation et l'expérimentation, dentine et émail font partie intégrante d'une cellule qui est l'odontoblaste.

Si ce dernier est atteint dans sa vitalité par défaut de nutrition ou bien par manque d'excitation fonctionnelle, la portion de son corps cellulaire qui est calcifiée cesse de posséder la résistance nécessaire ; les agents chimiques, physiques ou mécaniques en ont raison : émail et dentine s'effritent et se désagrègent. La carie est le résultat de la débilité de l'odontoblaste.

Dans quelles conditions les odontoblastes commencent-ils à subir cette déviation évolutive ?

Rousseau-Decelle[1] insiste sur *l'immunité* que présentent certains individus, immunité qui persiste malgré l'absence totale des soins buccaux les plus élémentaires, malgré le tartre, malgré les fermentations de toute nature, malgré les fissures intercuspidiennes, malgré les malformations originelles de l'émail.

D'autre part, Rousseau-Decelle cite l'observation d'un confiseur qui porte au collet de presque toutes ses dents ces caries caractéristiques dans leur disposition et dans leur évolution parfois fort longues. « C'est une action chimique qui est à la base du processus par la transformation du sucre en acide ». Il me semble que dans cette observation *il y a* d'autres conditions à mentionner : C'est le genre de

1. *Revue de Stomatologie*, t. XXV, p. 637, 1923.

vie du confiseur dont l'organisme s'est affaibli dans le milieu confiné où il passe son existence. Joignez-y l'alimentation farineuse et sucrée du confiseur et vous conviendrez que ses dents sont loin de faire un travail mécanique considérable.

Le diabète, le rachitisme, les maladies des gencives, certains états (puberté, gravidité) favorisent l'éclosion de la carie pour les mêmes raisons. Il en est de même de la *puberté* et de la *grossesse* qui prédisposent à la carie dentaire.

En ce qui concerne la puberté, nous savons qu'il se fait à cette époque un accroissement énorme de l'organisme. Mon ami le Dr Herpin m'a communiqué l'observation suivante : un jeune homme s'est fait examiner les dents avant de partir en vacances. Toutes étaient saines.

Pendant les vacances, il attrape la rougeole et il en revient avec plusieurs dents cariées. L'examen montra que non seulement l'émail était atteint, mais que la dentine sous-jacente aux points cariés était d'une fragilité extrême.

Ce qui surtout frappa, c'est que le jeune homme avait grandi en quelques mois de plusieurs centimètres. Cette observation donne du relief aux deux facteurs principaux qui contribuent à l'affaiblissement de l'organisme jeune, à savoir une maladie infectieuse et la croissance rapide. C'est là ce qui a entraîné la moindre vitalité des odontoblastes, incapables d'édifier une dentine solide et un émail résistant.

L'influence de la grossesse sur la carie dentaire me semble comporter une interprétation analogue. « Chaque enfant coûte une dent à sa mère ; c'est là un fait bien souvent constaté. Si l'on considère que la mère a à fournir les principes nutritifs non seulement à son propre organisme, mais encore au jeune être qu'elle porte dans son sein ; si l'on songe que la grossesse est souvent accompagnée de troubles digestifs (vomissements, etc.), il est facile de se rendre compte des causes qui diminuent la vitalité et la résistance de certains organes, tels que les dents.

Il est certain que la constitution de l'organisme maternel retentit sur l'embryon et le fœtus se développant sur un

terrain appauvri. Il y a autre chose : l'émail apparaît et prend sa structure à une époque où l'enfant ne se nourrit plus aux dépens du sang maternel. Chacun peut contrôler cette affirmation, s'il veut se donner la peine d'examiner les dents avant leur éruption, puis chez les enfants, les jeunes gens et l'adulte. *L'émail s'accroît et s'épaissit alors qu'il n'y a plus d'adamantoblastes*, et comme l'émail est privé de noyaux, l'accroissement ne saurait se faire aux dépens de l'émail déjà existant.

Ces constatations réduisent à néant toutes les théories en cours sur l'origine de l'émail.

D'ailleurs les classiques, nous l'avons vu et nous ne craignons pas de le répéter, sont imprécis pour tout ce qui touche l'émail.

Aussi d'après mes observations directes, la marche de la carie se fait-elle de dedans en dehors et non point en sens inverse. C'est l'odontoblaste qui commence à être affecté ; comme la dentine n'est que la portion périphérique et partiellement calcifiée de l'odontoblaste, sa vitalité est amoindrie, et, une dentine défectueuse est incapable de donner naissance à un émail dur : les agents chimiques, physiques, mécaniques ou les microbes ont aisément raison de ces tissus dentaires de moindre résistance [1].

Dès le début de la carie, on trouve, dans la portion de la papille correspondant à la tache jaune marron, des odontoblastes rapetissés et en moindre nombre.

Dans la dentine sus-jacente à ces odontoblastes en voie d'atrophie, il n'y a plus trace de réticulum dans la substance fondamentale qui se présente sous la forme d'une masse finement granuleuse et très colorable, friable et s'égrenant au moindre contact. Quant aux tubes dentinaires, ils se sont hypertrophiés et la substance qui y est contenue s'est transformée en gros cordons granuleux et très avides de colorants basiques. Pareille dentine est incapable de faire un émail dur et résistant.

1. En ce qui concerne les images histologiques que présentent les dents en voie de carie, voir Retterer *La Revue de Stomatologie*, 1921, p. 1, 121, 249 et 313.

A mon avis, la vitalité de l'odontoblaste, sa valeur protoplasmique et son pouvoir d'édifier une coque (dentine ou émail) résistante dépendent de la nutrition générale, ainsi que des excitations mécaniques qui portent sur la dent.

Si l'état général est mauvais, si la dent est soustraite à l'action mécanique, le nombre, le volume, et la vitalité des odontoblastes diminuent. Il en résulte un changement de structure dans la trame organique de la dentine, lequel a pour conséquence de fixer moins énergiquement les éléments minéraux. L'émail qui n'est que le stade ultime de l'évolution de la dentine deviendra fragile et très altérable.

Concluons. — Le mauvais état général de l'organisme entraîne un affaiblissement nutritif de l'odontoblaste ; celui-ci non seulement diminue de volume, mais son protoplasma se modifie ; au lieu d'un hyaloplasma abondant et résistant, il produit un protoplasma qui devient de bonne heure granuleux, peu capable de fixer les sels calcaires. C'est ainsi qu'il se développe une dentine de constitution délicate ou débile, incapable d'évoluer en émail résistant. Aussi ce dernier se désagrège-t-il et finit-il par se détruire sous l'influence des agents physiques, chimiques ou microbiens. Ce mouvement rétrograde qui, pour moi, débute, dans l'odontoblaste, est déterminé essentiellement par deux causes ou facteurs : 1° mauvais état général d'où insuffisance dans la nutrition de l'odontoblaste ; 2° défaut d'excitation mécanique ou d'attrition (atrophie par inactivité de l'odontoblaste).

En résumé, la clinique montre que les dents commencent à se carier dans les conditions de mauvaise nutrition de l'organisme. Les anciens avaient pressenti cette carie générale, car ils appliquaient également le nom de *caries* à l'appauvrissement d'un terrain. L'expérience séculaire confirme ces données ; la puberté avec sa croissance rapide, la grossesse, les professions et les habitudes sédentaires, les maladies infectieuses ou constitutionelles, telles que le diabète, prédisposent à la carie.

Joignons à cette cause générale le facteur mécanique : l'homme *civilisé* fait surtout usage d'aliments peu durs ou

cuits ; ses dents n'ont plus besoin d'exécuter un travail mécanique suffisant. Voici comment je conçois l'évolution de l'affection : les cellules formatives de la dentine (odontoblastes) souffrent de cet affaiblissement ; elles se rapetissent ; et leur vitalité et leur pouvoir producteur diminuent; de là le développement d'une dentine de moindre valeur, incapable de donner naissance à un émail épais et résistant. Les acides dus à la fermentation des débris alimentaires ont beau jeu pour détruire la mince couche d'émail fragile qui recouvre la dent. Une fois la brèche ouverte, les microbes pénètrent dans les tubes dentinaires et ne tarderont pas à amener la désorganisation de tout l'organe.

Pas plus que l'émail n'est une entité anatomique ou histologique, la carie dentaire n'est une entité morbide. Il suffit d'un amoindrissement de vitalité de l'odontoblaste, par défaut de nutrition ou d'exercice fonctionnel, pour amener l'affaiblissement de la dentine, et, par conséquent de l'émail qui n'en est que le terme ultime. Les agents ordinaires (physiques, chimiques, etc.) sont dans ces conditions, capables de provoquer l'effritement et la désagrégation de la couronne.

Conclusions.

Avant d'étudier les dents, je partageais l'opinion régnante suivant laquelle chacun de leurs tissus reconnaît une origine blastodermique spéciale : la papille et la dentine sont de provenance conjonctive ou mésodermique, ainsi que le ligament dentaire ; l'émail est un produit de sécrétion de cellules qui, après avoir accompli leur tâche, sont dévorées par le tissu conjonctif. Je continue, dans mon enseignement, à inculquer cette doctrine aux élèves pour les faire réussir aux examens, sauf à leur montrer la réalité sur les préparations en les priant de la garder par devers eux jusqu'après l'épreuve orale.

Au fur et à mesure que j'observai des faits nouveaux, je les publiai soit dans les *Comptes Rendus* de la *Société de Biologie*, soit dans *l'Odontologie*, soit dans la *Revue de Stomatologie* (années 1919 à 1925). Mon opinion s'est insensiblement mo-

difiée au cours de ces recherches et voici, brièvement, comment je conçois l'origine et l'évolution des tissus dentaires.

A mon avis, la dent dérive tout entière du bourgeon épithélial que les classiques nomment *organe de l'émail* et que j'appelle *organe prédentaire*. Le fond ou portion profonde de l'organe prédentaire évolue de façon que les cellules épithéliales se transforment en une masse de tissu conjonctif réticulé, le *bulbe* ou *papille dentaire*, qui revêtira plus tard d'une ou de plusieurs assises de cellules de forme et de disposition épithéliales (*odontoblastes*). La portion périphérique des odontoblastes s'accroît énormément et se transforme en tubes dentinaires et en une masse intertubulaire à trame réticulée. Dans les mailles de ce réticulum, le protoplasma homogène se charge de sels calcaires. C'est ainsi que se développe la *dentine* ou *ivoire*. Dans les portions de la dent où la dentine est exposée à la pression ou aux frottements, la dentine devient de plus en plus réticulée et forme une *couche de transition* à réticulum serré et à mailles très étroites. Les couches de transition sont des zones de protoplasma faisant toujours partie du protoplasma ou corps cellulaire des odontoblastes. Sous l'influence du facteur mécanique, les couches périphériques du protoplasma dentinaire deviennent le siège de nouvelles modifications ou élaborations : Il y apparaît un cytoplasma transparent (hyaloplasma) e les filaments de la trame réticulée s'amincissent : dans cette dernière couche du corps cellulaire odontoblastique, les filaments se chargent de sels calcaires de même que la masse amorphe contenue dans les mailles du réticulum. Ce dernier stade évolutif, qui est déterminé par l'action du facteur mécanique, aboutit à la formation de *l'émail*.

Quant au reste ou manteau de l'organe prédentaire, auquel on réserve le nom d'organe de l'émail, il ne s'atrophie point, comme on l'admet : ses cellules épithéliales, les prétendus adamantoblastes y compris, évoluent en tissu conjonctif réticulé pour constituer la *membrane circumradiculaire* ou *ligament dentaire* des dents simples, la *membrane*

péridentaire des dents composées. La portion interne de cette membrane produira plus tard le tissu osseux, dit *cortical osseux* ou *cément*.

En ce qui concerne l'émail en particulier, je conclurai : La dentine est la portion périphérique, partiellement calcifiée, de la cellule formative de la dent (*odontoblaste*). Si la dentine est soumise à l'action mécanique (pression ou frottements), elle se transforme, dans ses dernières couches, en une masse dont les éléments figurés et amorphes se chargent de sels calcaires (*émail*).

La cause initiale ou première de la carie dentaire est la débilité de l'odontoblaste, déterminée soit par le manque de fonctionnement de la dent, soit par un mauvais état général.

L'odontoblaste rabougri ne fait plus qu'une dentine de moindre valeur qui n'a plus la force de se transformer en un émail résistant. Pareille dent devient fatalement la proie des agents physiques, chimiques ou microbiens qui en précipitent la désorganisation et la *mortification*.

REVUE DES REVUES

UNE ORTHODONTIE AVEC RECONSTITUTION NUMERIQUE

Par Louis SUBIRANA,
Professeur à l'Ecole d'Odontologie de Madrid

L'Odontologie de Paris me fit l'honneur de reproduire en mars 1923 mon travail sur la *Restitution de la formule numérique en orthodontie.*

Lors de cette publication je reçus de France une carte postale dans laquelle on me disait laconiquement que, si les cas que je présentais étaient intéressants, je n'indiquais ni le temps ni le procédé employé pour le second cas.

Le titre limitait le sujet que je me proposais de développer et toute digression aurait détourné l'attention du sujet unique que je voulais qui fût bien fixé.

L'extraction est antiscientifique ; je l'exposai en 1909 dans mon livre et depuis cette date je ne l'ai *jamais* pratiquée ; au contraire, j'ai *toujours* rétabli la formule de 28 dents quand elle a été rompue. Je me proposais de confirmer cette doctrine et de la prouver par mes cas cliniques et rien de plus.

Cela posé, nous allons donner satisfaction à l'aimable confrère français qui m'écrivit discrètement.

Temps. — Le temps ne pouvait être court ; il devait être long, pour trois raisons : une raison fondamentale de physiologie ; deux raisons circonstancielles : l'une chronologique, l'autre relative à l'espace.

L'orthodontie est une science exclusivement stimulante ; si on la comprenait ainsi, beaucoup d'échecs post-opératoires n'arriveraient pas. Si nous approfondissons un peu, une malocclusion n'est pas autre chose que la manifestation plastique d'une rupture d'équilibre entre la matière organisée et le milieu ambiant. Biologiquement c'est absolu. Qu'il s'agisse d'une glande endocrine en hypo ou en hyperfonction, d'une respiration invertie, de la chute d'une dent temporaire précoce ou tardive, de l'enfant avec la funeste habitude de se

sucer le pouce, une malocclusion est toujours une preuve évidente de la soumission de la matière vivante à l'action des agents qui l'entourent et aux fonctions qu'elle remplit.

Le Dantec a concrété admirablement la chose dans sa formule bien connue : l'organisme + le milieu = la vie.

Mais si nous approfondissons un peu plus, nous verrons qu'une malocclusion déterminée, quand elle arrive à être manifeste, réelle et visible cliniquement (c'est-à-dire quand l'enfant vient entre nos mains), a commencé depuis longtemps,

Fig. 1. — Bandes sur $\frac{1}{1}\frac{1}{1}$; vue de profil avec encoche A pour loger l'arc d'expansion.

depuis des années. Comment ? Par l'action ambiante, qu'on l'appelle glande, respiration ou pouce, etc., qui, en stimulant lentement et avec perversion la matière, lui a donné

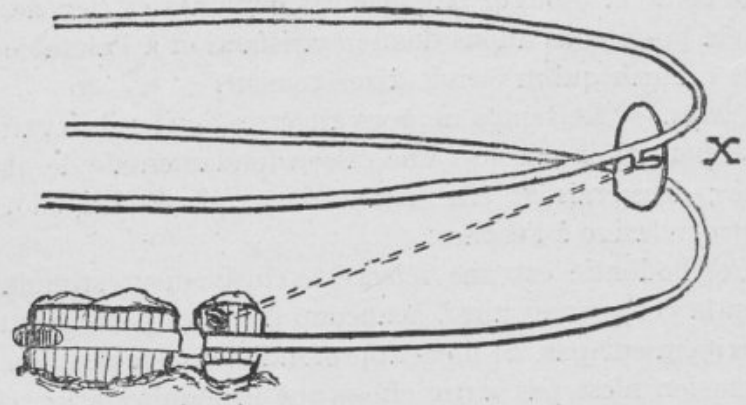


Fig. 2. — Arc d'Angle pour voir le rapport de l'élastique de l'éperon supérieur dans l'arc avec éperon inférieur de la bande $\frac{5}{5}\frac{5}{5}$.

une forme, lui a fait revêtir un aspect que nous qualifions de *malocclusion*. Si la malocclusion que nous observons chez

un enfant de onze ans, due par exemple à une respiration buccale, avait été produite en vingt-quatre heures, nous pourrions affirmer que la rupture aurait été si brutale que nous serions en présence d'un cas de tératologie, sinon de pathologie avec des dents et des tissus morts, auquel cas ce ne serait pas l'orthodontiste, mais le pathologiste qui interviendrait.

C'est donc de la nature même, quoique la fonction soit pervertie, que découle l'enseignement pour l'orthodontiste : la malocclusion s'est-elle produite lentement ? Alors c'est lentement, très lentement, par un stimulant qu'il faut arriver à la *bonne occlusion*.

Dans ce cas nous mettons trois ans et demi.

Le principe biologique fondamental pour *tous les cas* une fois posé, voyons les deux circonstances qui obligent à obtenir de l'espace dans ce cas.

La chronologie. — Le maximum d'élasticité organique se

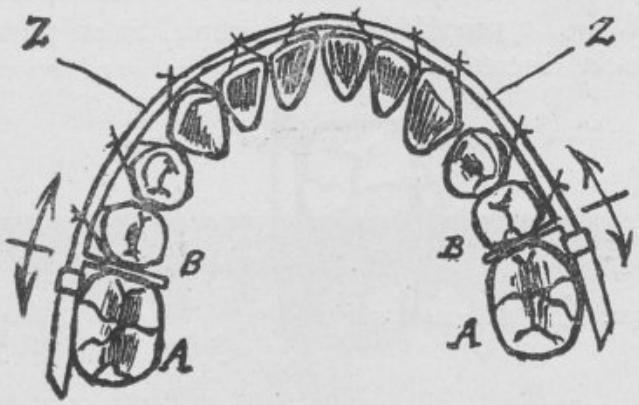


Fig. 3. — Arcade inférieure ; AA, molaires de douze ans avec bandes d'Angle en position. — BB, traverses soudées à l'arc Z qui, au moyen des écrous de l'arc, portaient mésialement toutes les dents $\frac{|}{54321\ |\ 12345}$ qui étaient liées.

rencontre à la naissance ; le minimum à la mort. Cette élasticité est régie par la faculté de reconstitution cellulaire dans toute lésion ou tout dommage que subissent les tissus. Tous les hommes qui recevraient la même blessure au même endroit et à la même heure ne se cicatriseraient pas en même

temps parce que leurs facultés de reconstitution ne sont pas les mêmes, mais nous pouvons affirmer d'une façon presque absolue qu'une fracture se réduira beaucoup plus vite chez un homme de quarante ans que chez un enfant de dix ans. En orthodontie la reconstitution et le mouvement cellulaire sont réglés par la calcification plus ou moins grande de l'individu. Chez les enfants du même âge l'état de calcification plus ou moins grande influe sur la rapidité et la réaction organique quand ils sont soumis à une régularisation orthodontique, mais nous pouvons affirmer, d'une façon générale, que plus l'âge sera avancé, plus la mécanique artificielle devra agir doucement, parce que plus l'homme est âgé, plus il est *minéral* et par suite *moins* il est élastique et l'atome mort obéit très paresseusement aux stimulants externes, à l'inverse de la cellule vivante, instable par essence.

Nous n'avons presque rien à dire de l'*espace* ; ce n'est pas une question de biologie, mais bien le principe posé, sujet de la question de la quantité ou extension à vaincre ou à gagner.

Procédé. — Le procédé est très simple. Si en physiologie corrective la discrétion ou sagesse de la *graduation* de la

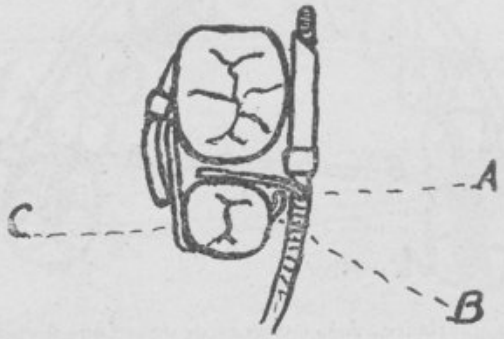


Fig. 4 et 5. — Schéma montrant la disposition de A, arceau soudé à l'arc ; de B, éperon soudé à la face externe de la bande sur les $\frac{1}{5\,|\,5}$ et de C, arceau soudé à la face interne pour empêcher les $\frac{1}{5\,|\,5}$ de tourner sur leur axe du côté externe.

force est fondamentale, en mécanique corrective le *point d'appui* est fondamental, et dans le cas que nous exposons nous avons un bel exemple de point d'appui auxiliaire d'une des unités à mouvoir.

Fig. 6.

Fig. 7.

A quinze ans, âge très avancé pour entreprendre ces corrections : respiration buccale sans pathologie aucune de la narine. A neuf ans il a été enlevé les deux premières molaires inférieures ; il se produisit un profond déséquilibre occlusal, la respiration s'étant invertie.

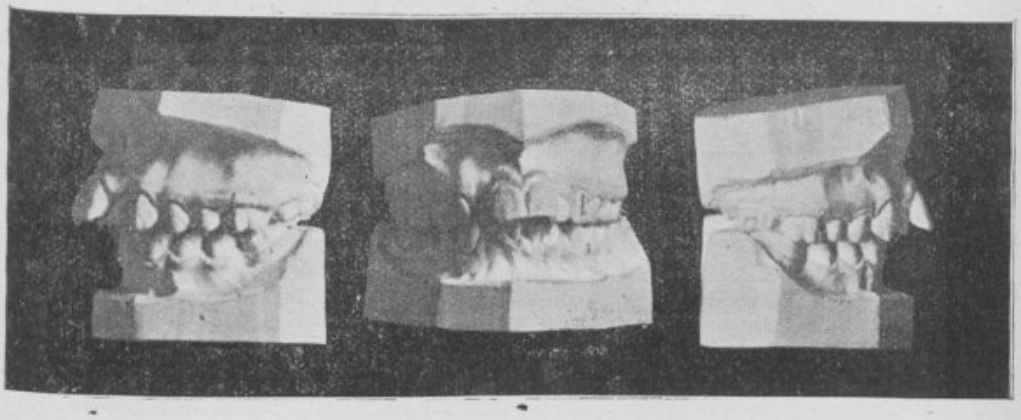


Fig. 9. — Vides supérieur et inférieur vus occlusalement avant la correction

Fig. 10.

Fig. 11.

A dix-huit ans et demi la respiration nasale fut rétablie et avec l'élargissement de l'arc inférieur l'occlusion et les contours faciaux furent rétablis au moyen de deux ponts

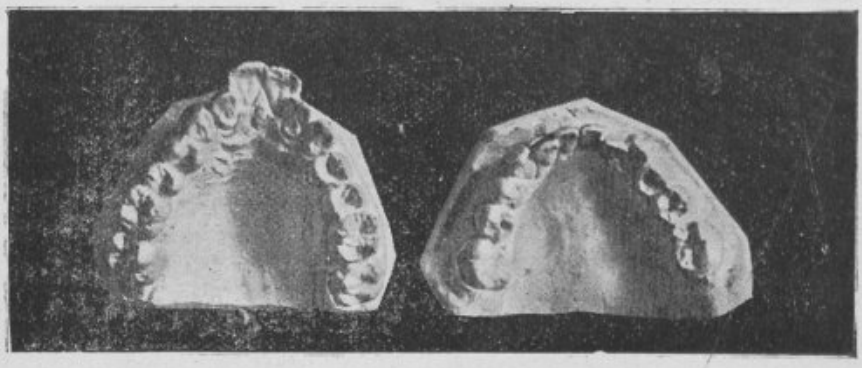


Fig. 13. — Occlusion avec ponts sur les deux côtés en B.

Appareil employé. — L'ancien procédé d'Angle de l'arc expansif et des ligatures, mais avec des adjonctions appropriées à l'opinion que j'avais du cas.

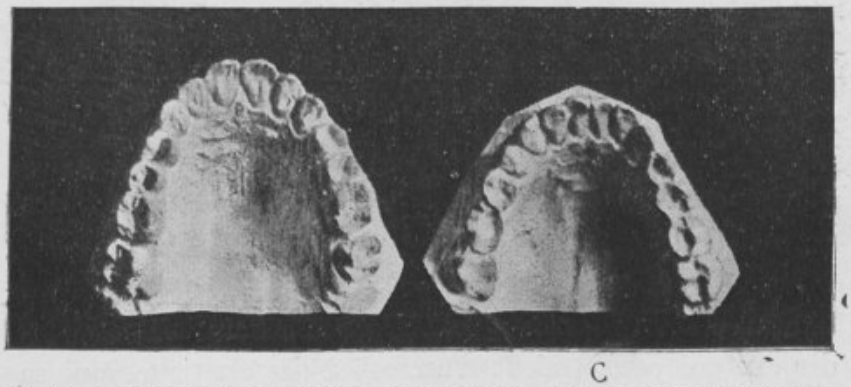
Diagnostic de cette malocclusion. — Ne peut être rangée dans la classification d'Angle parce que les $\frac{1}{6\,|\,6}$ ayant dis-

paru il n'est pas possible d'y recourir ; mais on doit la ranger dans la classe II, division I bilatérale.

Ordre suivi dans la technique — Ajustage de bandes sur les $\frac{6|6}{7|7}$, de bandes sur les $\frac{1|1}{5|5}$; placement des tubes sur les bandes $\frac{6|6}{7|7}$ en donnant à ce placement l'importance *suprême qu'il a*.

Fig. 12. — Dans le vide A on voit la molaire artificielle et le pont mis en place, en B l'espace obtenu orthodontiquement pour arriver à restaurer l'arc de l'occlusion.

Les cercles ou bandes sur les $\frac{1|1}{|}$ avaient pour but d'éviter le mouvement de va-et-vient de haut en bas de l'arc supérieur



C

Fig. 8. — Dans les vides ✕ ✕ ✕ on peut constater l'absence des molaires de six ans inférieures qui causa une perturbation si profonde et fut l'origine de la respiration buccale

(fig. 1) et les $\frac{|}{5\,|\,5}$ devaient porter les éperons B, figure 4, pour force intermaxillaire ou réciproque. L'arc d'expansion supérieur ne présentait rien de particulier ; il portait sur les points en rapport avec les canines des éperons X (fig. 2), pour les élastiques d'action réciproque.

L'arc d'expansion inférieur devait porter réciproquement les $\frac{|}{7\,|\,7}$ en arrière et les $\frac{|}{54321\,|\,12345}$ vers le devant (fig. 3).

Ici il saute aux yeux que la résistance à vaincre était bien plus grande sur ces dernières que sur les premières, et l'espace, en ne procédant pas ainsi, n'aurait pu être obtenu qu'aux dépens des molaires. Pour qu'il n'en soit pas ainsi nous avons demandé un appui au maxillaire ; nous avons solidarisé toutes les dents supérieures en les attachant avec des ligatures

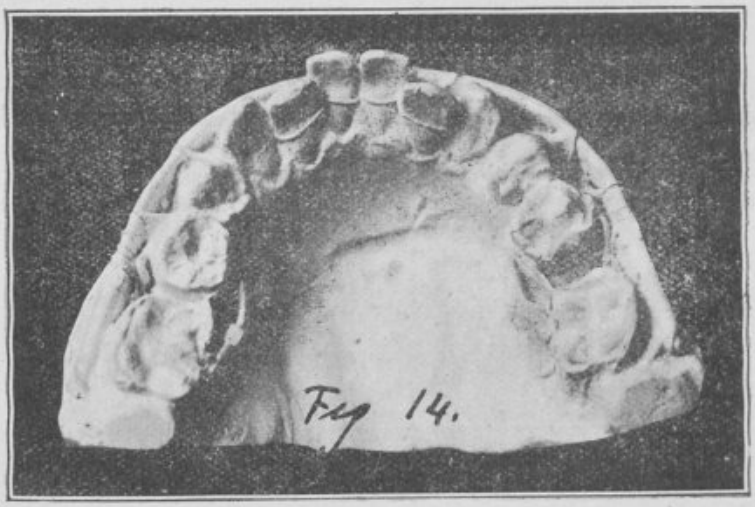


Fig. 14.

et en ajustant celles-ci dans les rainures A des bandes des $\frac{|\,|\,|}{|}$ (fig. 1).

Nous avons dit que les $\frac{|}{5\,|\,5}$ portaient deux bandes ajustées avec deux éperons B (fig. 4) dans les angles vestibulo-distaux qui permettaient d'accrocher des élastiques qui se dirigeaient vers le haut à la recherche des éperons de l'arc supérieur X (fig. 2*a*).

De cette façon nous obtenions que toutes les $\frac{|}{54321 \mid 12345}$ se déplaçassent mésialement, antérieurement (fig. 3), par l'écrou, l'arc et les ligatures et, en outre, par les élastiques intermaxillaires qui, ayant pour point d'appui tout le maxillaire supérieur, favorisaient cette avance en équilibrant ainsi la différence des résistances existant entre les $\frac{|}{7 \mid 7}$ et les $\frac{|}{54321 \mid 12345}$.

Comme on le voit, le mécanisme ne peut pas être plus simple pour atteindre le but poursuivi ; par contre, la technique pour le réaliser exige une grande réflexion, de l'habileté et de la régularité pour l'obtenir (fig. 4).

A partir du moment où les traverses B. A (fig. 3, 4) sont soudées, l'arc inférieur empêche l'entrée de l'arc dans les tubes de la manière ordinaire, c'est-à-dire d'avant en arrière, et pour y obvier nous cimentons les deux bandes $\frac{|}{7 \mid 7}$ à la fois avec l'arc placé dans les tubes de haut en bas.

L'éperon des $\frac{|}{5 \mid 5}$ (fig. 4, B) exige une étude très consciencieuse pour tenir dans le petit espace existant entre les bicuspides, l'arc et la traverse et permettre au patient d'enlever et de mettre facilement l'élastique.

Ne pas oublier que le dessin est schématique et que les choses dessinées et montrées pour servir d'applications ne se passent pas de même sur le papier ; mais la clinique est plus exigeante (fig. 4).

Dans la même figure 4, on voit l'arceau C pour éviter que la bicuspide ne tourne. Dans la photographie 14 d'un vide obtenu juste trois mois après avoir commencé la traction mécanique on peut distinguer un peu confusément, en outre de l'espace de 2 millimètres obtenu, l'appareil en position avec l'arc, les bandes, les ligatures, l'éperon et l'arc interne.

Dans les figures 6 à 13 on peut voir le visage de face et de profil et les vides avant et après la correction, mais la partie B de la figure 12, où l'on voit l'espace considérable obtenu et la partie B de la figure 13, qui représente les deux ponts placés sur les espaces obtenus en prenant comme points d'appui les $\frac{5 \mid 5}{7 \mid 7}$, offrent de l'intérêt.

Considérations finales. — Voilà un cas où l'orthodontie a demandé le secours de la prothèse pour compléter son œuvre. La première, essentiellement biologique, profite de l'instabilité de la cellule, l'excite, la stimule et la cellule cède, réagit (pour moi, par mécanotaxie positive) en fournissant un excès de matière reconstituante pour remplir un espace que le milieu ambiant mécanique a imposé par une loi de force supérieure. La prothèse, infiniment plus modeste, auxiliaire, est un art mort dans ce cas ; c'est un outil statique, donc de choc mécanique, qui, obéissant, servira de simple comparse, remplissant un creux et maintenant l'équilibre par le nombre, évitant que les dents ne puissent reprendre leur ancienne position vicieuse.

C'est seulement ainsi que l'orthodontie peut être sublime : Reconstitution du nombre de dents correspondant par ontogénèse avec le nombre, reconstitution de la longueur qui correspond à l'arc, et finalement des rapports des os et des muscles, et, par suite, rétablissement de l'occlusion normale en favorisant la mécanique digestive avec toutes ses conséquences physiologiques et finalement, comme but suprême, empêchement par l'orthodontie qu'une lésion, une mutilation de l'appareil dentaire, abandonnée à elle-même sans lui porter secours, ne soit le premier stade de dégénérescence qui puisse s'établir dans une *famille* et dans la race.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 mai 1925

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — CORRESPONDANCE

Il est fait part des excuses de M. Miégeville.

II. — ART DENTAIRE ET MÉDECINE LÉGALE, PAR M. LE PROFESSEUR DUVOIR

M. le Prof. Duvoir donne lecture de la communication (sera publiée).

DISCUSSION

M. Roy. — J'ai été particulièrement intéressé par l'exposé si clair que vient de nous faire M. le Prof. Duvoir, car toutes ces questions de médecine légale ont beaucoup d'importance pour nous.

Parmi elles, il en est une que je retiendrai pour rappeler un procès dans lequel un de nos confrères a été condamné, à tort, dans des conditions particulières que je signale à M. le Prof. Duvoir.

Il s'agissait d'une malade qui avait eu, un certain nombre d'années auparavant, une dent inférieure fracturée; cette dent était placée en dedans de l'arcade, dans des conditions particulièrement difficiles, et avait été fracturée par un dentiste. Plusieurs années se passèrent sans que la malade ressentît quelque gêne avec sa dent; puis, 5 ou 6 ans après, elle eut un jour des douleurs dans la mâchoire; elle alla voir un dentiste qui était absent et était remplacé par un jeune dentiste qui venait d'être diplômé. Ce jeune dentiste tenta l'extraction de la racine; mais, étant donné sa position difficile, il ne put l'extraire. Les douleurs de la malade continuant à augmenter, elle revint deux jours après et le dentiste réussit cette fois à enlever la racine. Mais cette extraction n'arrêta pas les accidents; cette malade fit une ostéo-myélite de la mâchoire, et après différentes aventures et passages dans des hôpitaux où elle n'avait pas eu de soulagement, elle arriva à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris dans un état très grave. Au bout de quelques jours j'enlevai à cette malade un séquestre comportant toute la portion

antérieure de son maxillaire inférieur dans sa totalité, tout le menton et 9 dents.

A la suite de l'ablation de cet énorme séquestre, les accidents s'amendèrent rapidement et la malade guérit dans des conditions satisfaisantes; elle fut appareillée à l'Ecole.

Il s'agissait d'un de ces cas d'ostéo-myélite qui sont particulièrement graves et délicats à interpréter et sur lequel je suis heureux d'attirer l'attention de M Duvoir, qui peut être appelé à expertiser dans des cas semblables. Il existe, à la suite d'infection dentaire, des cas d'ostéo-myélite comme celui que je viens de vous décrire, dans lequel en quelques heures, en tout cas dans un délai très court, une portion d'os, qui peut être considérable, peut se trouver frappée de mort et quel que soit le traitement qu'on pratique par la suite, il y a des phénomènes de thrombose dans les artères nourricières de l'os, nécrose de celui-ci et les accidents suivent leur évolution jusqu'à l'élimination définitive du séquestre.

Or, dans ce cas, les accidents se produisirent non au moment de l'extraction, mais dès les premières douleurs éprouvées par la malade.

Par conséquent l'extraction n'était pour rien dans la genèse de l'ostéo-myélite que cette malade a présentée, pas plus qu'elle n'était capable d'en arrêter l'évolution. J'ai pu suivre un certain nombre de cas semblables (j'en ai présenté plusieurs à la Société d'Odontologie) et j'ai pu me convaincre de l'exactitude de ces faits. La responsabilité du dentiste n'était donc nullement engagée.

Néanmoins, cette femme poursuivit le dentiste et un expert fut commis : c'était Broca ; il me demanda de venir le mettre au courant de ce que j'avais constaté lorsque j'avais soigné la malade, je le lui indiquai et formulai les considérations que je viens de vous exposer, mettant le dentiste complètement hors de cause. Broca adopta les mêmes conclusions que moi ; le procès fut jugé et la malade déboutée et renvoyée des fins de sa plainte.

C'était avant la guerre et je ne pensais plus du tout à cette affaire, quand j'appris, en 1918 ou 1919, que la malade avait été en appel et là, les juges — et c'est ce qui est scandaleux — sans faire de contre-expertise, sans autre renseignement, se basant simplement sur leur impression de juges, pour juger un cas médical, conclurent à la culpabilité du dentiste, qui fut condamné à 10.000 francs de dommages-intérêts. Je considère ce jugement comme scandaleux, car on aurait pu le comprendre s'il y avait eu divergence entre les experts ; mais il n'y eut pas d'autre rapport que celui de Broca qui arrivait aux mêmes conclusions que celles que j'avais formulées.

M. Quintin. — Je me joins à M. Roy pour féliciter M. le Professeur Duvoir de la remarquable conférence qu'il vient de donner.

J'ai été plusieurs fois désigné par le Parquet de Bruxelles pour faire des expertises ; j'ai dû m'occuper à différentes reprises de cas de morsures, mais je les passe sous silence, M. Duvoir ayant traité ce point avec la plus grande compétence. Si je prends la parole, c'est pour vous donner un aperçu d'une expertise à laquelle j'ai été mêlé et qui, je pense, intéressera M. le Professeur Duvoir.

Un rentier avait été tué dans son lit pendant qu'il dormait ; le juge avait inculpé l'amant de la femme. Je fus chargé de l'expertise parce que, dans la chambre du malade, on avait retrouvé sur le parquet une pièce dentaire et des incisives. J'ai malheureusement été appelé un peu trop tard pour cette expertise médico-légale ; des lésions intéressantes avaient disparu par suite de la section frontale de la tête de la victime. Ces lésions cependant avaient leur importance, comme vous allez le voir. En faisant mes recherches, j'arrive à déterminer l'emplacement des dents que j'avais trouvées sur le parquet ; j'identifie la pièce par les dents de support ; la pièce portait deux crochets : un petit et un autre plus important. Je me suis dit : puisque l'assassin a étouffé sa victime, c'est donc qu'il est arrivé à surprendre celle-ci dans son lit et, pour l'empêcher de crier, il a dû lui enfoncer le poing dans la bouche.

Partant de là, j'ai fait des expériences sur la résistance de certaines dents au moyen du dynamomètre et du pulsomètre. J'en étais arrivé à cette hypothèse que, si l'assassin était bien celui qui était inculpé, il devait présenter sur la main la trace des deux crochets qui étaient supportés par la pièce. Je fais part au juge de mon raisonnement. Il donne l'ordre d'amener l'inculpé. J'examine sa main droite et j'avise le juge que je crois mon hypothèse fondée. Je prends l'empreinte de la main avec les deux plaies déjà séchées ; la blessure produite par le gros crochet n'était pas encore cicatrisée, mais la plaie provoquée par l'emplacement du petit crochet laissait cependant apercevoir un tissu cicatriciel rosé. Je fais revenir l'inculpé le surlendemain et je lui montre la pièce adaptée sur sa main ; immédiatement il tremble et s'écrie : je suis perdu, on veut ma mort. Lors du dépôt de mon rapport, je ne pus faire mention de ce quasi aveu. L'accusé fut acquitté sous prétexte — les avocats ont défendu cette manière de voir — que tout le monde peut se blesser ; que rien ne prouvait que l'inculpé avait été blessé avec la pièce dentaire. Quelques jours après, amant et maîtresse se disputent, et c'est alors qu'éclate le véritable aveu, la femme accusant son amant d'avoir tué son mari. J'avais donc raison dans mon observation.

Je suis doublement heureux de rencontrer M le Professeur Duvoir, d'abord pour avoir entendu sa conférence, ensuite pour lui présenter cette pièce anatomique qui m'a été confiée. Je suppose que le Parquet vous présente une pièce comme celle-ci et vous demande à quel personnage elle a bien pu appartenir de manière à pouvoir donner un avis sur un cas de mort par exemple, M. le Professeur Duvoir n'étant pas odontologiste sera peut-être un peu dérouté ; mais je pense que cela pourra intéresser les membres.

M. G. Villain. — J'ai été fort intéressé par la communication de M. le Professeur Duvoir et je voudrais lui exposer un cas particulier.

M. Duvoir cite dans les dommages dentaires: les accidents du travail, pensions militaires et enfin droits civils.

Les pensions militaires pour invalidités dentaires sont réglées par un décret qui sera promulgué, je l'espère, prochainement. Les pensions seraient dorénavant basées sur la diminution du coefficient mastication.

Au point de vue responsabilité civile il est possible, lorsque quelqu'un a les moyens de plaider et de poursuivre, d'obtenir des indemnités plus ou moins raisonnables.

Quant aux accidents du travail, l'indemnisation pour pertes de dents n'est pas prévue. M. Duvoir nous a dit tout à l'heure: que dans les accidents du travail on ne regarde que la diminution de la capacité de travail ; or je ne sais pas si on la regarde intégralement, car chez l'homme qui a perdu ses dents il y a diminution de la capacité au point de vue de la phonation pour le vendeur, l'avocat, l'homme public, le chanteur ; il y a aussi diminution de la capacité de travail au point de vue esthétique pour certaines professions dans lesquelles l'aspect, la représentation jouent un rôle, tel l'acteur, le vendeur, etc. Pour d'autres gens, comme le joueur de flûte, la perte de dents antérieures constitue une perte totale de la capacité, dans ce cas on indemnise, mais dans une proportion insuffisante.

Quand un homme qui a perdu une dent ou un groupe de dents doit faire faire la restauration de celles ci, il est incompréhensible que celui à qui incombe la responsabilité de l'accident ne soit pas tenu d'indemniser intégralement le dommage.

Il y a quelques jours, j'ai eu l'occasion de me rendre compte de la nécessité de compléter les lois sur les accidents par l'incorporation d'un texte précisant mieux les dommages dentaires aussi bien au point de vue de la responsabilité que des accidents du travail. Une jeune élève de Paris, blessée dans un lycée, a eu une fracture alvéolaire avec perte d'une dent, une autre dent est fracturée, la

racine de cette dent traitée sert de pilier à une restauration comprenant un bridge pour restaurer la perte totale de $\overline{1}|$ et la perte de la couronne de $|\overline{1}$. La note d'honoraires est adressée aux parents qui répondent : nous avons communiqué la note d'honoraires au proviseur du Lycée, lequel l'a transmise à l'assurance ; et l'assurance, se basant sur les textes de loi dit : nous devons les soins, nous ne devons pas la restauration. Comme une des deux dents avait dû être extraite et que le confrère ne demande pas grand'chose pour les soins de la racine de la seconde, sa note portait surtout sur la restauration. Voilà des parents qui sont obligés de payer la presque totalité des frais. Je trouve cela inadmissible, et je crois que nos associations et les associations médicales devraient protester ; il y a des modifications à apporter dans cette loi ; il n'y a aucun doute que la perte d'une dent ou d'un groupe de dents représente un dommage réel dont la restauration entraîne une dépense sensible pour le malade, non seulement immédiate, mais susceptible d'être répétée plusieurs fois au cours de sa vie. Le dommage est en outre esthétique et fonctionnel.

Je tenais à signaler ceci à M. Duvoir qui pourrait peut-être nous donner un conseil utile pour que nos associations professionnelles poursuivent la modification du barême, tout au moins en ce qui concerne les affections dentaires.

M. Wallis-Davy. — J'ai été souvent, par mes fonctions à l'Ecole, chargé de faire rédiger des certificats pour des accidents du travail. Je les ai toujours établis de façon à inciter les Compagnies à payer les appareils de prothèse. J'y indiquais : incapacité temporaire de X pour cent pouvant être ramenée à Y pour cent par le port d'un appareil de prothèse. Dans le service du professeur Sebileau, où je suis détaché par l'Ecole, nous avons toujours obtenu des compagnies des résultats favorables aux blessés.

M. Quintin. — Je crois que l'examen de la pièce anatomique a été suffisamment long. Permettez-moi maintenant de vous donner les éclaircissements voulus. Une dame ayant été accusée d'avortement, la police a fait une perquisition chez elle, et dans un tiroir a trouvé cette pièce à conviction. Or cette pièce provenait d'un kyste de l'ovaire enlevé à la personne en question une dizaine d'années auparavant.

M. le Prof. Duvoir. — En matière d'accidents du travail, les appareils ne sont pas dus, mais fréquemment la Compagnie d'assurances les fournit dans un but à la fois humanitaire et utilitaire, la prothèse pouvant diminuer la gêne de la victime et par conséquent le taux de son incapacité permanente. Dans le cas qui vient d'être cité, les frais dentaires, y compris ceux de prothèse, étaient au contraires dus, car il s'agit d'un accident de droit

commun, où le dommage entier doit être compensé par son auteur.

L'importance du dommage variera, bien entendu, suivant les cas. En laissant de côté le dommage esthétique, qui peut se poser même en accident du travail, voici des exemples, un peu « à côté » d'ailleurs, puisés dans ma pratique personnelle. J'ai eu à expertiser il y a peu de temps deux cas de fracture des os du nez. L'un concernait un individu qui n'avait conservé qu'une légère gêne respiratoire due à un minime rétrécissement d'une narine ; c'était peu de chose, mais l'homme faisait valoir qu'il était trombone à coulisse dans un orchestre de cirque. J'ai admis un taux d'incapacité plus élevé, sous la réserve, bien entendu, qu'il soit établi que la profession qu'indiquait la victime était bien sa profession principale. L'autre, une marchande des quatre-saisons spécialisée dans le commerce du beurre, avait perdu l'odorat et, de ce fait, ne pouvait plus acheter seule un produit qu'il lui était devenu impossible de « goûter ». Là encore j'ai admis un taux d'incapacité que j'aurais refusé dans la plupart des autres cas.

M. le Président. — Avant de remercier M. le Professeur Duvoir de sa très intéressante communication, je rappellerai, au sujet de l'incendie du Bazar de la Charité, l'identification de plusieurs cadavres, grâce, non pas seulement aux modèles des bouches de ces victimes, mais aussi grâce aux fiches que possédaient les dentistes et qui marquaient certaines obturations à l'or ou à l'amalgame, que l'on put très bien retrouver malgré l'état de carbonisation des corps.

Si notre très regretté président d'honneur Charles Godon était là, il ne manquerait pas de rappeler qu'une de ses clientes a pu être identifiée grâce à sa fiche dentaire.

Il me reste à remercier M. le Professeur Duvoir, au nom de la Société. C'est un grand honneur pour nous que vous ayez bien voulu nous faire cette communication et j'espère qu'à l'occasion vous voudrez bien encore revenir parmi nous.

M. le Prof. Duvoir. — Le tribunal ne suit pas toujours l'avis des experts dans les procès en responsabilité médicale, mais presque exclusivement lorsqu'il s'agit de l'imputation d'une faute matérielle, *telle que l'oubli d'un instrument, d'une mèche,* etc. Il est au contraire plus qu'exceptionnel que le magistrat s'immisce dans une question technique. Le procès que M. Roy vient de rappeler est le seul exemple de cet ordre que je connaisse.

M. le Président. — Avant de donner la parole à M. Quintin, de Bruxelles, qui n'a pu nous faire sa communication à la dernière séance, je tiens à le féliciter publiquement, au nom de la Société d'Odontologie, M. Quintin vient d'être nommé chevalier de la Légion d'Honneur. Depuis plus de 20 ans, il suit nos sociétés professionnelles ; ce n'est pas un étranger pour nous ; il

prend part à tous nos congrès ; il est parmi nous comme le meilleur de nos amis et nous sommes heureux de la distinction bien méritée qui lui a été accordée par le Gouvernement français.

III. — Cas curieux de malposition de dent de sagesse inférieure, par M. Quintin

M. Quintin. — Je suis un peu confus des belles paroles que votre Président a prononcées à mon sujet ; il a certainement exagéré, mais comme vous savez qu'il est un de mes plus vieux amis de l'Ecole, vous comprendrez son exagération.

Je reste un peu confus aussi de n'avoir pu répondre plus tôt à son invitation ; il avait bien voulu me convier à l'inauguration de cette salle, que vous avez consacrée à la mémoire du fondateur de cette maison, M. le Dr Godon, le grand ami de la Belgique, et je ressens une profonde émotion en pensant à notre regretté bienfaiteur.

Tout président qui entre en charge cherche à avoir des collaborateurs. Malheureusement la maladie m'a retenu éloigné longtemps des travaux professionnels ; de plus, l'âge vient et quand on vieillit il semble toujours qu'on est moins porté au travail, il semble qu'on ne sait rien ; je crois donc que vous allez être plus ou moins déçus de la contribution que je vous apporte ce soir. Cependant, j'ai grande confiance dans l'avis du Dr Roy, car c'est lui qui m'a suggéré l'idée de vous faire cette communication, après le Congrès de Liége.

M. Quintin donne ensuite lecture de cette communication (sera publiée).

Discussion

M. Bonnet-Roy. — M. Quintin a bien raison de penser que sa communication était de nature à intéresser les dentistes ; elle intéresse également des chirurgiens. Il n'est pas douteux, en effet, que, dans l'espèce, c'est la famille qui a eu raison, et M. Quintin avec elle, en refusant une intervention chirurgicale par voie externe, pour une extraction de dent de sagesse.

J'estime, pour ma part, que, quelle que soit la position de la dent de sagesse inférieure, c'est toujours par la cavité buccale que l'on doit opérer, étant donné que c'est par la cavité buccale que se fait la plus grande partie de la chirurgie des tumeurs des mâchoires et même des tumeurs malignes.

On ne saurait donc trop insister sur le mérite qu'a eu M. Quintin d'intervenir comme il l'a fait ; sa technique est la seule logique à appliquer dans ces cas-là, quelques difficultés qu'ils présentent.

M. Roy. — Je m'associe à ce que vient de dire M. Bonnet-Roy ; c'est tout à fait illogique d'opérer par la peau ; je dirai même que c'est une opération non seulement inesthétique,

mais encore beaucoup plus difficile à faire par la peau que par la bouche. J'ai eu l'occasion d'enlever il y a 8 jours une dent de sagesse non pas comme celle de M. Quintin — elle n'était pas aussi intéressante, car c'était une dent en position normale, mais avec des racines énormes et renflées en forme de massue et qui par surcroît avait été fracturée au ras du collet et avait une pulpe vivante.

J'avais fait la radiographie de la dent quelque temps auparavant ; j'avais été tout heureux de constater qu'il s'agissait d'une dent qui pouvait être conservée (carie au second degré) ; j'en avais avisé le malade. Mais celui-ci est allé quelque temps après trouver un confrère de province qui lui a dit : il faut enlever cette dent-là. Il est arrivé ce qui devait arriver : elle a cassé ; un second confrère l'a également cassée à nouveau. Le malade est alors revenu me voir et j'ai pu, par la voie vestibulaire, enlever cette dent extrêmement difficile.

M. Quintin. — Je suis tout particulièrement heureux d'avoir l'approbation de deux personnalités très qualifiées de la profession dentaire et para-dentaire, MM. les Drs Bonnet-Roy et M. Roy. Si j'ai pu vous intéresser, j'en suis très satisfait.

IV. — Pince a main pour le curettage de la pyorrhée, par M. Quintin

M. Quintin donne lecture de cette communication (sera publiée).

Discussion

M. le Président. — Je remercie en votre nom à tous M. Quintin d'avoir bien voulu venir de Bruxelles pour nous faire ces deux communications, et j'espère que, malgré ses idées de retraite, nous le reverrons encore. (*Vifs applaudissements.*)

V. — Abcès palatin d'origine non dentaire, par le Dr M. Roy

M. Roy donne lecture de la communication.

Discussion

M. Quintin. — Excusez-moi de prendre encore la parole ; mais je trouve que la communication de M. Roy est très intéressante. Ce sont justement les mots qu'il a prononcés tout à l'heure : abcès dans la région de la racine, d'origine non dentaire, qui font que je vais vous citer deux cas que je considère comme pouvant corroborer les dires de notre confrère.

Le premier cas est celui d'une 2e grosse molaire supérieure atteinte de pulpite. J'emploie une pâte que, comme ancien pharmacien, je prépare moi-même, et qui me donne toujours d'excellents résultats. Le lendemain du jour où j'avais obturé cette

dent, mon ami me téléphone que sa femme a un abcès. Je lui marque mon étonnement et le prie de m'envoyer la malade. A l'examen toute la région vestibulaire était gonflée. A la percussion il y avait légère sensibilité, mais je pouvais constater aussi que l'abcès n'était pas situé à la région apicale. J'incise l'abcès gingival ; je nettoie avec de l'eau oxygénée ; la personne se trouve soulagée. Elle revient le lendemain. Le phénomène s'était considérablement amendé ; je refais une nouvelle injection d'eau oxygénée, puis, au moyen de la sonde et au moyen de la précelle, je pousse mes investigations dans tous les sens. Je sens dans la cavité une petite résistance, et je retire un poil de brosse. C'était donc ce poil de brosse qui, s'étant glissé entre les deux dents, avait infecté les tissus mous et avait provoqué un léger abcès de la gencive.

Le second cas était un peu plus compliqué. Un jeune homme de 15-16 ans se plaint d'un gonflement qui va de la 7e inférieure droite jusqu'à la région mentonnière ; le médecin de la famille vient, prescrit des compresses sur la figure, ce qui n'amène aucune amélioration. Le gonflement s'accentuait ; finalement ce médecin fait appeler un confrère. Ce dernier pratique une incision, curette la mâchoire, puis prend un instrument et dit : il y a une carie, je vais donner issue aux gaz et l'enfant sera guéri. La guérison ne venant pas, les parents font appeler un professeur qui, reconnaissant son incompétence, nous adresse le petit malade.

A l'examen, je constate que le siège de l'abcès, au lieu de se trouver au niveau de la 7e, se place plutôt vers la région mentonnière. L'enfant n'a aucune souvenance d'un traumatisme quelconque : toutes les dents sont sensibles au froid. Au moyen d'une sonde je fais l'exploration du cul-de-sac alvéolaire de l'incisive latérale droite, et je constate que tout le ligament est détruit jusqu'à l'extrémité de la racine. Dans ces conditions-là, je fais faire la radiographie, qui confirme mon diagnostic ; la dent est complètement désarticulée dans la face distale. Voulant pousser plus avant mon diagnostic, je fraise dans la molaire cariée et y mets un calmant. Je propose ensuite à la mère l'avulsion de l'incisive incriminée en faisant envisager pour plus tard, lors de la poussée de la dent de sagesse, le comblement de l'espace laissé vide.

Les événements m'ont donné raison. Après avoir enlevé la dent, je constatai que sur le périoste il y avait encore un poil de brosse. Voilà donc des causes minimes en elles-mêmes qui peuvent occasionner des désordres très graves. Je dois ajouter que cet enfant, qui avait souffert pendant plus de 4 semaines, était absolument anémié, infecté profondément au point qu'on a dû lui faire faire un séjour de plus de 3 mois à la mer.

M. G. Villain. — M. Roy a-t-il pris une radiographie depuis la première ? Ce serait intéressant. Je considère que la radiographie n'est qu'un des éléments de diagnostic qui se trouve à notre disposition ; cet élément seul pouvait tromper le clinicien dans le cas signalé par notre confrère, mais, d'autre part, la radiographie dans ce même cas et par la suite aurait pu apporter son aide efficace à la recherche de l'inconnu ou du doute qui subsista dans l'esprit clinique de M. Roy, il eût été intéressant, étant donné qu'il y a une zone radio-claire dans la radiographie, d'en reprendre une seconde quelques mois plus tard, pour voir si des modifications sont intervenues depuis la première.

De même, il eut été intéressant de reprendre dès la première radio une deuxième épreuve suivant une autre incidence pour mieux localiser la zone radioclaire et juger si elle était réellement en rapport avec la dent primitivement incriminée.

M. Roy. — Sur une autre radio l'impression est moins nette ; à l'occasion, je pourrai faire faire une radio.

M. Nahas. — Il me semble avoir vu sur la radio de M. Roy que le ciment à l'oxyphosphate ne couvrait pas toute la partie de l'ivoire intéressée par la cavité et qu'il y a une partie inférieure qui n'est pas couverte par l'oxyphosphate.

J'ai vu personnellement, faisant beaucoup de radios, des dents obturées au ciment qui donnaient des zones radioclaires et je retiens également le mot kystogène que M. Roy a prononcé à propos du ciment au silicate de zinc ; vraiment, il y a des recherches à faire dans ce sens-là.

M. Roy. — L'observation que M. Nahas vient de vous signaler, tient à ce que les obturations au silicate sont presque transparentes à la radiographie tandis qu'à l'oxyphosphate elles sont opaques ; cela se distingue très bien sur la radiographie que je vous ai fait passer : dans l'une des deux incisives, la couche d'oxyphosphate remplit tout le fond de la cavité ; dans l'autre elle n'en occupe que la moitié, mais justement la moitié la plus intéressante, celle qui est la plus rapprochée de la pulpe.

M le Président. — Au nom de la Société, merci au Dr Roy d'avoir bien voulu une fois encore nous faire part de sa très intéressante observation.

VI. — Résection d'une plaque de leucoplasie linguale, par décortication.

VII. — Cas de corps étranger du canal de Wharton, par le Dr Bonnet-Roy.

M. Bonnet-Roy donne lecture de ses communications (seront publiées).

DISCUSSION

M. Roy. — Je m'excuse de prendre encore la parole sur la seconde observation de M. Bonnet-Roy, car cela me donne l'occasion de signaler un fait intéressant que je suis en ce moment-ci à la Pitié. Il s'agit d'une malade qui fait de la suppuration de ses deux canaux de Wharton ; cette malade qui est âgée de 50 à 60 ans, et qui est naine et difforme, n'a plus une dent dans la bouche. En voyant cette suppuration du canal de Wharton je dis : il y a un calcul salivaire ; j'explorai ses canaux, qui sont extraordinairement larges et longs mais on ne sent pas le moindre corps étranger. Il n'y a pas la moindre tuméfaction de la glande sous maxillaire ; le plancher de la bouche est aussi souple que s'il n'y avait pas la moindre inflammation. Quand on presse sur le canal, on fait sortir du pus mélangé de salive, qui a diminué depuis le traitement que je lui fais suivre ; cela existe depuis plusieurs mois, mais malgré les explorations faites depuis les lavages, je n'ai pas vu la plus petite trace de calcul. Il ne semble donc pas qu'il s'agisse d'un calcul du canal de Wharton ni de lithiase de la glande sous-maxillaire. Je pense qu'il s'agit là d'une infection un peu spéciale. J'ai fait faire un prélèvement de pus par M. Delater qui a trouvé du pneumocoque ; la malade est assez améliorée ; je lui ai fait des lavages du canal de Wharton, avec de l'argyrol. Mais ce cas est tout à fait exceptionnel car quand on voit du pus dans le canal de Wharton, il y a 99 chances sur 100 pour que ce soit provoqué par un calcul du canal, ce qui ne semble pas être le cas chez ma malade.

Le Président. — Le Dr Bonnet-Roy est un membre assidu de nos séances, quoique non dentiste. Pratiquant la stomatologie pure, la vraie stomatologie, telle que nous la comprenons, il s'intéresse à tous nos travaux et sait nous faire profiter de ses recherches. Nous devons l'en remercier, à ce titre d'abord, mais je ne saurais profiter de l'occasion qui m'est offerte ce soir sans y ajouter les remerciements de toute la société pour le concours qu'il veut bien nous donner, en nous amenant de très savants conférenciers, ce soir c'est le professeur Duvoir que nous avons applaudi, il y a quelque temps c'était le Dr Clément Simon et d'autres encore.

Permettez-moi donc au nom de vous tous de le remercier encore bien sincèrement.

La séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.

Réunion du 9 juin 1925

(COMPTE RENDU SOMMAIRE)

La Société s'est réunie le 9 juin, à 8 h. 30 du soir, sous la présidence de M. Henri Villain.

Sous une forme particulièrement compréhensible pour le moins averti en matière de pathologie maxillo-faciale *M. le Prof. Sebileau* a présenté une étude critique des fissures de la voûte palatine et de leur thérapeutique. Après un exposé de l'anatomie pathologique habituelle de cette affection, il a discuté longuement et complètement les points suivants, qui sont d'une importance capitale : âge pour l'intervention, indications opératoires, technique, pronostic, résultats éloignés. Il a fait voir combien cette intervention est souvent décevante, les cas paraissant les plus favorables se terminant quelquefois par des résultats fonctionnels des plus médiocres.

M. Sebileau insiste particulièrement sur la rééducation phonétique sans laquelle aucune amélioration fonctionnelle n'est possible.

Il indique l'utilité de l'association de la prothèse avec la chirurgie et il rend hommage en terminant à la collaboration de M. le Dr M. Darcissac, dont les conceptions prothétiques (appareils protecteurs de lambeaux, extenseur du voile, etc.) tendent à améliorer notablement le pronostic de cette délicate intervention.

M. le Dr M. Roy décrit la façon dont doit être examinée la bouche d'un pyorrhéique ; il fait ressortir la très grande importance d'un examen approfondi de la région cervicale de chaque dent. Il présente également un modèle de signalisation des lésions pyorrhéiques permettant au praticien de suivre minutieusement la marche des lésions.

Un film pédagogique est présenté sous le titre de : « Préparation « des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires, de « Morineau et Lubetzki, avec la collaboration de E. Darcissac. Des« siné et réalisé à l'écran par T. Morineau. »

C'est un film de près de 900 mètres en deux parties. Les différents types de cavités proximo-triturantes y sont représentés depuis le début de la carie jusqu'à l'achèvement des cavités en vue de l'obturation. Des textes précis, des photographies irréprochables, une luminosité parfaite permettent au spectateur de s'initier sans fatigue à la technique si délicate et si compliquée de la préparation des cavités proximo-triturantes.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 18 mai 1925

PRÉSIDENCE DU Dr HERPIN

M. Dufougeré présente un malade syphilitique porteur d'une fracture du maxillaire inférieur consécutive à un traumatisme léger. Cette fracture oblique en bas et en arrière allant d'une prémolaire à l'angle de la mâchoire a été suivie d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire. Après curettage local et ablation d'un séquestre consolidation sans trouble de l'articulé.

M. Chompret rapporte l'observation d'une fillette de 8 ans 1/2 présentant une deuxième molaire temporaire supérieure droite non évoluée au-dessus de laquelle se trouve le follicule de la deuxième prémolaire définitive. Après extraction on constate que la deuxième molaire temporaire a ses racines résorbées indépendamment de l'évolution de la dent définitive.

M. Thibault, à propos d'une fièvre aphteuse observée sur lui-même, montre l'imprécision qui règne au sujet de la séméiologie aphteuse. Il rappelle que de récentes recherches expérimentales ont montré, d'une part, que la rareté de l'infection aphteuse est conditionnée par la brièveté de la période virulente chez l'animal (Lebailly) et par l'existence d'une véritable immunité locale intra-buccale (Vallée et Cani), d'autre part, l'auteur se demande si le virus spécifique doit être rendu responsable de toutes les manifestations pathologiques communément observées au cours de la fièvre aphteuse. Rappelant les derniers travaux de Philibert qui ont montré que la pullulation secondaire de certains microbes, favorisée par les virus filtrants, était susceptible de compliquer le tableau clinique dû au virus, il suppose que le virus aphteux spécifique détermine la stomatite et l'éruption cutanée, laissant à un microbe banal (le plus souvent le staphylocoque) la responsabilité des troubles gastro-intestinaux et des suppurations étendues observées dans les cas graves.

M. Dufougeré dans une communication intitulée : « La gangrène pulpaire, consécutive à l'emploi de certains ciments translucides, peut-elle être évitée ? » insiste sur l'action nocive de l'acide phosphorique libéré par ces ciments et montre la nécessité de toujours protéger la dentine par une couche de ciment opaque ordinaire susceptible de neutraliser l'acide phosphorique en excès.

M. Bloch rapporte un cas d'évolution de dent de sagesse sans racines sous un appareil de prothèse mobile chez une femme de 60 ans.

M. Herpin, à propos de l'évolution de la dentine et de l'émail, montre, d'après des mensurations faites sur des molaires prises sur des maxillaires de 6, 12 et 55 ans, que l'émail semble croître en épaisseur indépendamment de l'organe de l'émail et aux dépens de la dentine, confirmant ainsi les derniers travaux de Retterer.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
(A. F. A. S.)

Section d'Odontologie

Congrès de Grenoble

(*27 juillet-1er août* 1925)

Nous complétons par des renseignements nouveaux les indications données dans notre numéro de mai pour les hôtels et restaurants.

HOTELS

	Chambre pour 1 personne	Chambre pour 2 personnes	Petit Déjeuner	Déjeuner	Dîner
	—	—	—	—	—
Alpes, rue Bressieux.....	10 fr.	15 à 20	2 fr. 50	10 - 12	10 - 12
Family, rue Colbert.....		20	3 »	10 - 15	10 - 15
Armes Dauphinoises, 8, rue Condorcet	10 à 12	18 à 24			
Ernst, 7, rue Denfert-Rochereau.....	15 fr.	25 à 30			
Bride, 1, rue du Dr-Mazet		12 à 20			
Central, rue Montorge...	12 à 14	14 à 18	3 »	12	12

RESTAURANTS

	Petit Déjeuner	Déjeuner	
	—		
Grand Hôtel.....	5 fr.	16 fr.	18 fr.
Marronniers.....	1 fr. 50	12 »	12 »
Belledonne	2 »	15 »	15 »
Anti-Alcoolique.....	2 »	5 - 8	5 - 8

MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT DE L'A. F. A. S.

Dans ses séances du 22 janvier et du 26 mars 1925, le Conseil de l'Association a adopté les modifications suivantes au Règlement, qui seront soumises à l'Assemblée générale qui se tiendra à Grenoble le 1er août 1925.

Art. 64. — Au lieu de : « Six pages, au maximum, peuvent être accordées à un auteur pour une même question ».

Mettre : « Trois pages, au maximum, etc... »

Le Congrès se tiendra au Lycée Champollion, Cours Lafontaine ; mais les séances, les démonstrations pratiques et l'exposition de la Section d'odontologie auront lieu à l'Ecole des Arts industriels, située en face.

Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages : facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc., etc., il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S.

Prière d'adresser les demandes de renseignements, les adhésions et les titres de communications au secrétaire de la Section, M. Wallis-Davy, 7, boulevard Rochechouart, Paris, qui les fera parvenir au Secrétariat général de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 20 francs par an, plus un droit d'inscription de 5 francs pour les membres nouveaux.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

19e Session — Genève — 2-6 Aout 1925

Sous le haut patronage et la présidence d'honneur de M. Musy, président de la Confédération suisse, et de M. Rochaix, président de la République de Genève.
Secrétariat-adjoint : G. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Président : Truman W. Brophy, Chicago.

Vice-président : J. Howard Mummery, Londres ; W. Guy, Edimbourg ; Rudolf Weiser, Vienne ; F. Schaeffer-Stuckert, Francfort-sur-Main ; J. Burkhart, Rochester (N. Y.) ; Guerini, Naples ; M. Roy, Paris ; N. Etchepareborda, Buenos-Aires.

Secrétaire général : Florestan Aguilar, 4, Fernando-VI, Madrid (Espagne).

Secrétaires-adjoints : G. Villain, Paris ; Ch. Nord, La Haye.

Trésorier : Van Hasselt, 90, Laan Van Meerdevoort, La Haye (Hollande).

PROGRAMME

DIMANCHE 2 AOUT

20 h. 30. — Réception des membres de la F. D. I. par le Comité National Suisse à l'Hôtel des Bergues.

LUNDI 3 AOUT

10 heures du matin. — Séance solennelle d'ouverture, au Palais Eynard (rue de la Croix-Rouge, 4 à 6), sous la présidence d'honneur de M. Musy, président de la Confédération suisse, et de M. Rochaix, président de la République de Genève.

Ordre du jour :

1° Allocution du président du Comité national suisse ;
2° Discours du président de la F. D. I. ;
3° Allocutions des délégués des Fédérations ou Associations nationales des pays représentés ;
4° Remise du Prix Miller conféré en 1924 au Dr Truman Brophy ;

5° Discours des présidents d'honneur, M. Musy et M. Rochaix.

14 heures. — Réunion du Conseil exécutif (au Palais Eynard).

ORDRE DU JOUR :

1° Correspondance;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier ;
4° Rapport sur le legs Geo. Cunningham ;
5° Admissions — Démissions;
6° Organisation préliminaire du Congrès dentaire international de Philadelphie (1926) ;
7° Rapport du Comité du prix Miller.

15 heures. — Séances d'ouverture des Commissions (Palais Eynard) ;

a) Commission d'Enseignement.
b) Commission de Législation et de Déontologie.
c) Commission de la Croix-Rouge.
d) Commission de Documentation (statistique, bibliographie).
e) Commission de la Presse dentaire.
f) Commission des Recherches scientifiques.
g) Commission d'Hygiène dentaire.
h) Commission de l'Armée et de la Marine.
i) Commission de Terminologie et de Nomenclature.

MARDI 4 AOUT

9 heures du matin. — Réunion des Commissions (Palais Eynard).

14 heures. — Réunion des Commissions (Palais Eynard).

16 heures. — Visite de la Société des Nations et du Bureau international du travail.

MERCREDI 6 AOUT

9 heures du matin. — Réunion des Commissions.

Rapports et vœux à présenter à la séance du Conseil exécutif de l'après-midi.

14 heures. — Réunion du Conseil exécutif.

ORDRE DU JOUR :

1° Discussion du discours du président Brophy prononcé à Luxembourg ;
2° Rapport de M. Aguilar et présentation des comptes du Russian Relief Fund de la F.D.I.;
3° Annuaire international annuel de toutes les Sociétés dentaires et de tous les dentistes diplômés ;
4° Candidatures pour l'attribution du prix Miller ;
5° Rapports des Commissions;

6° Discussion de ces rapports et adoption des conclusions ;
7° Approbation des comptes du trésorier ;
8° Fixation du lieu et de la date de la session de la F. D. I. en 1926;
9° Discussion des vœux et résolutions présentés ;
10° Propositions diverses ;
11° Allocution du président ;
12° Clôture de la session ;
20 heures — Banquet de la F. D. I. à l'hôtel des Bergues (Prix : 20 francs suisses, vin, café et service compris).

JEUDI 6 AOUT

14 heures. — Excursion au Salève en train spécial.

ORDRE DU JOUR DES COMMISSIONS

a) *Commission d'enseignement*

1° Contrôle pédagogique. — *Rapporteur :* M. G. Villain.
2° Questions diverses.

b) *Commission de législation et de déontologie*

1° Revision des statuts et règlements de la F. D. I.
2° Réglementation du travail des Commissions. — *Rapporteur :* M. G. Villain.
3° Discussion des rapports publiés.

c) *Commission de la Croix-Rouge*

Relations entre la F. D. I. et la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge. — *Rapporteur :* M. Watry.

d) *Commission de documentation* (Statistique, Bibliographie)

Rapport à présenter, s'il y a lieu, sur les travaux de la Commission et propositions éventuelles à formuler.

e) *Commission de la Presse dentaire*

Questions diverses.

f) *Commission des Recherches scientifiques*

Utilité de créer un centre international de recherches scientifiques dentaires ; voies et moyens propres à l'organisation de ce centre. — *Rapporteur :* M. J. Howard Mummery.

g) *Commission d'Hygiène dentaire*

ORDRE DU JOUR

1° Ouverture de la session ;
2° Nouveaux membres ;
3° Membres honoraires ;

4° Institut international d'hygiène dentaire;
5° Nouveaux règlements ;
6° Nomination des rapporteurs ;
7° Système de traitement dentaire scolaire;
8° Communication des enquêtes ;
9° Préparation d'un programme pour la Section d'Hygiène dentaire au Congrès de Philadelphie 1926.

Séance commune de la Commission d'Hygiène avec les Commissions de la Croix-Rouge, de l'Armée et de la Marine. Relations entre la F. D. I. et la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. — *Rapporteur* : M. Watry.

h) *Commission de l'Armée et de la Marine*

Situation actuelle des services dentaires dans l'Armée et dans la Marine ; directives en vue de la meilleure organisation de ces services à recommander aux divers états du globe.

i) *Commission de Terminologie et Nomenclature*

1° Adoption du rapport et des conclusions de M. Ottofy (voir rapport dans les comptes rendus de 1924).

3° Questions diverses.

HOTELS

	Chambre et pension, depuis	Chambre depuis	Petit Déjeuner	Déjeuner	Dîner
	—	—	—	—	—
Angleterre	13 fr.	5 fr.	2 fr.	6 fr.	7 fr.
Beau-Rivage	30 »	8 »	2 fr. 50	9 »	10 »
Bellevue	17 »	6 »	2 fr.	6 »	7 »
Bergues	28 »	10 »	2 fr. 50	8 »	10 »
Familles	13 »	5 »	1 fr. 75	4 fr. 50	4 »
Métropole-National	21 »	8 fr. 50	2 fr. 50	8 »	9 »
Paix	25 »	8 fr. 50	2 fr. 50	9 »	10 »
Richemond	14 »	5 »	2 »	5 »	6 »
Russie	17 »	6 »	2 fr. 50	6 »	8 »

(Francs suisses)

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE PHILADELPHIE

Le 7e Congrès dentaire international aura lieu à Philadelphie, au Musée Commercial, du 23 au 28 août 1926, sous la présidence de M. W. H. G. Logan (de Chicago) ; il comprendra 14 sections.

Il se composera d'assemblées générales, de séances de sections, de démonstrations pratiques et d'une exposition.

Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur cet important événement professionnel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décret du 1er mai 1925 le dentiste auxiliaire, dont le nom suit, est nommé dans le cadre de réserve du Service de santé et par décision ministérielle du même jour reçoit l'affectation suivante :

Au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve

M. Simonet (Henri-Louis), dentiste auxiliaire à la section d'infirmiers militaires des troupes coloniales.

(*Journal officiel*, 7 mai 1925).

Par décret du 11 mai 1925 les dentistes auxiliaires ci-après sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

(Rang du 15 mai 1925)

Au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve

M. Burgos (Raymond-Adolphe-Gustave), 22e section d'infirmiers militaires. — Affecté au G. M. P.

M. Dupuis (Gaston-Fernand), 22e section d'infirmiers militaires. — Affecté au G. M. P.

M. Cordier (Albert-Louis), 3e section d'infirmiers militaires. — Affecté au G. M. P. (hôpital du Val-de-Grâce) (service).

M. Boutaric (Edmond-Eugène), 1re section d'infirmiers militaires. — Affecté au 1er corps d'armée.

M. Fabre (Marius-Ernest), 4e section d'infirmiers militaires. — Affecté au 4e corps d'armée.

M. Marsan (Roger-Blaise-Firmin), 5e section I. M. — Affecté au 5e corps.

M. Rasumny (Jean-Lazare), 5e section I. M. — Affecté au 5e corps.

M. Chabrat (Robert-Victor), 6e section I. M. — Affecté au 6e corps.

M. Huguenot (Roger-Marie), 8e section I. M. — Affecté au 8e corps.

M. Soulier (Joannès), 14e section I. M. — Affecté au 14e corps.

M. Rifaux (Henri-Marius), 14e section I. M. — Affecté au 14e corps.

M. Cothonay (Auguste-Jean), 14e section I. M. — Affecté au 14e corps.

M. Devars (Maurice-Jules), 14e section I. M. — Affecté au 14e corps.

M. Granchamps (Jean-Marie-René), 17e section I. M. — Affecté au 17e corps.

M. Soularue (Michel-Aimé-Léon), 18e section I. M. — Affecté au 18e corps.

M. Pèlerin (Lionel-Jean-Marie-Casimir), 23e section I. M. — Affecté au 20e corps.

M. Sutter (Frédéric), 23e section I. M. — Affecté au 20e corps.

M. Delmouly (Pierre-Raymond), 32e section I. M. — Affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Mauviet (Louis-Georges), 32e section I. M. — Affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Collin (Jean-Marie), 32e section I. M. — Affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Beyrand (Jean-Robert-Baptiste), 32e section I. M. — Affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Dimbernani (Marcel-Jean-Robert), 31e section I. M. — Affecté à l'armée du Rhin.

M. Brunetti (André), 7e section I. M. — Affecté au 7e corps.

M. Vogel (Marcel), 9e section I. M. — Affecté au 9e corps.

M. Seitz (Paul), section I. M. coloniaux. — Affecté au 15e corps.

(*Journal officiel* du 15 mai 1925).

QUESTION ÉCRITE

M. Etienne Rognon, député, demande à M. le ministre de la Guerre si un chirurgien-dentiste, lieutenant de réserve pendant la guerre, peut être nommé avec son grade d'unité combattante, dans le Service de santé.

Réponse. — Réponse négative, la réglementation en vigueur ne permet pas aux lieutenants de réserve de passer avec leur grade dans le corps des dentistes militaires de réserve).

(*Journal officiel*, 8 mai 1925).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER

(Séance inaugurale du 23 avril 1925)

La séance est ouverte à 14 h. 15, à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, sous la présidence d'honneur de M. le Médecin Inspecteur général Toubert, devant une assistance des plus choisies. On y remarque un grand nombre de confrères des plus distingués et entre autres notabilités M. le Médecin Inspecteur Lanes, directeur du Service de Santé de Lyon.

La parole est donnée au président de l'Amicale, M. Filderman, qui prononce le discours suivant :

Monsieur le Médecin Inspecteur général
Mesdames, Messieurs,
Mes chers Camarades,

Appelé par la bienveillance de mes collègues au grand honneur de présider cette séance, avant de vous exposer les idées qui dominent notre programme, il est un devoir sacré, cher entre tous, que je m'en voudrais de ne point accomplir.

Réunis pour la première fois dans l'enceinte glorieuse de ce monument historique, nous nous y trouvons en notre double qualité de chirurgiens-dentistes et d'anciens militaires.

Or, il est des dentistes militaires qui ne sont pas aujourd'hui parmi nous, et dont de tout cœur nous déplorons l'absence. Il est des dentistes militaires qui ayant fait à la Patrie le total sacrifice n'ont point pu assister à la gloire finale de nos armées victorieuses, qui ne peuvent pas assister aujourd'hui à la réalisation d'un des vœux les plus chers à notre profession.

Plein de tristesse devant leur souvenir sacré, je m'incline bien bas et je suis persuadé d'exprimer vos sentiments à tous, en adressant à leur mémoire le salut ému de leurs frères d'armes et de leurs confrères (*Applaudissements*).

Le 3e Congrès international de médecine et de pharmacie militaires est le premier auquel les chirurgiens-dentistes français participent officiellement. Appartenant au Service de Santé, les dentistes militaires devaient y trouver leur place et nous nous plaisons à rendre hommage aux autorités supérieures du Service de Santé, dont la haute bienveillance nous a permis de figurer parmi les membres de ce Congrès.

Nos remerciements vont tout particulièrement à M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de Santé au ministère de la Guerre ainsi qu'aux organisateurs du Congrès qui ont bien voulu nous ouvrir les portes de cette salle, et nous pouvons célébrer aujourd'hui, sous l'égide des hautes autorités la première assemblée officielle des dentistes des armées de terre et de mer.

Quoique notre initiative d'adhésion à ce Congrès ait été assez tardive, M. le Médecin Inspecteur général Toubert nous a accordé toutes les facilités pour que notre participation devienne un fait accompli. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude (*Vifs applaudissements*).

Disons tout de suite que l'admission de l'Amicale à cette grandiose manifestation n'a été possible que parce que notre Société est composée d'anciens militaires, et cela prouve une fois de plus que l'absence d'une association de dentistes militaires constituait une grave lacune dans notre profession.

L'heureuse initiative de la création de notre groupement fut prise par quelques confrères, dont nous ne voulons pas froisser la modestie en en citant les noms. Qu'il me soit permis cependant de vous signaler l'ardeur que MM. Wintergerst et L. Viau ont déployée pour la réalisation de ce projet et qui ont su rallier autour d'eux de nombreux concours, sans compter les encouragements les plus sympathiques qui nous furent prodigués par les dirigeants des Ecoles dentaires, ainsi que par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. Si donc notre jeune Société a marché à pas si rapides et si, à peine constituée elle a déjà pu enregistrer d'intéressants succès, nous le devons à toutes ces bonnes volontés. Merci donc à tous, merci encore! (*Applaudissements*).

Vous connaissez la genèse de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, et vous savez pourquoi ses fondateurs m'ont fait le grand honneur de me porter à sa présidence, en accordant cette distinction non pas à mon humble personne, mais à l'ancien combattant blessé de guerre.

Désireux d'éliminer toute préoccupation de politique professionnelle ou autre, les créateurs de l'Amicale ont veillé à ce que leur Conseil d'administration soit composé des représentants de tous les milieux dentaires. Tous les chirurgiens-dentistes ayant appartenu ou appartenant aux armées, savent qu'ils sont les bienvenus parmi nous et c'est pourquoi le nombre de nos adhérants va en augmentant tous les jours. Pourquoi en serait-il d'ailleurs autrement ? Ne sommes-nous pas avant tout un groupement de défense professionnelle ? Notre programme ne comporte-t-il pas en premier lieu la suppression de cette iniquité flagrante, qui fait que des dentistes, et non des moindres, qui ont

fait la guerre, restent avec le grade de dentiste auxiliaire alors que des jeunes confrères qui ont à peine terminé leurs études sont nommés officiers. De telle sorte qu'en cas de mobilisation ou au cours d'une période d'instruction militaire des membres du corps enseignant, voire même des maîtres qui enseignent depuis 15 et 20 ans pourraient se trouver sous les ordres de leurs plus jeunes élèves !

Mais le sort des dentistes de la Marine n'est il pas encore plus déplorable, puisque, officiers à la fin de la guerre, ils ne sont plus rien aujourd'hui ! (*Applaudissements*).

Chers camarades, il faut que ces anomalies disparaissent et l'Amicale fera tout ce qui sera en son pouvoir pour atteindre ce but. Du reste, sa tâche sera d'autant plus facile que les autorités compétentes sont d'accord pour reconnaître que la spécialisation technique doit être la base du fonctionnement du Service de Santé. Je n'en veux pour preuve que les rapports qui ont été présentés à ce Congrès, et entre autres celui de M. le professeur Jeanbrau et de M. le professeur Spire, dont vous connaissez tous les conclusions :

« I. — Le Service de santé étant un service essentiellement technique, la spécialisation, en rapport avec le développement des données scientifiques, doit être, sans conteste, une des bases de son organisation et de son fonctionnement.

« II. — En temps de paix, cette spécialisation a la même raison d'être *que dans le milieu civil où elle est de plus en plus réalisée.*

« III. — Dans la Nation armée, sa raison d'être tout en étant aussi impérieuse, doit *s'adapter* à la conception du service, liée par les servitudes d'ordre militaire. Elle doit répondre à l'intérêt général.

« IV. — Le rôle du spécialiste, en temps de guerre, ne doit plus être uniquement individualiste. Le spécialiste doit, tout en sauvegardant dans toute la mesure du possible ses obligations, vis à-vis du blessé ou du malade, agir, au nom de la collectivité militaire, c'est-à-dire avec la préoccupation dominante et constante de la récupération des effectifs.

« V. — Les qualités techniques des spécialistes, dûment justifiées, doivent se doubler, au moins pour ceux appelés à agir dans la zone des armées, de qualités physiques d'endurance et de qualités d'organisation et de réalisation.

« VI. — L'unité de vue et de doctrine étant indispensables, il est nécessaire de créer entre les spécialistes appartenant à des échelons différents, une liaison continue et une subordination technique d'échelon à échelon, en vue de l'intérêt général.

« VII. — La spécialisation doit être à la base de la répartition du personnel technique. »

Toutes les formations de traitement doivent être pourvues de spécialistes dûment qualifiés, les plus jeunes étant normalement affectés à la zone des armées. L'affectation des spécialistes à une fonction compatible avec leur spécialité doit être basée, avant tout, sur le nombre des places à pourvoir et sur leur compétence.

La répartition demande donc :

1° La fixation des nécessaires, suivant les différents échelons ;

2° Le classement des spécialistes suivant leur âge et leurs obligations militaires, basé sur leur compétence, celles-ci étant affirmées, soit par les titres hospitaliers et scientifiques, soit par les références de notoriété.

Or, si le dentiste militaire est un véritable spécialiste ne touchant strictement qu'à une région déterminée de l'organisme, ce qui d'ailleurs augmente sa valeur technique, n'est-ce pas une raison pour qu'il soit traité à l'égal des autres spécialistes du Service de Santé : pharmaciens ou officiers d'Administration ?

Pour que nous puissions mettre en valeur toutes nos capacités professionnelles, bien entendu, dans le seul intérêt de la collectivité, il faut que nous ayons notre hiérarchie, et notre avancement doit se faire suivant les mêmes règles que celles qui régissent les différentes formations du Service de Santé.

Les dentistes, de par leurs études longues pénibles et coûteuses, de par leurs connaissances scientifiques et techniques, de par leur labeur ininterrompu dans les sociétés savantes et dans les revues professionnelles et ainsi que par les services rendus à la Patrie, son en droit de demander à être traités avec équité (*Applaudissements*).

Pendant la guerre, le dentiste militaire a rempli brillamment son devoir partout où ses supérieurs l'ont placé. A l'arrière, dans les centres maxillo-faciaux ou dans les centres d'édentés, il a travaillé avec acharnement, et environ 300.000 hommes ont été rendus aptes, grâce à ses efforts.

A l'avant, il ne se contentait pas de soulager le brave poilu, qui faisait appel à son savoir, lorsque son régiment était dans un secteur calme ou au repos Il savait que la Patrie étant en danger, le devoir de chaque citoyen était de se rendre utile en donnant la mesure de tous ses moyens. C'est pourquoi il n'hésitait pas sous les bombardements les plus violents à se mettre à la disposition de son médecin chef, pour aider au pansement des blessés et pour contribuer à leur évacuation.

Le corps de dentistes militaires et de la marine s'est couvert de gloire pendant la guerre, et j'en veux pour preuve non seulement le grand nombre de citations qui a récompensé son dévouement, mais le nombre hélas cruellement imposant de ceux qui se sont

donnés entièrement à la Patrie en laissant des veuves et des orphelins.

Nous devons nous montrer dignes de notre passé. Malgré les nombreuses difficultés qui entravaient nos efforts, nous avons au cours de la guerre fait preuve d'une grande activité et démontré, même à ceux qui voulaient le moins s'en rendre compte, notre utilité, désormais incontestable. Notre devoir est maintenant de lutter pour supprimer tout ce qui peut encore persister des difficultés d'autrefois.

Pour arriver à obtenir une bonne organisation du Service dentaire dans l'Armée, nous devons mettre tout en œuvre. Mais, avant tout, sachons ce que nous voulons. Toutes les questions qui nous préoccupent vont être mises à l étude. Nous vous demandons donc à tous de collaborer avec nous, de venir à nous, nous apporter vos desiderata, nous fournir des suggestions, nous aider à mettre debout une œuvre digne en tous points.

Ce faisant, mes chers Camarades, vous n'accomplirez pas seulement un devoir envers votre Société et envers votre Profession. Par-dessus nos préoccupations personnelles et professionnelles, nous en voulons placer d'autres plus nobles, plus magnanimes. Dans ces murs glorieux des préoccupations mesquines ne trouveraient point leur place. Chacune des pierres de ce bâtiment est pétrie du sang des meilleurs des Français. L'air que nous y respirons est imprégné de leurs plaintes, de leurs souffrances, de leur joie aussi de s'être donnés en holocauste à la Patrie. C'est à la Patrie que nous devons tous songer aujourd'hui. En travaillant pour une meilleure organisation du service dentaire dans l'armée, nous serons dans la paix les dignes continuateurs de l'œuvre à laquelle les meilleurs d'entre nous ont donné leur sang.

En travaillant pour l'Odontologie, vous travaillerez pour la France. Et maintenant, à l'œuvre ! (*Applaudissements prolongés*).

Discours de M. le Médecin Inspecteur général Toubert

Mesdames, Messieurs,
Mes chers Camarades, Monsieur le Président,

Lorsqu'il y a trois jours, exactement, le jour où s'est ouvert le Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires, le Médecin Inspecteur général Vincent, Président du Congrès, a bien voulu me charger de le représenter pour la séance inaugurale de l'Amicale des Dentistes de terre et de mer, j'ai accepté avec des sentiments de véritable enthousiasme. En effet, cela me rappelait qu'il y a 34 ans, j'entrais dans cet amphithéâtre comme élève et je commençais déjà à recevoir des maîtres de l'époque

des enseignements sur les idées générales de l'art dentaire, dans ses relations avec la chirurgie. Cet enseignement est resté profondément gravé dans ma mémoire ; et lorsqu'il y a 25 ans, jeune agrégé moi-même, je pénétrai dans cette enceinte avec la mission d'instruire à mon tour mes jeunes camarades, je n'ai pas manqué d'ajouter aux leçons réglementaires de ma spécialité, nez, gorge, oreilles, des leçons sur l'art dentaire analogues à celles que le Professeur agrégé Moty m'avait données.

Nous étudiions alors l'importance des relations dentaires avec les affections des organes voisins : affections oculaires, affections des voies lacrymales, affections nasales, affections des maxillaires, et même les grandes suppurations du cou. Et vous voyez que, déjà, si nous n'enseignions pas tout l'art dentaire à nos élèves, ce qui n'était pas notre mission, nous insistions sur la nécessité de compléter leurs connaissances générales et spéciales.

D'autre part, grâce à la bienveillance du Directeur du Service de Santé de l'époque, le regretté Inspecteur général Dujardin-Beaumetz, à qui le Service de Santé doit tant pour son émancipation, à l'instigation de cet Inspecteur général, les dirigeants des Ecoles dentaires, dès ce moment, ont bien voulu, d'une façon régulière, confier au service de Santé militaire, pendant la durée de leur service normal, leurs meilleurs élèves, qui étaient affectés les uns au Val-de-Grâce, les autres à l'Ecole de Lyon, et qui exécutaient toutes les opérations spéciales à l'art dentaire, non pas précisément sous la direction, mais sous la responsabilité des médecins chargés de l'enseignement. Je dois dire que cette collaboration a toujours été active et efficace.

Comme me le rappelait un caporal, étudiant de cette période, devenu aujourd'hui un dentiste des plus connus et des meilleurs : « ce qui m'a frappé le plus, disait-il, c'est que vous et moi, nous laissions nos galons à la porte ». Cette formule paraît triviale, mais elle explique la cordialité des rapports que j'entretenais, dès cette époque, avec les représentants du service dentaire (*Applaudissements*).

Mais depuis, les temps ont évolué et il me semble que la spécialité dentaire a pris une extension encore plus grande ; et si j'avais aujourd'hui à refaire l'enseignement que je faisais il y a 25 ans, je crois que j'ajouterais toute une série de chapitres pour montrer que la pathologie dentaire commande non seulement la chirurgie des organes voisins, à la tête et au cou, mais encore qu'elle joue un rôle extrêmement important dans les maladies de tous les organes, de tous les appareils et de l'état général. C'est vous dire par conséquent que, dans ma pensée, l'art dentaire doit continuer à évoluer dans le sens le plus large qui soit. C'est vous

dire également qu'il n'entrera jamais dans ma pensée, si je suis appelé un jour — et je crois l'être — à donner mon avis sur certaines grandes questions, de vous diminuer, bien au contraire; en montrant l'importance de votre rôle, je prouverai en même temps la nécessité de vous donner la situation matérielle qui doit être le complément indispensable de votre situation morale (*Vifs applaudissements*). Je vais même plus loin. Je pense que vous allez être obligés d'établir en quelque sorte des spécialités dans votre spécialité ; il doit d'ailleurs en exister déjà. A ce point de vue, vous ne constituez pas un petit département de la Médecine, vous constituez un groupement scientifique aussi important que la médecine elle-même.

Dans ces conditions, je ne vois pas pourquoi le Service de Santé militaire, au moment où il fera rédiger les projets qui serviront de base aux discussions futures sur votre statut, ne vous traiterait pas comme sont traités les autres spécialistes et n'admettrait pas, parmi les dentistes eux-mêmes, le nombre de sous-spécialités qu'il serait indispensable d'admettre.

Or, nous aurions, au Ministère de la Guerre, quelque difficulté à établir des classifications logiques si vous ne veniez pas à notre aide. Personnellement, depuis 5 ans 1/2, je n'ai cessé de collaborer avec tous les membres de toutes les Ecoles dentaires (que ce soient des dentistes, des stomatologistes, je n'ai jamais fait aucune différence), qui sont venus me présenter leurs suggestions. Je vous demande de bien vouloir continuer à travailler dans le même sens. Je ne me préoccuperai jamais de votre politique intérieure; je ne chercherai pas à savoir quelles sont vos inspirations, vos origines, mais je vous demanderai vos buts convergents, afin que nos efforts puissent aboutir.

Il y a deux ans, lorsque fut votée la loi dite de 18 mois, qui est la loi du 1er avril 1923, je fus appelé, soit comme Directeur du Service de Santé, soit comme Commissaire du Gouvernement, à provoquer des additifs, des rectificatifs à cette loi qui, comme vous le savez, avait pour but de préciser le statut des jeunes soldats. L'énumération des étudiants médecins, pharmaciens, dentistes, était, dans certains articles, incomplète ; le législateur n'avait certes pas voulu vous exclure, mais il vous avait parfois purement et simplement oubliés. Et je dis un jour, en riant, à l'un de ceux qui avaient collaboré à cette rédaction : « C'est comme pour les enfants d'une nombreuse famille ; les plus petits disparaissent sous les tables, on ne les voit pas ». Je crois que maintenant vous avez grandi ; on ne doit plus vous ignorer (*Applaudissements*).

Si bien qu'aujourd'hui, et c'est par là que je terminerai, en m'excusant d'avoir été un peu long, votre Société m'apparaît, pour

reprendre une formule qui est due à un chirurgien du XIVe siècle, votre Société dis-je, encore toute petite, encore minuscule, m'apparaît comme un enfant perché sur les épaules d'un géant ! C'est ainsi que Guy de Chauliac voulait exprimer les relations entre la génération présente et les générations passées. Et il ajoutait que le petit enfant voit aussi loin que le géant, et même plus loin encore.

Messieurs, je suis particulièrement heureux d'être venu à cette séance ; je pense que vous en conserverez tous un souvenir aussi cordial que l'est le mien. Je vous demande de vouloir bien, à l'avenir, me continuer la confiance que vous m'avez témoignée jusqu'à présent (*Applaudissements prolongés*).

La parole est donnée à M. Morineau pour la présentation de son film d'enseignement prêté par l'Ecole dentaire de Paris.

M. Morineau. — Le film qui va vous être présenté a été fait uniquement dans un but pédagogique, pour être montré à nos élèves comme une illustration du cours théorique.

La Direction de l'Ecole dentaire de Paris a pensé que ce qui avait été fait au point de vue dentaire pouvait peut-être avoir une utilité à être fait au point de vue chirurgical et médecine opératoire.

Je vous prie de voir ce film avec des yeux d'étudiant, parce que c'est l'A B C de notre profession ; ce sont les premiers principes que nous donnons à nos étudiants : c'est la préparation-type d'une cavité. Je crois que le plus simple serait qu'on passe le film : j'espère qu'il sera assez éloquent par lui-même sans que j'aie besoin de donner d'autres explications.

Après la projection du film, qui soulève l'admiration générale, M. le Médecin Inspecteur général Toubert s'exprime dans les termes suivants :

« Je suis très heureux d'exprimer ma satisfaction pour le spectacle que vous venez de nous donner ; il ne sera pas seulement intéressant, il sera profitable ; M. le Médecin Inspecteur Lanes, Directeur du Service de Santé de Lyon, chargé de la formation des médecins militaires, se propose de prendre exemple sur votre moyen d'enseignement pour l'appliquer à toutes les parties médicales et chirurgicales de l'enseignement. C'est vous dire que nous sommes particulièrement heureux de la démonstration qui nous a été faite aujourd'hui. »

M. le Médecin Inspecteur général Toubert étant obligé de participer à d'autres réunions se retire et M. Jacques Filderman prend la présidence.

Le secrétaire général présente les excuses de :

M. le Médecin Inspecteur général Sieur ; M. le Médecin Inspecteur général Rouget ; M. le Médecin Inspecteur Fournial ;

M. Marius Raton (Lyon), qui a accepté d'être correspondant de l'Amicale pour Lyon et le département du Rhône ; M. Souveine (Troyes) ; M. Fontanel.

M. le Président. — Quelqu'un demande-t-il la parole pour des suggestions à faire sur l'organisation du service dentaire dans l'armée ? N'oubliez pas que nous sommes ici entre nous. Notre Société ne tient pas beaucoup de séances, mais nous veillons à ce que celles que nous faisons soient autant que possible productives. Si vous avez des suggestions à nous faire, ne vous gênez pas, aussi bien en ce qui concerne l'organisation militaire en général qu'en ce qui concerne les questions de défense des intérêts personnels.

M. Friteau. — Je prends la parole comme membre honoraire de votre Société, avantage que je dois à mon âge.

Si vous aviez, comme un certain nombre d'entre nous, assisté à toutes les séances de ce Congrès, vous auriez vu combien s'est faite l'évolution professionnelle du Service de Santé militaire en ce qui nous concerne. Le rapport sur l'utilisation des compétences en matière de mobilisation, dû à MM. Jeanbrau et Spire, et inspiré par le Médecin Inspecteur général Toubert, nous met à notre place à tous les échelons de l'armée : partout sa situation est réglée et au mieux des intérêts de tous, des nôtres et de ceux du soldat. C'est là une victoire incontestable, une des plus grandes que l'Odontologie ait remportées depuis longtemps (*Applaudissements*).

Je regrette de toutes mes forces que vous n'ayez pas tous assisté à cette séance dont la netteté et la précision doivent rester bien fortement et profondément gravées dans vos mémoires.

Au cours de cette séance-là, où l'on a parlé avec tant d'intérêt pour nous de l'utilisation des compétences techniques dans la prochaine mobilisation, il m'est venu un certain nombre de suggestions, sur lesquelles je crois utile d'attirer votre attention.

On parle partout de l'utilisation des techniciens poussée aussi profondément que possible. M. le Médecin Inspecteur général Toubert vous l'a dit tout à l'heure : Dans notre spécialité dentaire, il y a une grande variété de techniciens. Pour que la mobilisation de demain soit parfaitement utile au pays, il faut que ces techniciens, dans leurs diverses spécialités, soient non seulement connus et classés, mais aussi que leur instruction similaire militaire soit parfaitement adéquate au milieu de la mobilisation où ils vivront. Comment cela est-il possible, si nous, si votre Association Amicale, association militaire, ne s'en chargeait pas, comme s'en sont chargés déjà les dirigeants du corps de santé des médecins de l'armée, aussi bien du temps de paix que du temps de guerre ? Si vous ne constituez pas dans votre sein ou à côté de vous une sorte d'école préparatoire analogue à l'Ecole d'Instruction annexe

du Service de Santé en campagne organisée par les médecins, vous aurez fait une œuvre morte, et quand le jour de la mobilisation arrivera, nous serons dans la situation de 1914 ou à peu près.

Je prends — l'exemple se produira fatalement — la place que tiendra dans l'armée de demain le dentiste de la division. Ce dentiste sera obligatoirement un jeune, très jeune. Eh bien, est-ce qu'en toute sincérité nous pouvons dire qu'à l'heure actuelle un jeune dentiste sortant d'une Ecole dentaire est capable — en nous faisant honneur — de placer une gouttière provisoire (Pont ou autre) sans laquelle l'évacuation d'un blessé des maxillaire est dangereuse ? Pour ma part je ne le pense pas et je sais des dirigeants de nos écoles qui sont de mon avis. C'est que l'art dentaire de guerre n'est pas celui de la paix : c'est que, du haut en bas de l'échelle, il y a des spécialisations profondes qu'il faut acquérir. Qu'est-ce qui peut apprendre ces spécialisations de technique d'armée découlant elles-mêmes de nos spécialisations de pratique courante ? Je réponds : un centre d'instruction, à réunions périodiques, patronné, dirigé par l'Amicale et nos Associations professionnelles ; chez nous, nous sommes habitués à l'enseignement mutuel et tout le monde répondra à l'appel.

Il y a encore autre chose de mis en valeur dans le rapport de MM. Jeanbrau et Spire ; il faut que ceux qui sont à l'avant comme à l'arrière, mais particulièrement ceux qui sont à l'avant, voient se développer ce qu'est l'activité, l'autorité, le cran militaire. Acquérir les qualités d'un officier parfait de l'avant, cela est réalisable ; il suffit de le vouloir, et vous le voulez.

Apprendre à commander et à obéir de façon à être digne de son grade, vous le ferez au contact des médecins et des officiers de l'active, de façon à constituer un cadre aussi souple que résistant.

Je ne sais ce que pensera l'état-major du S. S. M. de cette conception d'enseignement technique et militaire de nos techniciens spécialisés, mais je crois qu'il le verra avec énormément d'intérêt ; demain vous aurez, je pense, toute sa collaboration.

Alors, dans la nation armée de demain, vous aurez fait votre place ; ce jour-là, vous aurez fait une œuvre utile, une œuvre patriotique ; et l'armée des dentistes, ou les dentistes de l'armée ne seront pas un rouage inutile ; ils tiendront leur rang pour la récupération des édentés et la guérison des blessés maxillo-faciaux.

J'appelle votre attention sur la nécessité de cette organisation ; il y a là une grande œuvre à accomplir ; je l'ai vue se réaliser à l'Union des médecins de réserve ; vous pouvez en faire autant pour le plus grand bien de la santé publique.

M. Wallis-Davy. — Je suis absolument de l'avis du Dr Friteau. Nous avons eu l'occasion d'échanger nos idées, et il est certain

que nous pourrions intervenir d'une façon utile, surtout au moment de la préparation militaire de nos étudiants. Cette préparation est prévue au point de vue militaire et au point de vue professionnel. Actuellement, on s'occupe surtout d'en faire des militaires ; c'est à nous d'intervenir pour que la deuxième partie de la préparation soit poussée dans un sens qui nous soit favorable et utile au point de vue professionnel.

M. Regnart. — M. Friteau nous a parlé de l'éducation des jeunes confrères qui sortaient de l'Ecole. Je crois qu'il faudrait envisager également une sorte d'école d'instruction constante, même pour les dentistes qui sont démobilisés. Il est certain que, depuis la guerre, plusieurs d'entre nous ont travaillé dans les centres maxillo-faciaux ou ont donné des soins dans le civil à des mutilés de la face ; mais beaucoup d'autres n'ont pas été appelés à donner ces soins. Figurez-vous qu'au moment de la mobilisation on place un dentiste dans un centre maxillo-facial, et qu'il ne soit pas au courant de ces travaux ; il serait dans une situation tout à fait désagréable. Il serait nécessaire que, dans notre branche, nous fassions une sorte d'école d'application ; l'Amicale est très bien placée pour cela, et ceci simplifierait la question qui vient d'être soulevée : ce serait l'Amicale qui serait chargée de donner pour ainsi dire, non pas une note, mais son appréciation sur les professionnels ; on éviterait ainsi les considérations politiques qui seraient désagréables et qui pourraient se traiter dans d'autres Sociétés.

Je crois que le principe de la création d'une école serait à envisager et rendrait de grands services.

M. Friteau. — Cette école existe, je le répète ; vous n'avez qu'à la copier tout entière, à la copier en l'améliorant ; elle existe chez les médecins et s'appelle l'Ecole d'Instruction annexe du Service de Santé en campagne. Nous n'avons qu'à la copier ; je n'ai pas voulu, tout à l'heure, parler d'une façon générale parce que je n'ai pas voulu froisser les susceptibilités de chacun, mais il est certain que M. Regnart dit la vérité ; il faut que nous soyons aptes au rôle que nous devons jouer ; cela ne peut se réaliser que par un enseignement mi dentiste, mi-militaire.

Et, pour terminer, en ce qui concerne les grades, ayez confiance dans ceux qui sont vos défenseurs depuis longtemps ; ayez confiance en vous-mêmes. Votre travail vous a donné une excellente situation ; vous êtes déjà arrivés à des résultats merveilleux. Croyez-en un vieux lutteur : dans cette question des dentistes militaires, il ne faut pas entrer à coups de boulets, il faut entrer par le procédé du coin. Vous avez pénétré dans le corps du Service de Santé ; vous y avez déjà un beau rang ; quand vous vou-

drez, vous élargirez progressivement votre place. Patientez et luttez : la victoire définitive est proche.

Quand, dans des moments de découragement, vous douterez de vous-même, pensez aux vétérinaires de l'armée. Ils ont commencé par le simple maréchal ferrant ; maintenant il y en a qui sont généraux, et tout cela parce qu'ils ont eu un Nocard. Notre profession a déjà produit assez de grands hommes pour que vous puissiez espérer avoir un jour un pareil génie qui vous ouvrira les plus hauts grades.

Il y a encore une chose sur laquelle il faut insister, qui a été parfaitement mise en évidence dans le rapport de MM. Spire et Jeanbrau, c'est la nécessité de confier aux Associations professionnelles existantes le soin d'indiquer aux services compétents de l'armée les techniciens, leur spécialisation et par conséquent de diriger leur affectation. C'est là un progrès considérable sur lequel je regrette de n'avoir pas, tout à l'heure, attiré votre attention. Dans ma joie de l'avoir entendu, je l'avais oublié.

Je crois que l'Amicale doit servir d'agent de liaison entre les Associations et le Service de Santé militaire.

La parole est successivement donnée à MM. Gelly, Manteau, Boivin (de Nancy), Mazière, L. Viau et Blascotte, et une discussion s'ensuit sur les rapports que l'Amical compte établir entre les organisations professionnelles d'une part et le Service de Santé d'autre part.

Pour terminer, le Président répond aux questions posées par les divers orateurs et dit que si nous ne figurons pas au programme officiel, c'est uniquement parce que le « Bon à tirer » était déjà remis à l'imprimeur au moment où l'Amicale, constituée trop récemment, a demandé son admission au Congrès.

Conclusion

Nos travaux et nos démarches n'ont pas été inutiles puisqu'au cours de la séance de clôture du Congrès, sur la proposition de M. le médecin-inspecteur général Vincent, les délégués des 42 nations ayant participé au Congrès ont décidé le principe de la création d'une association de médecine militaire internationale qui englobera les dentistes militaires français au même titre que les médecins, les pharmaciens et les officiers d'administration. Cette association assurerait le contact permanent des Services de Santé dans l'intervalle des Congrès.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Fourquet, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par le décès de son frère, M. G. Fourquet, chirurgien-dentiste à Lyon, survenu le 25 mai.

Nous adressons à M. Fourquet nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris. — Le concours pour un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire, annoncé dans notre numéro du 30 septembre 1924 et pour lequel l'inscription devait être close le 20 novembre 1924 est reporté à octobre 1925.

La première épreuve (sur titres) aura lieu le jeudi 15 octobre.

La clôture des inscriptions pour ce concours est reportée au 30 septembre 1925.

Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens. — Ce cours sera fait, au laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris, par M. le Dr Delater et durera huit semaines, à raison de deux séances par semaine, de 8 heures et demie à 10 heures et demie du soir.

La 1re session aura lieu d'octobre à décembre 1925 ; la 2e session, de janvier à mars 1926 ; la 3e session, d'avril à juin 1926.

Le montant des droits pour chaque session est de 200 francs, plus 50 francs d'inscription, ces derniers à verser en s'inscrivant.

Le nombre des auditeurs est limité.

Les praticiens désireux de suivre ces cours sont priés de s'inscrire dès à présent.

A la Chambre des députés. — M. Justin Godart, conseil juridique de l'Ecole dentaire de Paris, et professeur de droit médical à cette école, vient d'être nommé *à l'unanimité* président de la Commission du travail à la Chambre des députés.

Nous le prions d'agréer nos félicitations.

Nomination. — Nous apprenons que notre confrère M. Benoist, de Pau, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé président du Comité d'hygiène dentaire du Béarn.

Nous lui adressons nos félicitations.

En Luxembourg. — Un des membres du nouveau ministère du Grand-Duché de Luxembourg formé le 11 mars 1925 est M. Othon Decker, médecin-dentiste. Il est titulaire du portefeuille du Travail et de la Prévoyance sociale. Le Service sanitaire, l'Hygiène, la Santé publique et les Stations thermales sont également de son ressort.

M O. Decker est depuis de longues années membre de la Chambre des députés et jouit de grandes sympathies. C'est, à notre connaissance, la première fois qu'un dentiste est appelé à des fonctions ministérielles.

Nous lui adressons nes félicitations.

Association dentaire britannique. — Le 45e Con rès annuel de l'Association dentaire britannique a eu lieu au Central Hall, Westminster, Londres les jeudi, vendredi, samedi, lundi et mardi 28, 29, 30 mai, 1er et 2 juin 1925.

Le programme comprenait des communications, des démonstrations et une exposition.

Le Congrès fut suivi d'excursions.

Société d'Orthodontie d'Europe. — La 11e réunion annuelle de la Société d'Orthodontie d'Europe a eu lieu à Londres les 27 et 28 mai à l'Hôtel Langham, avec communications et démonstrations.

Fiançailles. — Le Dr et Mme Pont, de Lyon, nous font part des fiançailles de leur fille Madeleine avec M. Robert Plantier (avril 1925).

Nous leur adressons nos félicitations.

Sports universitaires

La Section dentaire du P. U. C. aux membres de la profession

Le sport est pour la jeunesse, une nécessité, lui permettant de développer son corps en même temps que son esprit, et il est du devoir de tous de l'encourager.

Le sport c'est encore le trait d'union entre gens qui se comprennent, entre gens qui se rapprochent les uns des autres, ayant la même existence et les mêmes besoins; car s'il arrive que nous ayions des conceptions différentes, tous nous avons besoin d'assainir notre corps.

En créant la Section dentaire du P. V. C., nous avons voulu ainsi resserrer les liens déjà solides, entre étudiants et membres de la profession. Cependant plus qu'à tous les autres, une aide aussi bien morale que matérielle, nous est nécessaire.

Aussi permettez-nous de vous adresser un pressant appel. Si nous avons jusqu'alors une section importante, nous la voulons plus grande encore : tous les espoirs nous sont permis et nous ne serons satisfaits que le jour où tous les Dentistes et Etudiants sportifs, seront chez nous, c'est-à dire chez eux. A vous Messieurs de nous aider dans notre tâche. Venez vous inscrire nombreux : vous servirez ainsi notre cause.

Le siège social de la Section dentaire du P. U. C. Groupement sportif des écoles dentaires parisiennes, est situé 55, quai de la Tournelle. Adresser les adhésions avec la cotisation (30 fr., membre honoraire, 100 fr., membre donateur) au Secrétaire général, M. A. Renard, 63, boulevard de Vaugirard, Paris.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'École dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert le matin de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements.

ERRATUM. — Les *Travaux originaux* des numéros de mars et avril 1925 n'ayant pas été indexés, il y a lieu de les indexer de la façon suivante :

Les rapports de la dermatologie et de la syphiligraphie avec l'art dentaire, par le Dr Clément Simon, 616.314 : 614.5 616 314 : 616 0026

Nouvelles observations de kystes dentifères, par le Dr Roy, 616.716.8 006.37.

Les controverses suscitées par les rapports sur le traitement des canaux, par P. Housset, 616.314.16.3 08.

Les éléments économiques et psychologiques dans la thérapeutique radiculaire, par le Dr Watry, 616.314.16.3 08.

Les sinusites pyorrhéiques, par le Dr Roy, 616.314.17 0081 06 : 616.216.1.

Les rapports de l'ophtalmologie avec l'art dentaire, par le Dr Monbrun, 616.314 : 617.7.

Présentation d'un malade atteint d'érosion dentaire, par L. Viau, 616.314 0038.

Technique de l'extraction de la 3e molaire incluse, par le Dr Charron, 616.314.8 089.87.

Le coiffage de la pulpe, par le Dr Jean Polus, 616.314.18 089.818.5.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

*45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^*

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS[1]

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis, nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles, et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés ; en effet, ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une idée des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès*, afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F. 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Association générale syndicale des Dentistes de France

45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DECÈS[1]

Nom ..... prénoms .....
membre ou épouse de membre de l'A. G. S. D. F.[2],
né... le ..... à ..... département .....
domicile actuel :
à ..... département .....

Je soussigné.., déclare, après avoir pris connaissance des statuts et les accepter sans réserve.

1° Faire partie de l'A. G. S. D. F.[3] comme membre .....
Que mon mari est membre ..... de l'A. G. S. D. F.[4].

2° Être en parfait état de santé ;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de .....

adresse .....

4° M'engager à verser 10 francs plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'A. G. S. D. F. en déposant à la présente la somme de 12 fr. comme droit d'entrée (art. 3).

\+.....

Signature :

\+ *Mettre à la main au-dessus de la signature les mots :* LU ET APPROUVÉ.

---

1. Le Règlement de l'Aide immédiate en cas de décès a été publié dans le numéro de janvier 1925 du Journal *L'Odontologie*

2. Effacer la formule inutilisée.

3. Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré à 2 fr. 40 son ou ses bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc. ;

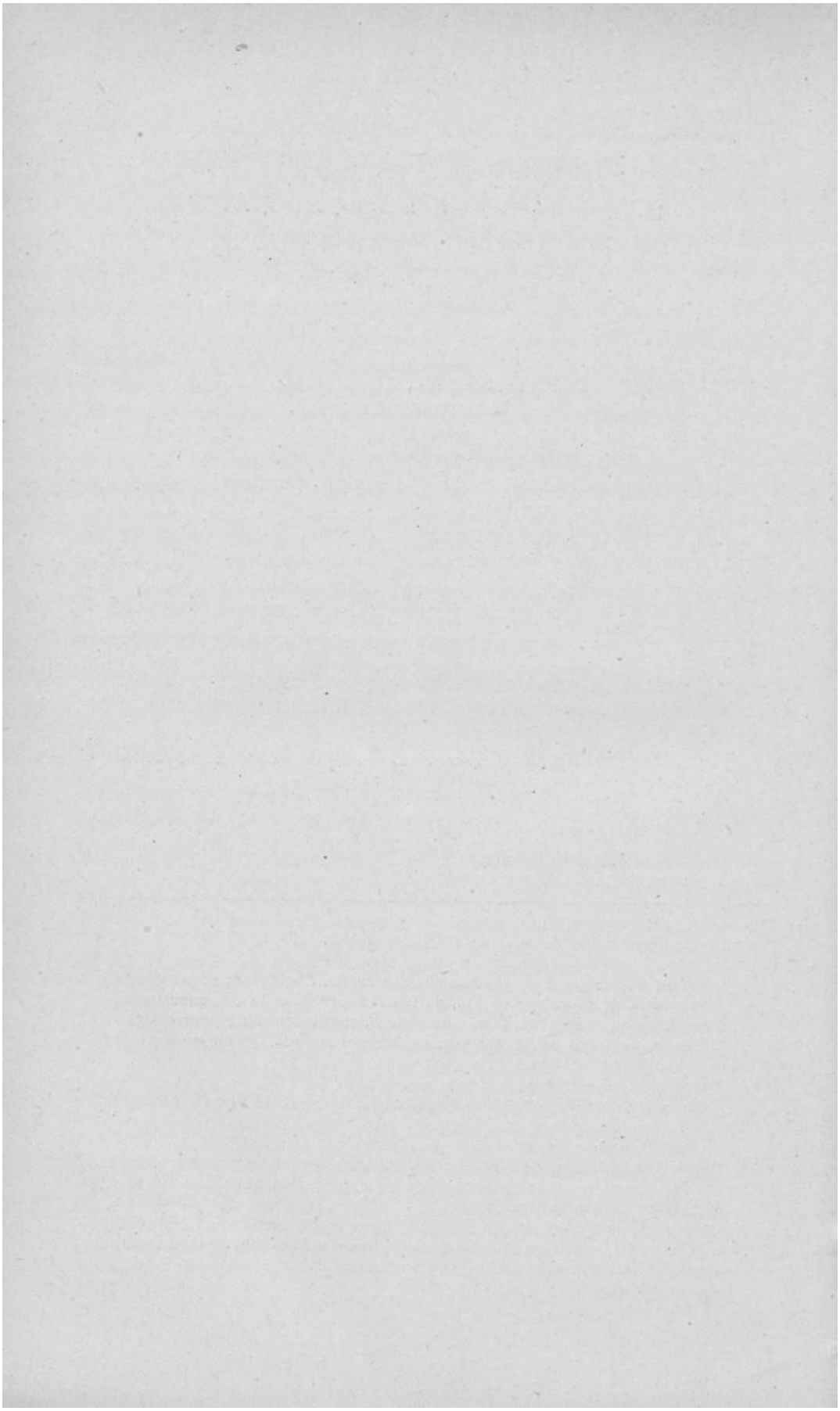
b) Mettre la date en toutes lettres et signer ;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon à ce que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre ;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire ;

e) Écrire sur la feuille ainsi pliée : *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau* ; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

4. Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association, et verser une cotisation annuelle de 30 francs : Le service du Journal *L'Odontologie* sera également assuré.



45e ANNÉE. N° 7. 30 JUILLET 1925. VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ART DENTAIRE ET MÉDECINE LÉGALE

Par le Dr M. DUVOIR.

Professeur agrégé de médecine légale, Médecin des Hôpitaux de Paris.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mai 1925*).

615.314: 340.3

L'art dentaire est susceptible de fournir à la médecine légale des renseignements si précieux, parfois si indispensables, en ce qui concerne l'identification des individus, qu'on est étonné de constater que ce n'est qu'à une époque proche de nous que les médecins légistes ont songé à utiliser l'expérience des dentistes.

Le domaine de l'odontologie légale ne se limite d'ailleurs pas au problème de l'identité : les conditions de la vie moderne l'ont étendu à l'évaluation du dommage causé par les fractures ou les pertes de dents et à la discussion des procès professionnels, malheureusement de plus en plus fréquents.

Les applications de l'odontologie légale peuvent donc être divisées en trois grands chapitres groupant chacun un ordre de questions :

1° Art dentaire et identification ;

2° Art dentaire et indemnisation ;

3° Art dentaire et procès professionnels.

I. ART DENTAIRE ET IDENTIFICATION.

Le problème de l'identité se pose dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit d'un individu vivant ou d'un cadavre.

La reconnaissance d'un individu vivant, surtout d'un

récidiviste, qui n'eut pendant longtemps d'autre base que le souvenir de ceux qui l'avaient connu, repose actuellement sur des procédés si parfaits, en particulier la photographie, l'anthropométrie et surtout la dactyloscopie, que l'étude des particularités dentaires ne saurait jouer de rôle important que dans le cas particulier de l'identification d'une empreinte dentaire, c'est-à-dire d'une morsure.

La reconnaissance d'un cadavre peut au contraire n'avoir d'autre base scientifique que l'expertise odontologique.

A) *L'identification des morsures.*

Il s'agit ordinairement d'un procès criminel : tantôt le magistrat demande à l'expert d'identifier la morsure qu'au cours d'une lutte l'agresseur a faite à sa victime ou la victime à son agresseur ; tantôt il désire savoir si les empreintes dentaires laissées par un malfaiteur sur un produit comestible sont superposables à celles du criminel présumé.

Les morsures humaines sont faciles à distinguer des morsures animales.

Ces dernières, dans la pratique courante, proviennent d'animaux domestiques et particulièrement d'herbivores à dents plates comme le cheval ou de carnivores à canines, comme le chien. Dans le premier cas, il s'agit de lésions par pression, les incisives agissant seules, en sorte que les téguments peuvent être respectés bien que les parties profondes soient brisées ; dans le second cas, les canines agissent comme instruments piquants cylindro-coniques, marquant leur empreinte spéciale et distincte de celle des autres dents. En outre le chien et le chat, non seulement mordent, mais cherchent à déchirer.

Les morsures faites par l'homme présentent à la fois les caractères des morsures par écrasement et par incision : tantôt il y a seulement excoriation ou ecchymose ou combinaison des deux lésions ; tantôt il existe des plaies contuses.

Enfin les animaux mordent n'importe où, tandis que les morsures faites par l'homme sont le plus souvent situées à des endroits découverts : il y a quelques années, les soute-

neurs avaient l'habitude de mordre leurs adversaires soit au nez, soit à l'oreille avec une violence telle qu'il leur arrivait de les déchirer et de même enlevaient aux filles soumises le mamelon d'un coup de dents. Dans leur service, les agents sont souvent mordus à la main.

L'examen comparatif de la mâchoire et des traces laissées par la morsure complète l'expertise.

Cette étude des morsures a permis parfois de démasquer un criminel.

Dans un cas connu, il s'agissait de cambrioleurs qui, leur vol commis, trouvèrent du pain et du beurre qu'ils se mirent à manger. A ce moment, entendant du bruit, ils s'enfuirent en laissant une tartine inachevée. Le juge la confia à un dentiste qui coula un moulage en plâtre des empreintes dentaires. Le contre-modèle s'adaptait parfaitement aux dents de l'un des accusés, qui dut avouer.

Il y a quelques années, Quintin (de Bruxelles) démasqua de même un assassin par l'empreinte que celui-ci avait marquée sur une pomme.

Dans un autre cas célèbre, il s'agissait d'une vieille femme, la veuve Crémieux, qui fut un jour trouvée étranglée dans son appartement de Neuilly. Or, un pharmacien du voisinage vint déclarer que, peu de temps après l'heure présumée du crime, un individu, dont il donnait le signalement, était venu chez lui faire panser une morsure du pouce. Brouardel fit prendre l'empreinte de la mâchoire de la victime qu'il fut aisé quelques jours plus tard de superposer exactement avec les traces d'une morsure que portait à la main un jeune homme nommé Audistère que la veuve attirait chez elle et que l'on soupçonnait du crime : l'épreuve fut d'autant plus concluante que la vieille dame n'avait plus qu'une seule dent à la mâchoire supérieure et trois en bas, séparées par des espaces vides.

J'ai personnellement pu pendant la guerre identifier un militaire qui, dans un cantonnement de la zone des armées, avait été mordu par une femme, d'ailleurs vieille, laide et sale, qu'il avait tenté de violer. Elle aussi avait une dentition des plus défectueuse.

Voilà encore un fait emprunté à Coutagne. Un individu avait attaqué la nuit, sur une grande route, un paysan accompagné de son petit chien de l'espèce loulou. Le paysan avait fini par se débarrasser de son agresseur et le chien, de son côté, s'était jeté sur celui-ci et l'avait mordu au genou. Le coupable fut arrêté : il portait au genou trois points en triangle, l'un excorié, avec petite hémorragie, les autres seulement ecchymotiques. L'inculpé reconnut bien que les lésions qu'il portait au genou provenaient d'une morsure de chien, mais allégua qu'elles lui avaient été faites, deux jours auparavant, par une grande chienne terre-neuve. Prenant les empreintes dentaires du chien loulou et de la chienne mise en cause, Coutagne montra que les blessures de l'inculpé relevaient de l'action d'une canine supérieure, de l'incisive voisine supérieure (dent dite *coin*) et de la canine inférieure qui, dans la fermeture de la gueule, vient s'interposer entre la canine supérieure et le coin et que la disposition des lésions répondait à la mâchoire du loulou et non à celle de la chienne terre-neuve.

Voici enfin une curieuse histoire de morsure simulée que l'on doit à Dufour. Des malfaiteurs qui opéraient à Marseille, avaient fait construire une mâchoire de cheval avec laquelle ils se faisaient des morsures artificielles ; puis, passant dans la rue, à côté d'un cheval, ils prétendaient avoir été mordus par lui et se faisaient allouer une indemnité. La supercherie ne fut découverte qu'après plusieurs mois.

Les morsures peuvent inoculer divers germes : des infections banales, parfois la rage. Il est actuellement d'usage au Parquet de la Seine de faire examiner par un médecin-expert les individus qui ont mordu un agent afin qu'en cas de syphilis des mesures prophylactiques puissent être prises d'urgence.

Signalons, enfin, la nécessité qu'il y a toujours à savoir rapporter à leur véritable cause certaines blessures des cadavres dues à des morsures faites *post mortem* par les animaux carnivores, par les rongeurs ou, sur les corps immergés, par les poissons.

B) *L'identification des dents.*

Deux cas peuvent se présenter : tantôt, en présence d'un cadavre profondément mutilé, voire même carbonisé ou réduit à l'état de squelette, il convient de dire s'il s'agit bien de tel individu nominativement désigné ; tantôt, en présence de dents ou de fragments dentaires, le magistrat demande à l'expert de « faire toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité ».

Dans le premier ordre de faits, l'identification est ordinairement pratiquée par le dentiste même du disparu. Son rôle consiste à comparer la fiche dentaire de son client avec la dentition du cadavre.

Le plus souvent il s'agit d'une identification, en quelque sorte privée, demandée par la famille, comme le fait est fréquent après les grandes catastrophes où les cadavres ont été rendus méconnaissables par le cataclysme ou encore après les longues guerres.

Parfois, il s'agit d'une identification judiciaire.

Les exemples de ces éventualités sont nombreux :

Récemment, à la fin de la guerre contre l'Allemagne, il n'est guère de dentiste à qui une famille ne soit venue demander d'apporter à l'identification du corps de l'un de ses membres le secours de son art.

Antérieurement, l'art dentaire avait déjà permis d'intéressantes identifications, en particulier lors de l'incendie du Bazar de la Charité le 4 mai 1897. Dans cette catastrophe, 126 personnes trouvèrent la mort et plus de 200 furent plus ou moins grièvement blessées. Les cadavres furent transportés dans le Palais de l'Industrie qui s'élevait sur la place actuelle des deux Palais des Champs Elysées. Ils étaient horriblement carbonisés, informes, un grand nombre entièrement nus. Beaucoup avaient le crâne complètement dénudé et les téguments de la face noircis et racornis par le feu. Une centaine de cadavres furent cependant rapidement reconnus. Il en restait une trentaine si mutilés, si réduits qu'aucune identification ne paraissait plus possible. C'est alors que le

consul du Paraguay, Albert Haus, eut l'idée de faire appel aux dentistes qui avaient pu donner des soins aux victimes. Le conseil fut suivi. Les identifications eurent lieu : en général, les gencives avaient été protégées contre le feu par les joues qui s'étaient racornies en sorte que les muqueuses gingivales furent souvent trouvées roses et presque normales. De nombreuses victimes furent ainsi rendues à leur famille, parmi lesquelles la Duchesse d'Alençon.

Faut-il rappeler que c'est grâce à l'étude des aurifications que fut reconnu le cadavre du Prince Impérial, le fils de Napoléon III, tué le 1er juin 1879, en Afrique, par des bandes de Zoulous, et que c'est par l'étude de la dentition que put être établie avec certitude l'identité impossible à affirmer par tout autre moyen, du cadavre du marquis de Morès, tué par les Touaregs, en 1896 ?

A côté de ces cas d'identification en quelque sorte « positive », il existe des cas dont le résultat négatif n'eut pas une moindre importance. C'est ainsi que le Docteur Recamier, par l'étude en particulier de la dentition, établit que le squelette trouvé en novembre 1846 dans l'ancien cimetière Sainte-Marguerite appartenait à un individu d'au moins quinze ou seize ans, et ne pouvait par conséquent être, contrairement à l'avis du Docteur Milcent, celui de Louis XVII, mort au Temple, à l'âge de 10 ans et 2 mois. Une nouvelle expertise faite en 1894, à la demande des Naundorf, confirma l'opinion de Recamier et permit de conclure sur le seul aspect des dents (usure des incisives, présence de deux dents de sagesse inférieures, etc...) que le crâne examiné devait appartenir à un individu âgé de 18 ans au moins.

Voici enfin un dernier cas où l'art dentaire eut peut-être l'honneur d'éviter une guerre : Dans une République Sud-Américaine, le consulat d'une puissance européenne venait d'être détruit par le feu. Dans les décombres, fut découvert un cadavre que l'on crut être celui du consul. On pensa qu'il s'agissait d'un attentat. Des notes diplomatiques commençaient à être échangées, lorsque le dentiste du consul établit qu'il ne pouvait s'agir du corps de son client. Ce dernier fut,

en effet, retrouvé ultérieurement, en fuite..... et le cadavre était celui du concierge du consulat, victime et non auteur de l'attentat. On m'a dit qu'en reconnaissance du service rendu par l'art dentaire en cette circonstance, les Chiliens avaient élevé une magnifique Ecole où est enseignée l'odontologie.

Plus délicats sont les cas où le magistrat, dans une affaire criminelle, demande à l'expert spécialiste d'examiner des dents isolées, découvertes dans des circonstances suspectes.

S'agit-il de dents humaines ? Telle est toujours la première question qui se pose. Amoedo, dans sa remarquable thèse [1], décrit minutieusement tous les caractères de chaque dent humaine : leur anatomie, le développement et l'aspect de la première et de la seconde dentition, les dimensions des dents chez l'homme et chez la femme ; les anomalies dentaires. Ce travail est un véritable dictionnaire, un véritable atlas qui reste la base de toute expertise dentaire.

Il est ordinairement facile, en présence de dents complètes, d'affirmer leur origine humaine. Il est plus difficile de dire s'il s'agit de dents masculines ou féminines et de formuler une opinion sur la taille probable du sujet : grande, moyenne ou petite.

Amoedo fournit des renseignements sur les modifications dentaires suivant les races et décrit les caractères des dents des idiots, des prostituées et des criminels. Ce sont là des remarques scientifiquement intéressantes, mais difficiles à utiliser par l'expert : constater que les mâchoires des idiots, des prostituées ou des criminels présentent, pour chaque groupe, une certaine analogie, due sans doute à l'hérédo-syphilis, ne saurait en effet permettre, en présence d'une mâchoire, d'affirmer qu'elle a appartenu à un idiot, à une prostituée ou à un criminel.

Par contre, de l'aspect des dents, il n'est pas impossible de conclure à certaines tares pathologiques du sujet : la dent de l'*hérédo-syphilitique* est très spéciale ; celle du *rachitique* peut

1. Oscar Amoedo y Valdes. — L'art dentaire en médecine légale, *Thèse de Paris*, 1898.

présenter quelques particularités ; les maladies infectieuses graves peuvent, lorsqu'elles surviennent lors de l'évolution dentaire, marquer leur trace sur les dents par des sillons assez caractéristiques.

De même, les habitudes ou les professions peuvent être révélées par l'aspect des dents : les dents des *fumeurs* sont parfois colorées en brun plus ou moins foncé ; celles des sujets qui manipulent l'acide chlorhydrique ou l'acide fluorhydrique sont souvent décalcifiées ; celles des ouvriers soumis aux vapeurs mercurielles sont fréquemment creusées de stries noirâtres.

Toutes ces remarques peuvent être utilisées en expertise dentaire, à condition cependant de n'affirmer que ce qui est certain et de ne jamais quitter le domaine de la réalité pour celui de l'hypothèse : quelle que soit l'admiration que l'on puisse avoir pour Cuvier, on ne devra jamais tenter de reconstituer un individu par le seul aspect d'une dent !

Tout récemment, un procès célèbre a donné à un expert spécialiste particulièrement éminent et qualifié, l'occasion de tirer de l'étude approfondie de dents et de fragments dentaires calcinés des déductions et conclusions qui méritent d'être données en modèle.

Il s'agit d'une affaire qui fit quelque bruit : elle remplit pendant de longs mois les colonnes des journaux quotidiens et, soulevant l'émotion publique, provoqua, quelque paradoxal que cela paraisse, autant le sourire que l'effroi.

Son héros, immédiatement légendaire, était accusé d'avoir fait disparaître onze femmes, au moins, d'âge variable, les unes mûres, les autres jeunes, auxquelles il se présentait comme un mari avantageux.

Après diverses politesses, il les invitait, successivement bien entendu, à venir se reposer amoureusement dans une villa qu'il avait louée dans la grande banlieue parisienne. Quelques jours plus tard, l'homme rentrait à Paris, seul ; de la fiancée, pour laquelle par économie aucun billet de retour n'avait été pris, personne n'entendait plus parler.....

Certains feux, certaines fumées surtout, aussi abondantes

que nauséabondes, donnaient à penser que le corps de a victime, tuée on n'a jamais su comment, avait été totalement ou partiellement détruit par le feu, dans la petite cuisinière de la maison de campagne.

L'examen minutieux des cendres du fourneau permit de recueillir quelques menus fragments osseux et des dents intactes ou fragmentées, toutes plus ou moins calcinées.

L'expert, avec une méthode et une patience qu'on ne saurait trop louer, étudia, photographia et décrivit minutieusement chacune des pièces à conviction qui lui avaient été soumises.

Il établit ainsi tout d'abord qu'il s'agissait de dents humaines, car toutes les racines des dents étaient droites ou du moins aucune n'était recourbée dans sa totalité, ce qui est la caractéristique des dents de l'homme. On sait en effet que, d'une façon générale, la forme de l'arcade dentaire est subordonnée à celle du rebord alvéolaire ; or ce rebord n'étant absolument vertical que chez l'homme, on peut conclure que c'est chez l'homme seul qu'on trouve des dents implantées verticalement et dans lesquelles la couronne et la racine sont dans un même axe ou presque dans un même axe.

Bien que cette considération générale puisse suffire à elle seule à établir l'origine humaine des dents, l'expert eut le souci, pour éviter toute discussion, de préciser qu'il ne pouvait s'agir de dents de chat, de dents de chien ou autre canidé, de dents d'herbivores, tels que le bœuf ou le cheval ; de dents de chèvre, de mouton, de porc ou même de singe.

L'expert parvint en outre à établir que les dents recueillies provenaient d'au moins deux sujets, l'un à dents de dimensions ordinaires, l'autre à dents très petites ; qu'il s'agissait de sujets adultes, dont l'un au moins d'une jeunesse relative, et vraisemblablement du sexe féminin. Les dents du sujet de petite taille étaient régulières de forme et saines ; celles du sujet de taille plus élevée étaient cariées. Ces dents semblaient avoir été calcinées avec la mâchoire ; mais certaines d'entre elles, sorties de leurs alvéoles sous l'influence de la chaleur, avaient manifestement subi une calcination secondaire en contact avec le charbon incandescent.

Les experts ayant pu enfin préciser qu'il ne s'agissait vraisemblablement pas de pièces anatomiques, aussi bien en ce qui concernait les dents que les fragments osseux humains, leur rapport fut une des bases les plus solides de l'accusation.

L'affaire eut son épilogue, un matin, au lever du jour..... sur l'échafaud.

II. Art dentaire et indemnisation.

L'indemnisation du dommage causé par la perte ou la fracture d'une ou de plusieurs dents est basée sur des règles différentes suivant qu'il s'agit d'une blessure de guerre, d'un accident du travail ou d'un accident de droit commun.

A) *L'indemnisation des blessures de guerre.*

Les pensions militaires sont régies par la loi du 31 mars 1919, à laquelle a été annexé un barême d'invalidité, par décret du 29 mai 1919. Sous la réserve de certaines augmentations par application aux blessés de la guerre de 1914 d'un barême plus avantageux, l'expert n'aura, jusqu'à modification projetée, qu'à appliquer les taux suivants :

Perte complète ou presque complète, en haut et en bas, des dents et de leurs alvéoles, la prothèse n'étant pas supportée : 10 à 30 0/0 ;

En cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle *constatée* : 0 à 10 0/0.

Aucune pension n'étant attribuée pour les invalidités de moins de 10 0/0, le barême militaire, si on laisse de côté les lésions voisines fréquentes telles que fracture ou luxation du maxillaire, constriction des mâchoires, qui donnent lieu à attribution de rente, n'indemnise donc en pratique la perte des dents que si elle n'est pas compensée par une bonne prothèse. Mais l'autorité militaire, non seulement fournit le premier appareil, mais encore pourvoit à son entretien et à son remplacement, s'il y a lieu.

B) *L'indemnisation des accidents du travail.*

Le principe de la loi forfaitaire du 9 avril 1898 est de n'indemniser que la diminution de capacité de travail. Aussi,

à moins de lésions dentaires graves non « appareillables » pouvant causer soit des troubles digestifs diminuant la capacité de travail, soit pour quelques rares professions, un dommage esthétique, la perte d'une, de plusieurs ou de toutes les dents ne devrait-elle pas être indemnisée. L'usage s'est cependant très heureusement établi d'accorder une incapacité, en général de 5 à 10 0/0, destinée à rembourser à l'ouvrier les frais d'entretien ou de remplacement de l'appareil de prothèse qui ici sont à sa charge. Les frais dentaires de la période d'incapacité temporaire incombent au Chef d'entreprise, à l'exclusion cependant de l'appareil de prothèse dont le remboursement n'est que facultatif comme celui des appareils orthopédiques.

C) *L'indemnisation des accidents de droit commun.*

Il s'agit le plus souvent d'un accident d'automobile, ou plus rarement de chemin de fer.

L'indemnisation devant compenser tout le dommage, l'expert proposera :

1° Le remboursement des soins odontologiques, y compris l'appareil de prothèse ;

2° L'indemnisation du trouble fonctionnel qu'il est actuellement d'usage de fixer par un pourcentage basé sur le barême militaire ou mieux sur le coefficient de mastication ;

3° L'indemnisation du dommage esthétique, variable suivant le sexe, la qualité et la profession du blessé ;

4° L'attribution d'un *pretium doloris* basé sur les souffrances de la victime.

III. Art dentaire et procès professionnels.

Deux sortes de différends peuvent diviser le dentiste et son client : tantôt le « demandeur » invoque une faute de technique, tantôt il refuse de payer des honoraires qu'à tort ou à raison il estime injustifiés.

A) *Faute ou prétendue faute professionnelle.*

Le plus grave des reproches qui puisse être adressé à un médecin ou à un dentiste est évidemment celui d'avoir causé

la mort de son client, ce qui d'ailleurs est souvent estimé par les tribunaux moins cher que de l'avoir estropié.

La mort brusque, en art dentaire, ne peut guère résulter, que d'un accident d'anesthésie.

L'anesthésie générale ne peut être donnée que par un docteur en médecine : c'est là une règle absolue, d'ailleurs bien connue.

L'anesthésie locale ne cause plus guère d'accidents graves depuis que les anesthésiques initiaux ont été remplacés par des produits synthétiques tout à la fois plus actifs et moins toxiques.

Il existe cependant certaines idiosyncrasies sur lesquelles des recherches récentes ont ouvert quelques aperçus nouveaux.

Dans tous les cas, l'expert devra rechercher, comme pour tout accident au cours d'une anesthésie, si celle-ci était nécessaire ; si le produit était de bonne qualité, si la dose employée n'était pas excessive, enfin si toutes les précautions ont été prises avant de pratiquer l'anesthésie et si celle-ci a été faite dans de bonnes conditions.

Plus souvent l'odontologiste est accusé, à tort ou à raison, d'avoir par manque de précautions, négligence ou maladresse, provoqué soit une fracture du maxillaire, soit une inoculation septique.

En ce qui concerne les fractures, le Docteur Sauvez rapporte une instructive histoire [1].

« Un de mes amis, écrit-il, expert également, très bon opérateur et très consciencieux, était appelé à donner son avis au sujet d'un accident causé par un dentiste : fracture du maxillaire inférieur causée par l'extraction d'une troisième grosse molaire. Mon ami fit à ce sujet des expériences consciencieuses, à Clamart, pour examiner s'il était possible de fracturer un maxillaire du bas, sain, naturellement, en faisant une extraction ; il fut d'avis, après ces expériences que le dentiste avait agi d'une façon brutale et répréhensible. La veille du jour où mon ami allait déposer son rapport, à ce sujet, il fut prié d'extraire une dent de sagesse

1. Sauvez. — Généralités sur les expertises en odontologie, *Revue de Stomatologie* (mars 1924).

inférieure droite à une cliente importante qui était assistée d'un médecin et d'un chirurgien. L'opération eut lieu sous le chloroforme, et tout sembla se passer normalement, lorsque, le soir même, mon ami fut appelé par la malade qui souffrait beaucoup, et il constata un déplacement de l'articulé avec une légère mobilité anormale qui dénotait indiscutablement une fracture du maxillaire qui se guérit, d'ailleurs, parfaitement. Il est inutile d'ajouter qu'il modifia son rapport. »

L'inoculation de la syphilis est rare, car, le tréponème ne pouvant vivre que peu de temps hors de l'organisme, il semble que les plus élémentaires précautions doivent suffire pour éviter de communiquer au client suivant l'infection spécifique du précédent.

Des accidents infectieux peuvent se produire, même en prenant toutes les précautions possibles, en raison de la septicité de la cavité buccale. Mais plus souvent l'infection préexistait à l'opération, qui fut sa conséquence et non sa cause. En voici un exemple : j'ai été commis il y a quelques mois avec deux autres experts, un laryngologiste et un spécialiste en art dentaire, pour établir si des responsabilités avaient été encourues par un dentiste que l'on accusait d'avoir par négligence causé une infection qui aurait facilité l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rapidement mortelle. Il s'agissait d'un homme qui s'était fait extraire une racine de molaire par un jeune dentiste nouvellement installé. L'opération avait été si simple qu'elle n'avait pas nécessité d'anesthésie. Mais une suppuration s'était établie qui ne devait plus se tarir. Six mois plus tard, l'homme maigrissant, son médecin l'avait ausculté pour la première fois et avait constaté les signes d'une tuberculose pulmonaire qui devait l'emporter rapidement. Nous n'avons eu aucune peine à établir que la suppuration préexistait à l'extraction, que c'était elle qui avait déterminé cet homme peu soigneux de sa dentition à faire extraire les racines d'une dent qui devenaient gênantes, qu'il ne saurait donc y avoir de responsabilité engagée, ce qui nous dispensait de discuter du rôle agravant attribué, de façon bien improbable, à la suppuration dentaire.

Ici, la veuve, mal conseillée, était de bonne foi. Il n'en est pas toujours de même, ou plutôt il existe des clients qu'en raison de tares psychiques il est préférable de ne pas conserver dès que le caractère pathologique de leur mentalité transparaît, ce qui malheureusement ne se produit ordinairement que trop tardivement. Il s'agit dans ces cas, le plus souvent, soit de « *revendicateurs* », soit de « *mythomanes* ».

Les *revendicateurs* sont d'autant plus dangereux qu'ils se présentent sous une apparence normale. Ils parlent avec calme, discutent de tout, ordinairement très raisonnablement ; mais, atteints de psychose interprétative, dès qu'ils croient qu'un dommage a pu leur être causé, ils se mettent à raisonner à faux. Leur logique pervertie les conduit à repousser systématiquement les arguments contraires à leur thèse et à accepter sans critique, comme autant de réalités, les hypothèses que leur conviction morbide leur suggère (Roques de Fursac). Ils engagent donc un procès trouvant souvent des défenseurs plus ardents qu'éclairés auxquels en ont imposé leurs arguments spécieux. Le procès perdu, ils font appel du jugement, et plus tard, définitivement déboutés, ils continuent à « persécuter » celui qu'ils considèrent *à tort* comme la cause d'un dommage d'ailleurs parfois réel.

Les *mythomanes*, suivant le terme créé par le Professeur Dupré, sont des menteurs pathologiques. Il s'agit le plus souvent de femmes, ou surtout de fillettes, qui par désir d'attirer l'attention sur leur personne et souvent de nuire à autrui, fabulent en ayant d'ailleurs conscience de la fausseté de leurs dires. Les plaintes en attentat aux mœurs formulées contre les médecins ou les dentistes sont loin d'être rares ; mais parmi elles, les faux attentats sont la règle, créés de toutes pièces par l'exaltation imaginative de la pseudo-victime. La connaissance de la mythomanie conduit au conseil, pour le médecin et pour le dentiste, de conserver auprès de lui dans son cabinet, lorsqu'il examine ou opère une femme, une infirmière dont la présence suffit à exclure la possibilité de l'attentat et qui pourrait, s'il était utile, démentir les allégations de la plaignante.

B) *Honoraires.*

La question des contestations d'honoraires ne comporte que peu de commentaires.

L'expert appréciera la valeur de la réclamation en se basant sur l'importance de l'intervention, sur la notoriété de l'opérateur et sur la situation sociale du client.

Sur ce dernier point, il semble bien établi par la jurisprudence que, lorsqu'il s'agit d'un accident entraînant la responsabilité pécuniaire de son auteur, la victime n'a pas le droit, sous le prétexte que les frais lui seront remboursés, de recourir à des soins plus onéreux que ceux qu'elle aurait elle-même engagés, s'ils lui avaient incombé. C'est pourquoi souvent lorsqu'un indigent s'est fait soigner dans une maison de santé luxueuse ou a eu recours à un spécialiste que sa notoriété autorise à demander des honoraires élevés, les tribunaux réduisent les frais ainsi engagés au tarif, par exemple, des accidents du travail.

Une question peut se trouver soulevée : celle du rendez-vous manqué par le client. Elle ne peut guère se présenter que pour le spécialiste qui fait valoir que, ne disposant, par exemple, que d'un fauteuil opératoire, s'il s'agit d'un dentiste, un rendez-vous manqué a eu comme conséquence pour lui la perte d'une heure qu'il aurait consacrée à un autre client que, faute de temps, il a dû refuser. Cette manière de voir peut, à mon avis, être défendue, à la condition, bien entendu, de n'en pas faire une règle et surtout de ne pas l'appliquer au client qui s'est excusé de son oubli.

Telles sont, très rapidement esquissées, sans aucune prétention technique, les principales applications de l'odontologie légale. Leur variété et leur intérêt confirment que cette science est une branche importante de la médecine légale.

LA CONSERVATION DES PULPES SOUS LES COURONNES ET TRAVAUX A PONT D'APRÈS UNE EXPÉRIENCE DE 20 ANS

Par le Dr LÉVY (Strasbourg).

(Communication au Congrès de Liége, 1924).

616.314.18 08] 039.73

La théorie des infections focales qui s'est emparée des affections paradentaires pour accuser les foyers périapexiens d'être la cause principale de tous les maux de l'humanité accablée a fait revivre le vieux litige entre les prothésistes : faut-il dévitaliser ou non les dents à couronnes ? Cette question n'a jamais été tranchée à fond, mais les partisans de la pulpectomie avaient à peu près étouffé les conservateurs.

La suprématie dont jouissaient les partisans de la pulpectomie est due :

1° A la confiance dans nos méthodes de traitement des canaux radiculaires ;

2° A la méfiance à l'égard de la volonté du patient d'endurer les douleurs occasionnées par la confection correcte d'une couronne ;

3° A ces deux facteurs s'ajoutait un certain mépris scientifique du rôle de la pulpe dans le métabolisme de la dent de l'adulte.

La confiance dans nos méthodes de traitements des dents dévitalisées était solidement établie il y a 20 ans. Le siècle écoulé avait vu les magnifiques découvertes de Pasteur et l'essor superbe de la chirurgie aseptique. Aucune partie du corps ne semblait se prêter aussi bien à la désinfection radicale et permanente qu'une dent qui est formée de toutes parts par des tissus durs et semblant relativement inertes. Elle devait se traiter aux désinfectants comme un bol en porcelaine.

Je n'entre pas dans les détails du traitement des canaux. Il suffit de rappeler à notre mémoire qu'à côté d'une grande majorité de traitements tout à fait réussis il en reste une minorité respectable qui ne donne pas le résultat favorable

auquel nous devions nous attendre d'après nos soins consciencieux.

Les recherches anatomiques nous ont donné l'explication de la plus grande partie de ces faits. A côté des racines à orifice simple il en existe énormément à orifices multiples. Nous connaissons les canaux bifurqués et ceux obstrués par des dépôts de dentine secondaire ; nous voyons souvent des apex retroussés et ceux en forme de baïonnettes qui forment des obstacles souvent invincibles pour notre arsenal instrumentaire. Je ne veux pas insister sur les cas cependant observables où un excès de zèle qui veut absolument surmonter ces obstacles a donné lieu à des perforations de racines.

Outre ces aléas anatomiques il n'en manque pas du côté pharmaceutique. Il est avéré qu'il est pratiquement impossible de stériliser le contenu des tubes de l'ivoire. Ces essais d'embaumement n'amènent qu'une nécrotisation du ligament avec expulsion consécutive de la dent.

Je ne veux pas trop me perdre dans les questions de traitement de racines : le fait existe que la clinique et plus encore la radiographie nous démontrent qu'à côté d'un nombre énorme de *pulpectomies* ne donnant lieu à aucune réaction pathologique, il en existe un chiffre considérable qui occasionne tôt ou tard des infections des tissus péri et paradentaires, soit qu'elles deviennent évidentes comme les périodontites aiguës et chroniques, soit qu'elles restent des foyers périapexiens silencieux.

Comme un malheur vient rarement seul on s'apprête à accuser les foyers périapexiens non seulement des infections générales du corps, mais on les range parmi les causes déclanchantes du cancer.

Nous lisons dans une brochure envoyée dernièrement aux chirurgiens-dentistes par l'Association française pour l'étude du cancer « Les débris paradentaires dominent la pathologie des tumeurs des mâchoires ». A l'état normal ces débris ne se manifestent d'aucune façon. Mais si une infection dentaire, en particulier un bourgeon charnu, un granulome apexien, vient les irriter, ils se mettent à proliférer, soit sous forme de

tumeur bénigne, le plus souvent de kyste paradentaire, soit sous forme de cancer, le plus souvent d'épithélioma adamantin.

Ainsi les débris paradentaires, réactivés par l'infection dentaire, doivent être considérés comme de véritables états précancéreux. En effet, à la dernière assemblée des dentistes suisses à Zurich, M. Römer a montré des coupes microscopiques d'un granulome qu'on ne pouvait pas discerner d'un épithéliome. Il confirmait donc les résultats des auteurs français Delater et Bercher, publiés l'année passée.

Je suis si profondément entré dans les questions de foyers périapexiens parce que les auteurs prétendent principalement les trouver sur les dents munies de couronnes d'or. On a créé le mot des *mausolées d'or*. Pour ma part je n'y crois pas d'après mon expérience radiographique ; il est à supposer qu'on trouve plus d'intérêt à essayer la conservation de dents couronnées et pour cette cause on les a plus souvent radiographiées, tandis qu'on se décide plus facilement à extraire une dent simplement obturée. Mais tout en laissant cette question ouverte nous ne manquons pas de causes pour restreindre la pulpectomie à la plus stricte nécessité.

Le principe de conserver toute pulpe non infectée n'est plus discuté en dentisterie opératoire ; je suis d'avis qu'il est parfaitement possible au prothésiste de faire de même sans abandonner ni les travaux de couronnes, ni ceux de ponts fixes. Deux conditions sont à remplir à cet effet :

1° Posséder à fond nos méthodes d'anesthésie locale ;

2° Rapidité et précision dans le travail mécanique.

Le développement de nos méthodes d'anesthésie locale et régionale dans les derniers 20 ans nous permet d'arriver avec une sécurité presque absolue à l'insensibilisation suffisante, au meulage complet et exact de toute dent. Nous n'avons plus besoin de recourir à des substances toxiques comme la cocaïne pour arriver à ce but, ses succédanés inoffensifs comme la novocaïne, suffisent complètement. Personnellement, j'emploie exclusivement la solution E de scurocaïne des mines du Rhône. Je me sers pour l'anesthésie pulpaire de la solution à 5 o/o. J'insiste essentiel-

lement sur ce dosage, la solution de 2 o/o, complètement suffisante pour les extractions, ne donne pas la même satisfaction pour l'anesthésie pulpaire.

Pour les incisives et canines supérieures nous arrivons toujours à une anesthésie suffisante avec une injection d'un cc. de notre solution dans la région périapexienne *vestibulaire*. Je ne fais jamais une injection du côté palatin. Nous savons tous que les injections palatines sont bien plus douloureuses que celles du côté vestibulaire, presque insensibles, et une simple réflexion anatomique nous dit qu'elles doivent être inefficaces pour l'insensibilisation des pulpes. Après 3 à 5 minutes d'attente la pulpe est insensible et nous pouvons commencer notre travail. L'insensibilité dure toujours assez longtemps pour terminer la préparation.

Les pulpes des prémolaires et molaires supérieures sont insensibilisées par la combinaison de l'anesthésie locale et régionale. J'emploie à ce propos en général 2 cc. de la même solution à 5 o/o de scurocaïne. Je commence par un dépôt dans la région périapexienne et continue l'infiltration sur la tubérosité maxillaire et vers le trou sous-orbitaire.

Si 2 cc. de la solution ne suffisent pas pour l'infiltration complète je ne vois pas d'inconvénient à en appliquer un troisième. Mais ce cas se présente rarement, il faut déjà qu'il s'agisse d'un maxillaire de grandeur exceptionnelle.

Un temps d'attente de 5 minutes doit suffire pour commencer le travail.

Dans le maxillaire inférieur j'emploie toujours l'anesthésie régionale exécutée par injection sur le trou mandibulaire avec un petit dépôt subsidiaire de solution sur le trou mentonnier ; en tout, 2 cc. de la solution à 5 o/o. On fait bien d'attendre pour le moins 10 minutes avant de commencer le meulage.

Les cas d'insuccès d'anesthésie sont excessivement rares, une fois qu'on a l'habitude de pratiquer ces méthodes ; mais *on en voit*. Ils sont dus ou à une défaillance de notre main, ou à celle du médicament. Dans ces cas, je le répète, très rares, nous essayons une seconde fois, mais seulement après quelques

jours pour laisser aux tissus le temps de se remettre de la première injection.

Il reste des cas même réfractaires la seconde fois, ils doivent être attribués à des anomalies anatomiques. Mais aucune méthode thérapeutique ou opératoire ne donne 100 o/o de succès, par exemple même la cautérisation de la pulpe par les arsénieux donne parfois lieu à des irritations péridentaires, sans que le nerf soit complètement dévitalisé.

Je répète que l'exercice de l'anesthésie ne présente aucune difficulté spéciale. Elle ne nous a jamais occasionné de complications, il va sans dire que toutes les précautions d'asepsie doivent être observées.

Nous n'avons jamais constaté de lésions pulpaires, dues à l'anesthésie. Comme la conservation des pulpes saines dans les travaux de prothèse est la règle dans mon service de prothèse et régulièrement pratiquée par tous mes étudiants, je puis me baser sur un tel nombre d'observations contrôlées qu'une erreur sur ce point me paraît difficilement admissible.

J'arrive au meulage. Aucune concession ne doit être faite sur les règles générales de préparation des dents en vue de la conservation des pulpes. Il faut arriver à la forme cylindrique du moignon qui seule permet l'ajustage hermétique de la bague au collet de la dent. Toutes les parties débordantes doivent être enlevées pour parer à la carie secondaire. Je commence le meulage par la face triturante. Je suis d'avis qu'un bon couvercle de couronne, principalement s'il est porteur de pont, doit avoir pour le moins 3/4 mm. d'épaisseur à sa partie la plus faible. Donc il faut arriver au moins à autant de distance entre la dent à coiffer et son antagoniste sur toute la face de trituration.

Des auteurs américains ont conseillé de donner à la face meulée des faces multiples et à peu près parallèles à la forme naturelle de la face de trituration pour éviter avec plus de sécurité les cornes pulpaires. Je n'ai pas vu d'avantage dans ce système qui demande beaucoup plus de temps. Les couronnes terminées d'après ce système exigent beaucoup de retouches et il est très difficile de répérer les endroits de coincements.

Peut-être de plus adroits que moi réussiront, moi je préfère donner une face plane. Il m'est arrivé si rarement de mettre ou de voir mettre des pulpes à nu avec le meulage en face plane, donc je juge inutile de rechercher des complications.

La face triturante terminée j'attaque le contour pour lui donner les faces perpendiculaires habituelles. Les angles trituro-perpendiculaires subissent un fort biseautage, de telle sorte que le moignon ait à peu près la forme, d'un U renversé.

Le meulage ne permet pas en général d'enlever en même temps toutes les caries, principalement dans les fissures. Ces caries sont enlevées à la fraise comme d'habitude.

Tout le meulage doit se faire, et c'est une condition « sine qua non » sous un jet d'eau continu. Il faut éviter l'échauffement de la dent si nous ne voulons pas vouer la pulpe à la mort par incinération. Je suis d'avis que la plupart des mésaventures dans les essais de conservation des pulpes saines est due au surchauffage de cet organe. Il est donc nécessaire de ne jamais procéder *seul* au meulage, mais on doit avoir un aide à côté de soi qui tient le champ de meulage sous un jet d'eau froide.

Le meulage complet d'une dent doit se faire en une seule séance, dans laquelle nous n'oublierons pas de veiller en même temps au parallélisme des piliers. Si nous avons appliqué l'anesthésie régionale et si nous avons plusieurs dents à meuler dans la région, nous devons les terminer toutes dans la même séance pour éviter des répétitions inutiles de l'anesthésie.

J'arrive à l'application de la bague. Personnellement, je préfère les bagues étirées, donc sans soudure. Elles permettent un travail très exact et en même temps très rapide.

Je choisis sur mon jeu de bagues de mesure la bague qui correspond à mon cas. D'après celle-là je prends sur un second jeu la bague définitive en or, toute prête. Je la découpe d'après la ligne gingivale, de sorte qu'elle reste encore 1/2 mm plus haute que le moignon de la dent. Puis je procède immédiatement à l'empreinte. Pendant ce temps le mécanicien m'étire une capsule en argent pur du même numéro qui est fixée sur la dent meulée à l'oxyde de zinc-eugénol jusqu'à la

dernière séance. Cette capsule abrite la dent d'une façon complète contre les insultes thermiques, traumatiques et bactériennes. Le patient n'est pas incommodé, il peut boire et manger comme d'habitude et avant tout la dent ne devient pas hypéresthétique. J'attribue beaucoup de valeur pour le succès définitif du traitement à cette couverture temporaire, isolante et légèrement antiseptique. C'est audacieux d'émettre une théorie simplement basée sur des faits cliniques, mais c'est peut-être l'infection des fibres de Tomes des dents meulées et laissées à nu qui pourrait expliquer l'hypersensibilisation et maintes infections ultérieures de la pulpe.

L'achèvement de la couronne par le mécanicien doit être très soignée pour éviter les retouches sur la dent. La plus grosse faute qu'on peut commettre est de laisser couler l'or du couvercle sur le côté intérieur de la bague. Il parera au danger s'il remplit la bague de revêtement avant de commencer le modelage en cire. Le couvercle doit trouver sa fixation sur la bague du côté extérieur, ce qui se fait automatiquement si le modelage et le coulage consécutifs rendent à la couronne la forme anatomique que la dent avait avant le meulage. De petites traces d'or le long du bord supérieur de la bague ne dérangent pas, parce que nous avons biseauté le moignon. Aussi je ne crains pas de petites retouches sur la dent. Elles ne sont guère plus douloureuses que le fraisage de petites caries de deuxième degré. Mais si par hasard il y a une fuite considérable d'or sur l'intérieur de l'anneau, je préfère prendre une nouvelle empreinte et faire une nouvelle couronne que de meuler beaucoup sur le moignon ou sur la couronne. Cette répétition n'occasionne qu'une petite perte de temps et aucune perte de matériel, si l'on emploie les bagues étirées sur lesquelles les couvercles sont coulés sans soudure.

J'ai insisté si longuement sur ces petits détails techniques parce que je suis d'avis que la généralisation de la conservation des pulpes sous les couronnes en dépend énormément. Si un travail mécanique inexact nous impose de fortes corrections ultérieures, nos nerfs et ceux de nos patients nous dégoûteront bientôt de cette méthode.

Il me reste à dire quelques mots sur la conservation des pulpes dans les dents visibles que nous voulons employer comme piliers. Il me semble que chacun de nous doit avoir à vaincre une aversion instinctive quand il s'agit de couper une belle canine saine pour planter une couronne Richmond dans la racine. Cet acte un peu vandale peut très souvent être évité par l'emploi de la couronne Carmichael. Avec une petite modification je l'emploie plutôt comme inlay et elle nous a donné toujours de bons résultats, autant au point de vue de la stabilité que du côté de l'esthétique. Si l'articulation n'est pas trop basse et si les piliers ne sontpas trop frêles on peut l'employer sur toutes les dents. Les Américains recommandent depuis quelque temps un autre inlay avec des petits pivots. J'ai fait faire d'après les textes un exemplaire de fantôme, mais je ne l'ai jamais employé en bouche, car je n'y trouve pas d'avantage sur le Carmichael.

L'indication de la conservation des pulpes saines est toujours donnée si nous pouvons arriver au meulage exact de la dent sans ouvrir la chambre pulpaire. Je suis donc d'avis que le maintien de la pulpe doit être subordonné à la préparation exacte. Car si nous agissons contrairement, la carie secondaire survenante viendra vite à bout de la pulpe épargnée et nous aurons plus d'inconvénient que si nous avions cautérisé dès le début. Si nous mettons, au cours du meulage, une pulpe à nu, nous profitons de l'anesthésie pour procéder à la pulpectomie. Si nous tenons à nous renseigner sur les dimensions de la cavité pulpaire avant le commencement du meulage, la radiographie nous en donne la possibilité.

Les pulpes douteuses et les pulpes des dents affectées de pyorrhée sont toujours à détruire, les dernières pour profiter de l'ankylose survenant souvent sur les dents mortes.

Le *pronostic* de la conservation des pulpes sous les couronnes métalliques est *excellent.*

Quand je commençais avec la conservation, il y a 20 ans, nous ne disposions pas des moyens d'anesthésie modernes, les cas se présentaient donc bien plus rarement qu'aujourd'hui. Mais ces cas m'ont donné toute satisfaction jusqu'à ce jour.

Avec le développement des méthodes d'insensibilisation locale je n'ai cessé d'élargir le nombre des cas. Depuis des années que je suis à la tête de l'enseignement de la prothèse à l'école de Strasbourg, la conservation est obligatoire pour les assistants et les étudiants. Je puis affirmer que les résultats sont tout à fait satisfaisants. Nous pouvons donc conclure que la méthode est à la portée de tous les confrères. Le travail de préparation pour les couronnes ne devient pas plus difficile. Au contraire, une fois qu'on a pris l'habitude, il en résulte un gain appréciable de temps. Nous sommes mis en état, par la conservation, d'exécuter beaucoup de bridges, que nous ne voulions pas faire avant, parce que nous hésitions à dévitaliser les piliers absolument sains. En d'autres cas, nous pouvons plutôt procéder à l'extraction d'une dent douteuse, parce que nous avons la possibilité de la remplacer, sans causer de nouveaux dégâts.

IMPORTANCE CROISSANTE DE LA PROPHYLAXIE BUCCALE DANS LA PRATIQUE COURANTE

Par le Dr BOUSQUET (Besançon).

(Communication au Congrès de Liège, 1924).

616.31 08] 039.71

L'an passé, je vous ai plus particulièrement entretenus des soins de l'enfance, débutant par la présentation des statistiques originales sur la fréquence de la carie dentaire aux différents âges, et sur les affections d'ordre général, imputables à la septicité bucco-dentaire.

Ces statistiques ayant été reproduites, ce qui est toujours flatteur pour un auteur, dans une grande partie de la presse professionnelle de langues française et anglaise, ainsi que dans plusieurs publications étrangères à notre art, je m'abstiendrai de vous les citer à nouveau. Je me contenterai d'en retenir une seule devant servir de base, non seulement aux quelques considérations philosophiques qui vont suivre, mais à toute la présente communication.

Lorsque nous songeons que, malgré les récentes guerres, la moyenne de l'existence, aujourd'hui de 37 ans environ, était, il y a 60 ans seulement, de 23 ans, nous sommes naturellement amenés à nous demander quel devait être le déchet énorme au cours des premières années de la vie, dans des époques relativement rapprochées de nous, quand nous savons que les familles actuelles sont de moins en moins nombreuses et que les conditions de la vie moderne ont de plus en plus comme résultat l'usure prématurée de la machine humaine.

Par le développement continu de son intelligence, l'homme est arrivé à un degré de civilisation qui, s'il le rapproche d'un échelon de l'idéal toujours fuyant à la poursuite duquel il tend, poussé par un destin dont il n'est pas maître, l'éloigne du rôle initial à lui dévolu : la procréation de l'espèce.

Si la question du problème social de natalité dépasse le cadre de nos attributions professionnelles, l'étude des conditions physiologiques et pathologiques dans lesquelles nous vivons, nous incombe au même titre qu'au médecin et à

l'hygiéniste. Les connaissant, ou plus modestement, les soupçonnant, notre devoir est d'y remédier dans la mesure de nos capacités. C'est le rôle social accepté par nous, celui que la collectivité attend de nous voir remplir.

L'homme de notre époque subit l'impression du milieu dans lequel il vit. Cette impression se traduit par des phénomènes d'excitation cérébrale faisant de lui ce qu'on appelle communément « un énervé » pour ne pas dire « un excité » et, en envisageant le côté nerveux seulement, nous ne croyons pas encourir de démenti en affirmant que la majeure partie des individus appartenant aux grandes nations européennes, pour ne parler que de celles nous touchant de plus près, est composée d'êtres imparfaitement équilibrés, présentant une moindre résistance à la maladie, un terrain plus favorable aux localisations microbiennes.

Cette excitation cérébrale est le résultat de la tension constante à laquelle la vie moderne soumet nos centres nerveux prédisposés fort souvent par une hérédité morbide. Elle est entretenue par la lutte de plus en plus dure pour l'existence, lutte commençant dès le plus jeune âge, où l'enfant est soumis à un travail intellectuel constituant pour beaucoup du surmenage, et se continuant par les multiples soucis apportés à l'homme par sa situation, ses fonctions sociales, son ambition, son avenir et celui des siens. Elle est exaspérée par les besoins de luxe, de plaisir, de jouissance que lui impose à son tour cette vie engendrée par son cerveau et à laquelle son organisme ne peut entièrement et surtout assez rapidement s'adapter.

Vitesse, bruit, trépidation de la locomotion, lumière artificielle, atmosphère viciée des villes, chaleur des machines, cages électriques constituées par nos demeures modernes sont autant de causes contribuant à ébranler la résistance individuelle imparfaitement récupérée par un sommeil trop court et insuffisamment réparateur, par une alimentation défectueuse prise à la hâte, par les dopings que constituent, alcool, thé, café, tabac, épices, drogues, etc., par des récréations factices et épuisantes, voyages, cinémas, dancings, pratique immodérée des sports.

Ce surmenage des centres nerveux aboutit à l'usure prématurée de tous les organes : l'homme est vieux, alors qu'il devrait être, durant des années encore, dans la plénitude de ses moyens, et, s'empoisonnant progressivement, il meurt après une vie dont le rendement aura été infime, sa mort constituant un véritable suicide.

Terrain favorable dès avant la naissance, terrain préparé après par une alimentation toujours défectueuse, hormis le sein maternel, par une hygiène trop souvent bien précaire ou nulle dans certaines classes de la société, l'être humain est la proie facile des maladies du jeune âge dont il gardera parfois la trace durant sa vie entière. Fait paradoxal, si les conditions actuelles de l'existence abrègent la durée de la vie individuellement, la moyenne actuelle en est allongée, car, grâce aux ressources de sciences inconnues hier, peuvent subsister des milliers d'êtres que l'implacable sélection naturelle aurait fauchés jadis.

Nous en trouvons la preuve dans le fait que 33 % des jeunes gens appelés pour le service militaire sont jugés inaptes, 47 % présentent des tares plus ou moins marquées et pas un sur cent ne peut être considéré comme parfaitement équilibré mentalement et physiquement.

Nul de nos jours ne peut vivre isolé, la collectivité ayant plus que jamais besoin des efforts de chacun, la tâche des hommes de science dont nous avons l'honneur de faire partie est de diminuer le taux d'incapacité des uns, d'augmenter le pouvoir de production des autres. Ce rôle, s'il est forcément ingrat, est le plus beau qui soit, il doit primer l'idée de gain, l'idée de jouissance personnelle et trouver sa récompense dans son seul accomplissement.

Il y a peu d'années seulement que la profession dentaire a été amenée à comprendre l'importance du rôle à elle dévolu dans la prévention contre la maladie. Après avoir été totalement ignorée de la médecine, voici que cette dernière, lui voyant prendre semblable essor, la revendique comme sa fille légitime, comme une branche et non des moindres, de la grande famille médicale à l'écart de laquelle elle avait été

tenue tant qu'elle s'était contentée d'être une profession manuelle consistant à extraire des dents, le plus de dents possible pour vendre des appareils de remplacement. Si un nombre trop grand de dentistes n'a pas rejeté cette conception, c'est que la profession, encore bien près de ses origines, a évolué trop vite pour permettre à toutes les mentalités de se transformer, de s'adapter aux problèmes qui confrontent, maintenant cette même profession, et qui, totalement différents de ceux qu'elle avait à résoudre, il y a une vingtaine d'années, exigent un type de praticien, lui aussi totalement différent.

D'Amérique nous vint, il y a une dizaine d'années, la théorie des infections focales, et, en découlant, l'idée peut être déjà soupçonnée chez nous, mais en tout cas, jalousement gardée, du rapport des affections dentaires, apicales et para-apicales, avec les maladies d'ordre général. A peine répandue, cette découverte, si nous pouvons l'appeler ainsi, du danger que pouvait présenter, du mal que causait à l'individu une dent infectée, une dent imparfaitement soignée, secoua aux Etats-Unis la profession dentaire comme un ouragan secoue la cime des peupliers. Cet ouragan vint mourir chez nous en un léger souffle que sentit seulement une bien minime partie de cette même profession. Il dissémina cependant un peu de la bonne, saine semence et maintenant, les exagérations du début passées, nous savons que si, une dent infectée, sans, après, ou par le traitement, n'est pas toujours la cause, même s'il y a lésion apicale, de désordres organiques, même minimes, elle peut occasionner des maladies graves ; nous savons qu'un foyer infectieux apical peut être le point de départ de localisations microbiennes très distantes du foyer initial.

Nous avons compris, et c'est là le plus important, quel danger pouvaient constituer ces foyers infectieux d'origine dentaire, quelle importance nous devions attacher au traitement des dents infectées, car, étant donné que dans les meilleures conditions de la pratique courante, il est exceptionnel, pour ne pas dire impossible, de traiter, de garder aseptiquement obturés les canaux d'une dent, que penser du résultat lamentable auquel est exposé le patient, notre semblable,

lorsqu'il est soigné, comme il était de règle autrefois, et encore habituel de nos jours, c'est-à-dire avec le mépris le plus complet des règles de l'asepsie.

La carie dentaire est, nous le savons, la maladie la plus répandue et les individus qui y échappent entièrement dans nos pays super-civilisés sont tellement rares qu'ils peuvent être considérés comme de véritables phénomènes.

La carie dentaire n'est traitable avec certitude de succès que lorsqu'elle est prise tout au début, avant même que l'organe pulpaire ait eu le temps d'être lésé au travers et malgré l'apparence saine d'une dentine toujours perméable, avant l'apparition des premiers phénomènes d'infection insoupçonnés et indécelables par la radiographie.

Trente-huit pour cent des cas de décès avant la quatorzième année étant dus à des maladies évitables, disions-nous l'an passé, pouvons-nous être taxé d'exagération lorsque nous affirmons que le dentiste par une propagande interrompue, par une conscience plus élevée, par une technique plus perfectionnée, en un mot par son bon vouloir, peut singulièrement abaisser cette mortalité ?

Par une pratique plus consciencieuse de la dentisterie opératoire et surtout par une attention beaucoup plus grande apportée aux soins des dents de lait et des premières molaires définitives, le dentiste doit arriver à amener à l'âge adulte un pourcentage beaucoup plus grand d'enfants possédant une dentition complète avec des pulpes intactes et des tissus péri-dentaires sains.

Guérir, dans notre métier, étant le plus souvent synonyme d'extraire, c'est-à-dire supprimer un mal pour en préparer un autre, tous nos efforts doivent tendre vers un but de prévention et ne croyez pas que notre rôle doive se borner, ce serait déjà suffisant, à soigner des dents de lait et des dents de six ans, à rétablir des articulations et à transformer des voûtes ogivales, il doit être plus large encore et nous devons constamment songer que l'examen attentif d'une bouche nous permettra souvent de constater une tuberculose, une syphilis pour lesquelles aucun médecin n'aura encore été consulté.

Passant sur les cas où, nous faisant les auxiliaires du médecin, nous conseillons l'ablation d'amygdales ou de végétations, nous insisterons sur ce fait : seul le dentiste aura l'occasion de déceler un cancer de la bouche ou de la langue à la période de début, c'est-à-dire à la période où la guérison est encore possible, notre rôle, là encore, devant être considérable.

Ce n'est plus alors, m'objecterez-vous, de l'Art dentaire, mais de la médecine pure que vous réclamez du dentiste. Je vous répondrai que, évidemment, plus nous allons, plus celui-ci sera obligé, médecin ou non, d'avoir des connaissances très étendues de médecine générale, si ce n'est de toutes les spécialités, afin de pouvoir collaborer intimement avec le médecin, avec le spécialiste qui, eux, ont déjà compris tout le parti à tirer d'une intime collaboration avec le dentiste et lui envoient, de plus en plus, des malades dont ils soupçonnent que l'examen dentaire pourra guider leur diagnostic et aider à une guérison là où leur art s'est trouvé en défaut.

J'ai insisté au début de cette communication sur le fait que nous vivons dans une époque de travail intensif, de surmenage général ; or, c'est parmi les surmenés que se rencontrent les arthritiques, les goutteux, les diabétiques, tous malades présentant des troubles bucco-dentaires pour lesquels nous sommes consultés ; autant de raisons, il me semble pour que le client ait intérêt à ce que le dentiste ait quelques notions supplémentaires de médecine.

Absorbée par un travail apparaissant au premier abord comme le seul rémunérateur, la grande majorité de la profession dentaire se contente de développer une clientèle de prothèse, ne faisant de soins que ce qui lui servira dans son but prothétique ou ce qu'elle ne peut éviter. Nous sommes certes tous poussés par le désir de gagner assez d'argent pour nous permettre d'améliorer les conditions de notre existence et d'assurer la quiétude de nos vieux jours, mais nous ne pouvons oublier que le but de notre profession, notre but à tous, doit être avant tout de mettre chaque jour à la portée de l'humanité des services plus effectifs. Or, nous sommes obligés de constater que la dentisterie telle qu'elle est souvent prati-

quée est une honte et qu'il serait préférable que ceux qui l'exercent dans ces conditions se soient consacrés à d'autres occupations moins préjudiciables à leurs concitoyens.

Le public est ignorant, soit, mais à qui la faute? Et qui le premier devrait se charger de son éducation, si ce n'est le dentiste? Malhonnêteté ou incapacité? Nous nous arrêterons seulement à ce dernier qualificatif pour mettre une fois de plus au pilori ceux qui par leur inertie retardent l'effort que d'autres poursuivent pour le seul accomplissement de leur devoir.

L'Association syndicale des dentistes de Bourgogne et de Franche-Comté a, depuis plusieurs années, entrepris cette lutte de la profession contre la profession et le but de cette communication est, avant tout, d'attirer votre attention à vous tous qui suivez les congrès, qui travaillez, qui êtes des agents éclairés et actifs de propagande, sur l'importance considérable que peut avoir votre exemple de tous les instants, exemple de praticiens honnêtes sur le public et sur les autres représentants de la profession.

Notre Association publie des feuillets d'hygiène qui sont distribués à tous les sociétaires pour être répandus dans leur clientèle. Elle fait paraître dans les journaux des annonces invitant le public à se méfier des cabinets où il est soigné par des opérateurs non diplômés. Elle édite un bulletin adressé à tous les dentistes de la région et à beaucoup d'autres très éloignés, dans lequel est répété le mépris que nous avons tous pour les cabinets à réclame dont l'unique souci est de soutirer l'argent du client ; dans lequel elle entre en campagne contre le dentiste vieux jeu qui ne veut pas évoluer ; dans lequel elle réclame à tous les échos un recrutement plus sévère, des études préliminaires plus complètes pour les étudiants en dentisterie, puis des connaissances médicales plus étendues, et surtout le contrôle de certaines écoles dentaires n'exigeant de leurs élèves qu'une présence relative et favorisant ainsi grandement le développement de l'exercice illégal.

Notre Association fait un gros effort pour rapprocher ses membres disséminés sur une étendue de territoire considérable, pour qu'ils puissent se rencontrer fréquemment, discuter non

pas uniquement sur des questions purement scientifiques, mais aussi sur toutes les questions ayant trait tant à la déontologie qu'aux moyens de vulgarisation des principes généraux de prophylaxie buccale.

La meilleure vulgarisation que nous ayons encore trouvée est celle qui frappe la vue, celle qui impressionne le client au cours de ses visites chez son dentiste. L'installation est de toute première importance et l'antédiluvienne excuse qu'une installation moderne effraie le patient est ridicule. Tout cabinet, même le plus modeste à la campagne, peut donner une impression d'hygiène. Nous voulons en voir bannir les meubles inutiles, les tentures, les rideaux, tous ces nids à poussière qui n'ont plus leur place dans une installation spécialisée. L'impeccable tenue de l'opérateur, l'élégance, même avec laquelle son assistante portera blouse et coiffe immaculées, impressionneront toujours favorablement le visiteur. Le moindre détail, même le plus insignifiant, a son importance ; puis-je vous en citer quelques-uns pris au hasard d'une longue liste ? « Tous les instruments doivent sortir d'un stérilisateur bien en vue du client ; le gobelet individuel en papier doit remplacer le verre à boire, difficilement lavable si l'usage d'un dentifrice est habituel au cabinet ; toujours mettre une serviette et la changer chaque fois bien entendu, sur la têtière, derrière la tête du patient ; n'entrer que tout à fait exceptionnellement ses doigts dans la cavité buccale, seul le malappris ou le maladroit a recours à ces usages dignes de l'époque des cavernes, ne jamais fumer entre deux rendez-vous et faire soi-même fréquemment usage d'un rince-bouche parfumé, s'observer constamment, car aucun geste n'échappe au patient sur le fauteuil. »

Comment voulez-vous qu'un dentiste puisse donner des conseils de prophylaxie buccale s'il n'est pas le premier à en appliquer les plus élémentaires? A quoi bon prendre tant de soins pour le brossage de mes dents, peut penser le client, mon dentiste n'en prend pas tant lorsqu'il me soigne ! Et effectivement, combien connaissez-vous de praticiens qui ne commencent jamais un travail buccal, quel qu'il soit, avant d'avoir effectué un nettoyage de bouche consciencieux.

Cette opération pourtant si importante du détartrage qui est à la base de toute prophylaxie buccale, qui constitue le premier acte de l'application de l'hygiène buccale, devient une véritable farce lorsqu'elle est faite à la dernière séance en un quart d'heure de grattage et de brossage à la ponce.

Il est évident que le dentiste qui voit vingt personnes, et même plus dans sa journée, qui tient sa clientèle par la modicité de ses prix et ne peut faire des nettoyages de bouche soigneux et donner des soins consciencieux, est classable, comme me l'expliquait dernièrement un de mes amis d'Amérique, dans la catégorie des « mauvais dentistes ». Vous voulez connaître le moyen que mon ami préconise pour classer les dentistes dans une des catégories : bonne, très bonne, assez bonne, etc. Il ne manque ni d'originalité, ni de justesse et consiste à mesurer la longueur de caoutchouc à digue employé par chaque dentiste dans son année. J'en ai conclu que mon camarade d'Université tenait la grande majorité de ses confrères, même américains, en assez médiocre estime.

Le dentiste est continuellement en contact avec une quantité de gens qui ne voient jamais un médecin, et, en dehors de rares soins dentaires, se contentent des services de la sage-femme et des conseils du pharmacien. Plus que tout autre, il peut et doit parler d'hygiène générale, d'hygiène alimentaire, d'hygiène maternelle en même temps que d'hygiène buccale.

Nous sommes persuadé que l'effort fourni jusqu'ici dans ce sens a été à peu près nul, mais nous sommes non moins persuadé qu'il est impossible à la grande majorité de la profession de continuer à se désintéresser d'une tâche aussi noble, et le vœu de l'Association dont j'ai l'honneur d'être aujourd'hui le porte-parole est que, vous tous, nous aidant dans la tâche que nous nous sommes imposée, nous arrivions à force de patience et d'exemple à persuader les traînards de la profession que d'eux dépend en grande partie l'amélioration de la santé de l'humanité. Nous espérons que notre appel ne restera pas vain.

FAITS CLINIQUES

1° CAS DE CORPS ÉTRANGER DU CANAL DE WHARTON

Par le Dr F. Bonnet-Roy.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mai 1925*).

616.316.2

Le 24 février dernier, se présentait à moi une jeune malade de 13 ans (envoyée par notre ami Georges Villain), qui était en traitement à l'Ecole pour une prothèse de redressement.

Cette petite malade se plaignait de violentes douleurs buccales et péribuccales. Elle était fatiguée, pâle, le pouls était à 120 et la température à 38° 5. A l'examen de la cavité buccale, je constatai tout de suite une infiltration considérable du plancher, à gauche ; infiltration dure, douloureuse à la pression, entravant la déglutition, gênant la protraction de la langue et déterminant une réaction phlegmasique intense de la muqueuse. En asséchant le plancher buccal, on voyait sourdre à l'orifice du canal de Wharton du pus en gouttes serrées comme sous pression. La palpation accentuait encore ce phénomène.

Je fus conduit naturellement à explorer la loge sous-maxillaire. Elle était le siège d'une tuméfaction extrême de la glande, qui atteignait le volume d'une mandarine. La région était douloureuse, mais sans réaction des téguments.

Je portai donc le diagnostic de « sous-maxillite suppurée » en faisant remarquer à la mère de la petite malade que la cause de cette sous-maxillite ne m'apparaissait pas avec évidence. Le tableau clinique était celui d'une lithiase infectée, telle que j'en avais constaté et opéré un cas typique peu de jours auparavant, mais cette hypothèse me paraissait peu vraisemblable chez un sujet aussi jeune.

C'est alors que la mère de la malade se rappela que, l'été

dernier, à la campagne, celle-ci, en mâchant un brin d'herbe, avait ressenti une vive douleur sous la langue, à un point qui, les jours suivants, avait présenté de la tuméfaction ; tout était, ensuite, rentré dans l'ordre.

Je me proposais d'intervenir dès le lendemain, pour libérer la collection suppurée par les voies naturelles, escomptant que la tuméfaction de la glande céderait ensuite rapidement. La famille ne se décida pas à l'opération, et deux jours après mon examen, au cours desquels la douleur, la température et l'insomnie n'avaient point cessé, la malade vit poindre, au niveau de la région sublinguale, un petit corps étranger qui s'élimina spontanément.

Ce corps étranger, que voici, se présente comme un petit calcul allongé, grêle, d'un centimètre 1/2 de long environ. Il semble qu'il s'agisse d'un grain d'avoine entouré de concrétions calcaires.

Il m'a paru intéressant de relater cette observation de traumatisme avec introduction de corps étranger au niveau du plancher de la bouche, ayant déterminé, après, une longue période de tolérance, un syndrome typique de lithiase suppurée de la glande sous-maxillaire et de ses voies d'excrétion.

Si j'avais pu intervenir, comme je me le proposais, j'aurais incisé le plancher de la bouche suivant le trajet du canal de Wharton pour donner issue au pus. J'aurais très vraisemblablement trouvé le corps étranger ; c'est du moins ainsi que les choses se passent en cas de lithiase.

***

2° RÉSECTION D'UNE PLAQUE DE LEUCOPLASIE LINGUALE PAR DÉCORTICATION

Par le Dr F. Bonnet-Roy.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mai 1925*).

616.313 002.289

J'espérais vous présenter, ce soir, un malade qui, malheureusement ne s'est pas rendu à ma convocation, mais je puis vous soumettre deux photographies en couleur et une pièce

anatomique qui suppléeront dans une certaine mesure à cette absence.

Ce malade m'a été envoyé, il y a 4 mois environ, par un de nos collègues de la Société d'Odontologie, pour une plaque de leucoplasie considérable qui était étendue à toute la moitié antérieure de la langue. Cette plaque présentait en 2 ou 3 points des menaces de dégénérescence épithéliale. C'est pourquoi je me suis résolu à pratiquer l'intervention à laquelle le docteur Clément Simon faisait allusion, ici-même, il y a quelques semaines, c'est-à-dire la résection de la plaque par décortication de la langue.

J'ai opéré sous anesthésie locale et sans difficulté. Les suites opératoires ont été naturellement un peu douloureuses, tant qu'une néo-muqueuse n'eût pas recouvert le plan musculaire jusqu'où avait porté ma résection.

A l'heure actuelle la réparation est parfaite.

Je vous présente : 1° la pièce anatomique constituée par la plaque enlevée d'un seul morceau et qui est régulière, quadrilatérale, mesurant 5 centimètres sur 5.

2° La photo en couleur de la langue avant l'intervention.

3° La photo en couleur de la langue après l'intervention, il y a une dizaine de jours.

REVUE DES REVUES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTOLOGIE DE LA PULPITE CHRONIQUE

Par HERMANN EULER (BRESLAU [1]).

Pendant ces dernières années l'intérêt porté à l'histologie pathologique de la pulpe semble avoir passé au second plan au profit du voisinage tissulaire immédiat des dents.

Les divergences d'opinion et d'interprétation surtout qu'on rencontre chez les divers auteurs montrent pourtant suffisamment que dans la pathologie pulpaire tout n'est pas encore clair et simple.

Luniatschec a démontré que l'infection de la pulpe — comme celle de tous les tissus de l'organisme — laisse à considérer trois grands facteurs : a) les propriétés du germe infectant ; b) les propriétés de l'organisme infecté ; c) les circonstances extrinsèques. De même Kantorowicz, qui énumère l'infection, la constitution et la disposition comme les trois principaux facteurs des maladies pulpaires. Mais — à tort, à mon avis — il néglige un peu la valeur des deux premiers facteurs, c'est-à-dire celles du germe infectant et de l'organisme infecté.

En tout cas il faut se libérer complètement de l'ancienne opinion quant à la pathologie spéciale de la pulpe comme étant sans analogie avec celle du reste des tissus de l'organisme.

Non, pour la pulpe, les lois principales de la pathologie ne perdent pas leur valeur, mais différentes particularités tel que le manque de vaisseaux lymphatiques et de circulation collatérale, ensuite de très grandes variations de nutrition ne peuvent être sans influence sur l'évolution de la pulpite chronique.

Quant au troisième facteur de Luniatschec, les circonstances extrinsèques, on pensera naturellement en premier lieu à la pulpe à découvert et à la pulpe enfermée, ce qui modifie complètement l'évolution de l'infection.

De ces deux formes, la pulpite ouverte a toujours intéressée bien plus les chercheurs, tandis que la pulpite fermée fut traitée en sœur pauvre, à tel point qu'on peut croire que dans la pulpite fermée il n'y ait qu'une possibilité : l'évolution rapide de la maladie jusqu'à la destruction complète de l'organe.

Tout au contraire, j'ai remarqué que pour l'étude de la pulpite

1. Traduction de M. Weinacht.

chronique et de ses conséquences sur les autres tissus pulpaires, les cas de pulpite close sont les plus intéressants.

J'irai jusqu'à dire que différents phénomènes de dégénérescence mis sur le compte de la pulpite ulcéreuse par exemple existaient déjà antérieurement comme suite de la pulpite chronique close et que dans ces cas la pulpite ulcéreuse ne pouvait apparaître que parce que l'évolution typique de la pulpite chronique close avait laissé le temps à la carie de détruire sur une plus ou moins grande étendue le plafond de dentine.

Donc, un grand nombre de cas de pulpite close mènent à une mort rapide de la pulpe, mais d'autre part la possibilité d'une évolution chronique des pulpites closes est beaucoup plus grande que la plupart des auteurs ne l'admettent. Pour cela il faut naturellement que les propriétés du genre infectant et celles de l'organisme infecté soient favorables à un passage à l'état chronique. C'est justement pour cette raison que je laisse à ces deux facteurs toute leur valeur. Surtout les phénomènes de métamorphose régressive, c'est-à-dire dans ce cas les phénomènes de dégénérescence doivent nous apparaître bien plus nettement dans la pulpite chronique close, car toute action y part du centre, tandis que dans la pulpite chronique ouverte domine l'infection superficielle bien plus favorable aux tissus sis plus profondément.

C'est surtout de ces phénomènes de dégénérescence que je veux parler.

Kantorowicz les subdivise en : a) dégénérescence calcaire ; b) dégénérescence conjonctive ; e) dégénérescence graisseuse ; d) dégénérescence hyaline.

Quant à la dégénérescence calcaire distinguons entre le dépôt de grains calcaires très fins dans la substance fondamentale du tissu pulpaire entourant le foyer d'infection et entre la calcification des cellules modifiées pathologiquement.

Dans le premier cas, cette « chasse à la chaux » est due à de faibles modifications de la substance fondamentale, dans l'autre à la nécrose ou nécrobiose des cellules et en somme, la calcification doit plutôt être regardée comme étant le point terminal d'une métamorphose de dégénérescence que comme cette métamorphose elle-même. Il s'ajoute encore à ces phénomènes la calcification des parois des vaisseaux et des faisceaux de fibres nerveuses. Les calcifications sont favorisées par le fait que leur production est une des fonctions normales de la pulpe, mais seulement sous forme de dentine.

De cette façon se développent les remparts calcaires qui peuvent séparer un ancien foyer d'infection du reste de la pulpe.

Antérieurement j'ai déjà fait remarquer que l'idée d'y voir une

défense particulièrement opportune de la pulpe est sans doute fort alléchante, mais nullement vraie. C'est plutôt une conséquence conforme aux lois pathologiques : l'infection détermine au centre une raréfaction et à la périphérie au contraire la régénérescence et la mort cellulaire.

Comme preuve de ce que j'avance j'ai remarqué que jamais cette zone de calcification ne représente la frontière réelle entre le tissu sain et le tissu malade. Au contraire, il existe toujours encore une zone d'infiltration dépassant ce rempart calcaire.

Si réellement le procès inflammatoire de la pulpe coronaire s'est arrêté complètement et que les tissus pulpaires avoisinants n'ont pas encore perdu leur faculté de cicatrisation, la limite entre le tissu sain et le tissu attaqué est marquée par de fortes traînées conjonctives qui mériteraient bien le nom de cicatrice. Mais je crois cet état peu durable, car la plupart du temps la propagation de la carie amène une extension de l'infection qui anéantit cette cicatrice conjonctive.

Walkhoff décrit des condensations calcaires en forme de traînées horizontales très près des canaux radiculaires, parfois dans ces canaux mêmes, mais il ne peut être question d'une action de la pulpe radiculaire contre la pulpe coronaire infectée, car ces traînées existent aussi dans des dents parfaitement saines, n'ayant jamais été infectées.

Quant à la préparation des coupes histologiques à ce sujet, il faudra se méfier des dépôts calcaires dus à la préparation et qui se colorent fortement par l'hématoxyline. Une goutte d'acide fera disparaître ces dépôts tardifs et artificiels et les distinguera des dépôts vrais. Il ne m'est pas possible d'expliquer la signification de ces minces bandes de condensation. Serait-ce la suite d'un traumatisme ?

Mais revenons à la pulpite chronique. Le principal pour l'histologie de la pulpite chronique, c'est l'inflammation et l'infection et les troubles nutritifs. Nous n'insisterons pas sur les deux premiers facteurs auxquels il faut compter les eudo et exotoxines et l'influence des cellules détruites.

Quant aux troubles nutritifs, il faut se rappeler les particularités anatomiques défavorables de la pulpe. Une stagnation peut se produire d'autant plus facilement que les vaisseaux afférents et efférents sont entourés d'un anneau rigide et qu'un élargissement notable des uns nécessite une pression et un rétrécissement des autres.

Pour la même cause les arrêts peuvent durer très longtemps et par suite occasionner des changements très grands dans la nutrition de ce tissu très sensible.

Si nous regardons les vaisseaux dans une pulpite chronique

nous remarquerons sous le microscope deux phénomènes qui l'un ou l'autre y existent invariablement : de larges graines hyalines entourant les vaisseaux ou alors des dépôts calcaires dans la paroi des vaisseaux mêmes. Ces dépôts peuvent se réunir et des vaisseaux assez grands apparaissent alors en coupe horizontale sous l'aspect d'anneaux calcaires rigides qu'on ne reconnaît plus comme ayant été des vaisseaux que par leurs formes et les restes de leur contenu.

Très souvent on remarque la calcification des capillaires qui en se réunissant ensemble et aux cellules mortes calcifiées peuvent produire ces remparts calcaires dont nous avons déjà parlé.

L'existence des graines hyalines se remarque plutôt dans les régions éloignées du foyer d'infection, la calcification complète au contraire dans les régions fortement infiltrées.

Il est évident qu'une modification aussi prononcée de nombreux vaisseaux et surtout des capillaires exerce une grande influence sur la nutrition du tissu et favorise encore la dégénérescence. Ces modifications nutritives exercent une influence indéniable au moins aussi forte sur les fibres nerveuses.

Une image est typique. Les faisceaux de fibres nerveuses se dessinent très fortement au milieu de la région infiltrée, mais même sous un agrandissement très fort on n'arrive plus à distinguer la construction détaillée de la fibre nerveuse. Il y a destruction pelliculaire de la substance nerveuse et dépôt étendu de grands calcaires (ce qui explique le dessin fortement prononcé des faisceaux). Par places ces dépôts se condensent en des taches bien visibles. Le nombre et l'aspect des noyaux ne varie pas beaucoup.

De même la dégénérescence graisseuse, remarquable surtout dans la pulpite chronique close, n'est, à la fin du compte, qu'une suite des troubles de nutrition. Elle peut s'étendre aussi loin que la zone infiltrée chroniquement.

Quant aux autres cellules, au cours de la pulpite chronique, la richesse en cellules éosinophiles, en cellules plasmatiques et en « mastzellen » est surtout à noter. On peut donc tracer un parallèle assez exact avec les granulomes radiculaires et de même que pour ceux-ci nous devons nous figurer dans la pulpite chronique l'extension de l'infection de telle sorte que chaque excitation un peu forte augmente de nouveau d'une portion le foyer d'infection.

(*Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, 5 février 1925).

REVUE ANALYTIQUE

Louis Bazy. — ***La vaccinothérapie en chirurgie.***

La vaccinothérapie a pour but, par l'introduction dans l'organisme de microbes morts, impropres à pulluler, de produire une quantité surabondante d'anticorps susceptibles de lutter victorieusement contre l'infection. Il ne faut cependant pas réduire la vaccinothérapie à la simple production d'anticorps, car on peut, comme l'a montré Besredka, créer l'immunité dans certains cas sans qu'il y ait production d'anticorps dans le sang et inversement faire créer des anticorps sans réaliser l'immunité.

La pratique de la vaccinothérapie dans les infections chirurgicales a permis de constater, dans certains cas (faux croups asphyxiques à staphylocoques) la guérison extrêmement rapide ; dans d'autres, au contraire, après une période d'amélioration, une aggravation des lésions. Une étude bactériologique montre que souvent, malgré l'apparence de guérison, les germes pathogènes existent toujours, mais sont réduits à l'état de saprophytes, ce qui explique pourquoi les infections peuvent récidiver dans un délai parfois court.

Ces constatations faites, l'auteur en est logiquement conduit à se demander s'il peut parler de vaccin et de vaccination.

Dans la vaccination jennérienne, on injecte un virus vivant et atténué pour une maladie à venir dont le caractère est de conférer l'immunité après une première atteinte ; dans la vaccinothérapie chirurgicale, au contraire, on se sert de germes morts contre une maladie en cours qui ne confère aucune immunité. Quel processus de vaccination espère-t-on ainsi solliciter ?

Il semble plutôt que la vaccinothérapie agisse à la façon du *phénomène de Koch*, dans la tuberculose. L'organisme a été sensibilisé par un premier contact avec le virus ; il est devenu intolérant et toute surinfection aboutit à un effort d'expulsion précoce. La surinfection, spontanée ou vaccinale, exagère la tendance à la nécrose, l'élimination des tissus qui ont perdu la vie. Et tous les foyers nécrosés peuvent ainsi être le siège d'un réveil éliminateur, souvent aveugle, qui n'est pas sans danger. Au contraire, les simples lésions inflammatoires fluxionnaires bénéficieront de l'expulsion bacillaire et pourront guérir Ce mécanisme est applicable aux injections chirurgicales. Dans l'ostéomyélite, par exemple, la vaccinothéraphie amènera la guérison rapide des lésions congestives ; elle activera, au contraire, la formation de séquestres au niveau des lésions à tendances nécrosantes. D'où la possibilité de deux effets en apparence contradictoires : effet curatif, effet d'intolérance, relevant en réalité du même mécanisme.

Il n'y a donc pas de « cloison étanche entre les infections dites aiguës et les affections chroniques comme la tuberculose ».

On ne vaccine pas, à proprement parler; on déclanche une crise anticipée d'expulsion de même ordre que celle qui, plus tardivement, amènerait la guérison normale; on permet généralement, non pas la destruction des microbes, mais leur retour à l'état parasite, ce qui est également conforme aux résultats dont la nature se contente habituellement, la guérison clinique ne correspondant qu'exceptionnellement à la guérison bactériologique. De sorte que l'immunité se résume « à la capacité de maintenir les germes à l'état parasite, à l'état de corps étrangers inoffensifs, elle aboutit à l'inaptitude, à la réinoculation ».

La vaccinothérapie a donc pour but de reproduire les phénomènes naturels de la guérison :

1° Il faut s'attacher à trouver le meilleur procédé pour déterminer le phénomène expulsif, la crise anticipée. Or, ce qui agit, ce sont les albuminoïdes contenues dans les microbes, il est donc tout naturel, dans la préparation du vaccin, de les mettre en liberté par des procédés *ad hoc* (chauffage des cultures, soude, bactériophages...), qui produisent la « lyre microbienne ».

Les vaccins curatifs seront utilisés par voie sous-cutanée ou intra-veineuse ; ils peuvent être également portés directement dans la région où siège l'infection suivant la méthode de Besredka. Si trois ou quatre injections restent sans effet, inutile de continuer, car la vaccinothérapie peut seulement activer la tendance vers la guérison et non la créer.

Il conviendra surtout, dans l'effort d'expulsion, de ne pas exaspérer l'intolérance : il pourrait n'être pas sans danger de répéter les injections au delà d'un certain nombre. On s'arrêtera donc dès que le succès sera obtenu.

2° On se rappellera que la guérison naturelle dans les infections chroniques (PO) ne dure que le temps où persiste le contact de l'organisme avec les microbes rendus parasites et en voie d'expulsion. Pour maintenir l'activité défensive de l'organisme, il faut maintenir le parasitisme.

Dans les infections chirurgicales à répétition, on maintiendra donc la guérison obtenue en offrant à l'organisme de petites doses espacées, destinées à remplacer celles qu'il aurait déjà résorbées.

L'auteur fait ressortir la différence qui existe entre la vaccination jennérienne et la vaccinothérapie chirurgicale et, afin d'éviter toute confusion, préconise dans ce dernier cas l'emploi du terme de bactériothérapie, qui invoque le processus par lequel l'infection évolue vers la guérison. (*Presse Médicale*, n° 21, 1925.)

(Résumé par le Service bibliographique du laboratoire de bactériologie de l'Ecole dentaire de Paris.)

NOTES PRATIQUES

Polissage de l'aluminium. — Se fait le mieux avec une huile de bonne composition. L'huile d'olive mélangée à parties égales avec du rhum donne des résultats excellents.

(*Dental Cosmos*).

Moyen d'enlever facilement l'excès de ciment lors du scellement des couronnes et bridges. — Il est recommandable d'enduire la surface externe de la couronne ou du bridge avec une solution graisseuse quelconque. Le ciment n'adhérant plus à l'or s'enlève très facilement.

(*Dental Journal*).

Instrument ne se corrodant pas par l'iode. — Un instrument propre à porter les préparations iodées peut se faire à l'aide d'une bande d'aluminium ordinaire d'environ 5 centimètres de long, qu'on sectionne en bandes un peu plus larges à une extrémité que l'épaisseur du métal et en donnant à l'autre extrémité la forme d'une pointe émoussée, on arrondit les bords et l'on insère l'extrémité large dans un porte-tire-nerf. En enroulant un peu de coton autour de sa pointe, on obtient un instrument propre à porter les préparations iodées dans les culs-de-sac pyorrhéiques, etc.

L'iode ne corrode pas l'aluminium qui, en outre, a la propriété d'être flexible et de pouvoir épouser toutes les courbes et formes voulues.

(*Dental Review*).

Traitement des larges caries superficielles. — Après avoir enlevé toute carie, on nettoie la cavité au chloroforme et on assèche. On sature ensuite toute la surface de dentine à nu avec de la paraffine fondue. Cette méthode évite toute continuation de la carie et est préférable à l'emploi du nitrate d'argent qui occasionne un noircissement inesthétique des dents.

Réparation de la surface triturante usée d'une couronne dans la bouche même. — Pour éviter l'enlèvement de la couronne, dont la surface triturante est perforée à un endroit, on peut agrandir cette ouverture et creuser en profondeur pour en faire une cavité d'inlay.

On prend l'empreinte à la cire, on confectionne l'inlay et on le scelle dans la cavité. Après polissage, il sera très difficile de distinguer cette réparation.

Nettoyage des bouteilles à eau ternies par des dépôts. — Prendre une solution d'acide chlorhydrique à 30o/o, y ajouter du sable fin et agiter le tout violemment dans la bouteille.

Moyen d'éviter toute expansion du plâtre lors de la prise d'empreinte. — Par des essais faits dans des tubes en verre on a trouvé que si l'on mélange le plâtre à l'eau courante, il y a éclatement des éprouvettes, donc expansion du plâtre. Le résultat est le même en ajoutant du sel de cuisine à l'eau ou en employant de l'eau de chaux avec du sel de cuisine.

En introduisant de la gomme arabique dans l'eau, il ne se produit pas d'éclatement du verre, mais la quantité de plâtre absorbée est bien moindre, l'empreinte devient poreuse et inexacte.

On évite toute expansion, tout en gardant au plâtre toutes ses qualités, en employant de l'eau de chaux préparée en filtrant d'abord l'eau, en la faisant bouillir ensuite et en la mélangeant à froid avec de la chaux.

(*Dental Journal*).

Moyen d'éviter l'écoulement de la salive parotidique par le canal de Sténon. — Il existe une pince en forme de précelle à souder dont les deux extrémités sont munies de disques en caoutchouc. L'une des extrémités est appliquée contre l'ouverture du canal, reconnaissable à une petite proéminence papillaire, l'autre extrémité s'adapte extérieurement à la joue.

(*Dental Journal*).

Le radium dans l'hygiène buccale. — Mélangé en quantités infimes à une pâte dentifrice ordinaire, le radium semble avoir une activité stimulante et tonifiante sur les organes buccaux, sans toutefois prétendre à aucune stérilisation du milieu buccal.

(*Dental Journal*).

Réparation des facettes de porcelaine à crampons cassés. — Enlever les bouts de crampons restés dans la facette en la faisant bouillir dans de l'eau régale. Fixer dans les trous de la facette deux épingles au moyen d'un peu de cire, et les réunir à leur premier tiers par un pont de cire.

Enrober le tout jusqu'à cet endroit dans du revêtement fin et mettre en cylindre. Les deux épingles, servant en même temps de tiges de coulée, sont enlevées.

Chauffer le cylindre comme pour une coulée ordinaire et couler avec de l'or à 20 ou à 22. Peu de borax, maintenir la rotation assez longtemps. Si les trous de la contre-plaque se sont agrandis, renforcer les épingles en les plongeant à chaud dans de la cire.

De pareils crampons supportent une traction de 12 à 13 kilos avant de s'arracher non pas de la porcelaine, mais de la contre-plaque où ils ont été rivés.

Par le traitement au bleu de méthylène on trouve que la porcelaine ne montre pas de fissures du fait du chauffage lors de la coulée si l'on évite un refroidissement trop brusque.

(*Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*).

W.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 9 juin 1925

PRÉSIDENCE DE M. HENRI VILLAIN.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — CORRESPONDANCE

Il est fait part des excuses de M. le Médecin Inspecteur général Toubert, qui est en mission.

M. le Président. — Avant de commencer la séance, permettez-moi de saluer en votre nom à tous M. le Médecin Inspecteur Fournial, Directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris, qui nous fait le grand honneur d'assister à notre réunion de ce soir, ainsi que notre confrère Cabane, de Buenos-Ayres qui a bien voulu venir prendre part à différents Congrès et à notre séance d'aujourd'hui.

Je salue également notre maître à tous, le Professeur Sebileau, à qui je donne immédiatement la parole pour sa conférence.

II. — THÉRAPEUTIQUE DES FISSURES CONGÉNITALES DE LA VOUTE ET DU VOILE DU PALAIS, PAR LE PROF. SEBILEAU

M. le Professeur Sebileau fait une conférence sur ce sujet.

M. le Président. — M. le Professeur Sebileau nous a un peu menti tout à l'heure en disant qu'il allait nous faire une causerie ; c'est une conférence très savante que nous avons entendue, mais toujours avec ce ton de gentillesse et de bonhomie qui lui est habituel et surtout sa grande clarté. Je ne veux pas le vieillir, mais cependant je voudrais rappeler qu'il y a très longtemps que le Professeur Sebileau est des nôtres ; il y a 32 ans qu'il a été nommé professeur à l'Ecole dentaire de Paris. En 1909, cette Ecole lui a offert sa médaille d'or ; c'était le suprême hommage que nous puissions lui rendre. En votre nom à tous, je le remercie de la peine qu'il a bien voulu se donner. (*Vifs applaudissements*).

M. le Professeur Sebileau. — Je regrette d'être obligé de vous quitter. Mais ne croyez pas ce qu'a dit Villain ; cela ne s'est pas passé il y a 32 ans, mais hier.

M. le Président. — J'ai oublié notre confrère le Dr Marcel Darcissac, qui est un précieux collaborateur du Professeur Sebileau ;

je tiens, en votre nom, à le remercier très sincèrement pour les appareils qu'il a exécutés et dont il vient de nous décrire toute la technique.

III. — Comment examiner la bouche d'un pyorrhéique et établir sa fiche, par le Dr M. Roy

M. le Dr Roy donne lecture de la communication.

M. le Président. — Je remercie le Dr Roy en votre nom à tous de sa communication sur la pyorrhée ; nous lui demanderons de bien vouloir nous présenter les fiches qu'il aura faites et qui pourront nous être utiles à tous.

IV. — Présentation du film pédagogique : « Préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires » de Morineau et Lubetzki, avec la collaboration de E. Darcissac. Dessiné et réalisé a l'écran par T. Morineau.

M. G. Villain. — Avant que M. Morineau vous présente le film auquel il a apporté la plus grande somme de travail, je voudrais vous dire quelques mots du sujet des films de l'Ecole dentaire de Paris, je devrais dire de la Société d'Odontologie puisque c'est ici qu'ils ont vu le jour lors de la présentation du premier essai de film tenté par M. Morineau. C'est, vous vous en souvenez, à la suite de cette présentation que les membres de la Société souscrirent spontanément la somme nécessaire pour mettre en route cet enseignement par le dessin animé.

Le premier film pédagogique réalisé vous a été montré l'année dernière ; ce film a été une œuvre de propagande française importante ; il fait partie actuellement de l'enseignement dans plusieurs écoles dentaires du monde, dont la plus importante, la Faculté dentaire de Pittsburgh, en Amérique, Ecole dentaire qui ne compte pas moins de 900 étudiants. Le film est présenté en français et le doyen de la Faculté n'a pas voulu que le texte du film soit traduit en langue anglaise, disant que les Anglo-Saxons ne parlaient pas et ne connaissaient pas suffisamment la langue française à laquelle ils devaient tant, et désirant encourager ses élèves à l'étude du français. Voici un premier succès pour nous. Le film fait en outre partie de l'enseignement de la Faculté dentaire de l'Université de Montréal, de l'Ecole dentaire de Madrid, de celle de Bruxelles ; il a été présenté en Suisse, en Hollande, au Luxembourg, et il est réclamé actuellement par 3 pays étrangers pour y être présenté.

Nous avons fait don au Japon d'un exemplaire à la suite de la destruction de toute la documentation pédagogique des écoles dentaires de Tokio lors du tremblement de terre.

Les films de l'E. D. P. deviennent, vous le voyez, un merveilleux instrument de propagande française à l'étranger.

Voici maintenant quelques détails sur le film qui va vous être présenté :

Le schéma du scénario est dû à la Commission, mais plus particulièrement à M. Darcissac. Le scénario lui-même a été fait par MM. Lubetzki et Morineau. M. Morineau attribue la majeure partie du scénario à M. Lubetzki. Mais il serait injuste de ne pas indiquer la part importante de travail qui est due à M. Morineau.

Le film mesure 821 mètres ; il a demandé 30.000 photographies; pour faire ces 30.000 photographies, il a fallu faire un nombre considérable de figures, que M. Morineau n'a pas apportées ce soir, mais qu'il a présentées à la Commission, chacune de ces dernières a été croquée ou réalisée par M. Morineau. Ajoutez à cela le contrôle de l'exécution et vous pourrez ainsi juger de son magnifique effort.

C'est encore un film pédagogique sorti de la Société d'Odontologie, que vous allez pouvoir apprécier ce soir.

Je tenais, comme Directeur de l'Enseignement de l'Ecole dentaire de Paris, à venir remercier les Membres de la Société d'Odontologie du geste très large qu'ils ont eu et qui a permis d'amorcer cet enseignement. Il nous donnera l'année prochaine la possibilité de vous montrer des progrès, encore plus considérables dans l'enseignement objectif, réalisés par le film et l'épiscope combinés.

1re Partie du film

M. Friteau. — Deux mots pour vous dire que, pionnier de l'enseignement par le texte et l'image, j'ai senti aujourd'hui le souffle de la mort même passer sur cet enseignement. Il me semble que les représentants de cet enseignement vont bientôt être relégués au rang d'ancêtres démodés et qu'ils n'auront plus qu'à rentrer dans le silence. Pour moi, les méthodes d'enseignement d'hier semblent surannées devant un pareil film pédagogique. Personnellement, je m'incline, et je crois tout de même que j'ai quelque autorité pour parler ainsi, devant ceux qui ont réalisé ce film admirable et qui ont fait cela non pas pour l'Odontologie française seulement, mais encore pour la France tout entière. (*Applaudissements*).

2e PARTIE DU FILM

M. Friteau. — Au risque de vous ennuyer encore je répète mon extase, qui est encore plus grande que tout à l'heure. Je voudrais surtout dire que ces films procèdent d'une méthode absolument admirable. A ceux qui prétendent que l'éducation soi-disant primaire des dentistes est incapable d'en faire des éducateurs, à ceux-là je dirai de venir voir cette méthode admirable d'enseignement et la puissance éducatrice avec laquelle ces films sont construits, conçus et exécutés. C'est là un argument nouveau pour ceux qui poursuivent les réformes qui nous sont chères au point de vue évolution professionnelle. Je dois donc dire personnellement merci à M. Morineau et à ses collaborateurs d'avoir réalisé cet enseignement qui est un des meilleurs arguments pour l'autonomie odontologique telle que nous la concevons aujourd'hui.

M. le Président. — Je tiens à vous signaler l'effort considérable fourni par les auteurs de ce film : 30.000 photographies, voyez ce que cela représente de dessins, et les soirées qu'ont pu employer nos collègues. Nous devons souhaiter que ce film passe dans le monde entier, comme les précédents ; c'est un film d'étudiants, susceptible certainement de retenir toute leur attention et de les instruire sans les fatiguer.

Dès ce soir, remercions très chaleureusement nos confrères Morineau, Lubetzki, Darcissac et autres, qui ont travaillé à ce film, et souhaitons qu'ils continuent dans cette voie, comme l'a dit tout à l'heure le Dr Friteau, dans l'intérêt de la profession tout entière.

La séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.

***

Réunion du 7 juillet 1925

La séance est ouverte à 8 h. 45 du soir sous la présidence de M. H. Villain.

M. le Dr Roy, assisté de MM. le Dr Vais et Cadic, présente plusieurs observations de volumineux kystes dentifères qui ont été opérés par lui dans son service de l'Ecole dentaire de Paris. Deux des opérés sont présentés, l'un vingt et un mois après l'opération, l'autre à la quatrième semaine.

Des observations de M. Roy et de l'examen des opérés il résulte que :

1° Un grand nombre de dents peuvent être conservées dans ces opérations mutilantes si l'on veut bien tenir la main à ce que la fibro-muqueuse gingivale soit respectée dans toute la mesure possible ;

2° Les théories de Broca relativement au développement des kystes dentifères semblent mieux expliquer les faits observés que les théories de Malassez.

M. le Dr Bonnet-Roy félicite vivement M. Roy des brillants résultats opératoires obtenus et s'associe pleinement à ses conclusions. Il estime, lui aussi, que la chirurgie conservatrice doit s'imposer plus que jamais en pareille matière.

M. G. Villain présente un certain nombre de modèles particulièrement intéressants. Il fait voir que l'évolution des dents temporaires, si elle peut être influencée par toutes les causes d'ordre général déjà étudiées, peut subir également l'influence de facteurs locaux et purement mécaniques.

Un modèle en particulier est tout à fait impressionnant : ce modèle, accompagné de la radiographie, montre qu'une dent temporaire ayant tenu sa place normale dans l'arcade dentaire (elle porte encore une obturation faite il y a dix-sept ans dans le cabinet du Dr Godon), a disparu progressivement dans un mouvement d'ingression jusqu'à se trouver actuellement absolument incluse dans le maxillaire inférieur. Seul, un tout petit pertuis filiforme a mis sur la voie et incité à faire la radiographie révélatrice.

Il est à noter également que le germe de la dent permanente existe sous la dent temporaire dont les racines sont résorbées.

Le Secrétaire général, Dr Solas, donne lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année écoulée.

On procède ensuite au renouvellement du Bureau pour 1925-1926. Sont nommés : MM. V. E. Miégeville, *président ;* Brodhurst et Dr Desforges, *vice-présidents ;* Dr Solas, *secrétaire général ;* Cadic, *secrétaire adjoint.*

La séance est levée à 11 h. 45.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie (XIV^e^)

Congrès de Grenoble

(27 *juillet*-1^er^ *août* 1925)

PROGRAMME GÉNÉRAL DE LA SECTION

Dimanche 26 *juillet*

21 heures : Réception des membres de la Section par le Comité local, à la Taverne de la Meuse, 3, rue de la République.

Lundi 27 *juillet*

9 heures : Ouverture du Secrétariat de l'A. F. A. S. au Lycée Champollion, cours Lafontaine.

9 h. 30 : Ouverture de l'Exposition à l'Ecole des arts industriels.

10 h. 30 : Ouverture du Congrès au Théâtre municipal.

14 h. 30 : Séance de Section à l'Ecole des arts industriels.

I. — Constitution du Bureau.

II. — Allocution du Président.

Question mise à l'ordre du jour :

III. — De la conception et de la construction des appareils à plaque au point de vue de la prophylaxie dentaire. — Rapporteur, M. G. Villain.

PROTHÈSE, BRIDGES, ORTHODONTIE

M. G. Villain. — Ancrages élastiques en prothèse, etc.

M. Schatzman. — L'état actuel de la céramique dentaire.

20 h. 30 : Réception par la municipalité à l'Hôtel de Ville.

Mardi 28 *juillet*

9 heures : Séance de Section.

Question mise à l'ordre du jour.

HYGIÈNE DENTAIRE

A) Hygiène dentaire scolaire.

1° Rôle de l'éducateur. — Rapporteur, M. Haloua (Paris).

2° Hygiène dentaire scolaire urbaine. — Rapporteur, M. Cros (St-Etienne).

3° Hygiène dentaire scolaire rurale. — Rapporteur, M. Ferrand (Paris).

B) Hygiène dentaire dans la famille. — Rapporteur, Dr Bousquet (Besançon).

C) Hygiène dentaire à l'armée. — Rapporteur, M. Wintergerst (au nom du Conseil d'administration de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer).

D) Hygiène dentaire dans les agglomérations (usines, administrations). — Rapporteur, M. Lelièvre (Clermont-Ferrand).

14 heures : Excursion et goûter à la Grande Chartreuse offerts par la 14e Section à ses membres.

20 heures : Conférence (A. F. A. S.).

Mercredi 29 juillet

9 heures : Démonstrations pratiques.

M. G. Villain. — Ancrages élastiques en prothèse.

M. Joyeux (Chartres). — Présentation d'appareils :

1° Lampe buccale à baillon.

2° Diaphanoscope.

3° Appareil à récupérer l'or provenant du limage et polissage des inlays et aurifications.

4° Petit meuble dentaire pour déchets et linges de cabinet.

5° Appareillage simple pour le traitement de la pyorrhée par pulvérisations.

M. Barail. — L'occluseur, etc., etc.

14 h. 30 : Séance de Section.

Election du président de 1926.

Comité exécutif (élection de deux membres).

TECHNIQUE ET DENTISTERIE OPÉRATOIRE

M. Joyeux. — Recherche des caries dentaires par la diaphanoscopie.

M. Schmid. — De l'emploi du froid sur la pulpe vivante, notamment par l'emploi des basses températures pour combattre l'hypersensibilité de la dentine, etc., etc.

19 h. 30 : Banquet.

Jeudi 30 juillet

Excursion générale de l'A. F. A. S. (Nous avons publié dans notre numéro de mai les quatre excursions entre lesquelles les congressistes auront le choix.)

Excursion de la Section. — Si le nombre des adhérents est suffisant une excursion au Lautaret sera organisée par la 14e Section. Se faire inscrire jusqu'au mardi midi au Secrétariat de la Section, qui indiquera les prix et heures.

Vendredi 31 juillet

9 heures : Séance de Section.

PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE, DIAGNOSTIC

M. Joyeux. — Nouveau traitement de la pyorrhée par pulvérisation.

Dr Pont. — Chancre syphilitique des gencives.

M. Barail. — La thérapeutique bucco-dentaire par la haute fréquence.

M. Dubois. — De l'éruption des dents temporaires et de ses relations avec les manifestations pathologiques infantiles.

Dr Rolland. — Considérations sur les antiseptiques et leur emploi.

M. Gelly. — Etude d'histologie dentaire pathologique avec production de planches murales et présentation de coupes.

ANATOMIE

Dr Siffre. — La migration disto-mésiale et les dystopies de la canine supérieure, etc., etc.

HISTOIRE, ANTHROPOLOGIE

Communications sur ces sujets.

14 h. 30 : Démonstrations commerciales et industrielles.

M. Fabret (Nice).

1° Simplification dans le maniement du gazotherme.

2° Technique de l'avulseur.

3° Les nouveaux baillons M. Fabret.

Samedi 1er août

(Réservé à l'assemblée générale du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, d'une part, et à la réunion de la Fédération dentaire nationale, d'autre part).

Dimanche 2 au mercredi 5

Excursion finale de l'A. F. A. S., dont nous avons publié le programme dans notre numéro de mai.

7e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

PHILADELPHIE (23-28 AOUT 1926)

La nécessité du tirage nous oblige à ajourner à un prochain numéro le Règlement du Congrès et la composition des Bureaux des Sections que nous venons de recevoir.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Une délégation du Comité interfédérations (Comité composé, comme on sait, de représentants du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France et de représentants de la F. D. N. à nombre égal) s'est rendue auprès de M. Chauveau, rapporteur au Sénat du projet de loi sur les assurances sociales.

La délégation a développé les points suivants :

1° Les citoyens qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu sont tous assurés obligatoirement par les caisses d'assurances contre la maladie et la vieillesse, le taux actuellement admis (salaire, moyenne 10.000 fr.) étant trop instable et dépendant de la valeur du franc).

2° Les soins dentaires sont donnés au domicile du chirurgien-dentiste. Toutefois si l'état du malade nécessite des visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux praticiens de la commnne qu'il habite. Si la localité ne compte pas de praticiens domiciliés, etc. (art. 4, parag. 3).

3° Les assurés ont droit aux consultations, aux soins dentaires (intervention du chirurgien-dentiste), obturations et d'une manière générale toutes opérations de pratique courante (art. 6, parag. 1).

Dans un but de prophylaxie générale les prothèses dentaires reconnues de toute nécessité (perte de plus de 50 o/o du coefficient de mastication) doivent être couvertes par la caisse d'assurances maladie.

4° Les obturations ou appareils nécessitant l'emploi de matières précieuses (aurifications, bridges, appareils en or) sont traités de gré à gré entre le dentiste et l'assuré, sans toutefois que les caisses aient à intervenir, celles-ci ne réglant pour ces soins, obturations ou appareils que la valeur de ces interventions avec des matières courantes, suivant barême établi d'accord avec les syndicats professionnels.

5° Lorsqu'il existe plusieurs syndicats professionnels dans une même région, ceux-ci seront admis à traiter avec la caisse d'assurances par l'entremise d'une commission composée des représentants de ces syndicats au prorata du nombre de leurs membres respectifs.

6° Les tarifs des contrats passés entre les syndicats régionaux sont applicables aussi bien aux syndiqués qu'aux non syndiqués qui acceptent le tarif syndical (art. 4, parag. 2).

7° Remplacer, à l'art. 7, parag. 3 le mot *médecin* par *praticiens reconnus par la loi du 30 novembre 1892.*

8° Liberté absolue laissée au malade de choisir son dentiste, aussi bien qu'au chirurgien-dentiste d'accepter de donner ses soins au malade qui les lui demande.

9° Les dispositions du projet de loi quant aux risques de maladie, en particulier les soins dentaires, sont insuffisantes, si des mesures préventives ne sont pas prises, afin d'éviter la maladie pour ne pas avoir à la soigner. Dans ce but il convient de créer une inspection dentaire semestrielle obligatoire des enfants des écoles dès l'âge de 6 ans, ainsi que dans les lycées, les collèges, les casernes.

Cette inspection devrait être obligatoire également dans les administrations et les usines comptant un nombreux personnel.

M. Chauveau, qui a reçu aimablement la délégation, a écouté avec intérêt les observations formulées, a promis qu'après le dépôt de son rapport le texte du projet de la commission sénatoriale sera envoyé aux diverses organisations professionnelles intéressées pour qu'elles l'examinent.

Le projet ne traitant que de généralités, les modalités et détails d'application feront l'objet d'un règlement d'Administration publique.

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décision ministérielle du 28 mai 1925, les officiers de réserve du Service de santé ci-après désignés, libérés du service actif, reçoivent les affectations suivantes :

Les dentistes militaires de 2e classe,

M. Roussel (René), du 20e corps d'armée, au G. M. P.

M. Vogel (Marcel), du 9e corps d'armée, au G. M. P.

M. Simonet (Henry), du 15e corps d'armée, au 14e corps d'armée.

M. Pagliero (Eugène Jules), du 14e corps d'armée. — Maintenu.

M. Blanc (Marius), du 16e corps d'armée, au 15e corps d'armée.

(*Journal officiel* du 30 mai 1925).

RÉPONSE A UNE QUESTION ÉCRITE

M. Edmond Boyer (Maine-et-Loire), député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° si un étudiant en chirurgie dentaire ayant, comme démobilisé, bénéficié d'une réduction de scolarité, scolarité se réduisant à deux années, ayant passé son examen de stage en mars 1924, examen d'anatomie en juillet 1924, examen de pathologie en mars 1925, doit, pour profiter de sa réduction de scolarité, passer son examen définitif en mars 1926, à la session spéciale réservée aux démobilisés ; 2° les écoles dentaires restant ouvertes toute l'année, si un ancien démobilisé suivant les cours pendant les vacances peut passer en octobre, ayant alors huit mois de scolarité, c'est-à-dire une année entière. (*Question du 25 mai* 1925).

Réponse. — Les mesures réparatrices prises en faveur des élèves en chirurgie dentaire démobilisés prévoient qu'ils doivent accomplir intégralement la troisième année de scolarité. Toutefois, ceux d'entre eux qui justifient avoir suivi l'enseignement dentaire de troisième année pendant toute la durée des vacances peuvent être autorisés à se présenter à l'examen correspondant dans un délai de neuf mois à courir de leur réception au deuxième examen.

(*Journal officiel* du 9 juillet 1925).

HYGIÈNE DENTAIRE

COMMISSION D'HYGIÈNE DENTAIRE

Par arrêté en date du 10 avril 1925 il est institué au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une commission d'hygiène dentaire.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

Président

M. le ministre du Travail et de l'Hygiène.

Vice-présidents

MM. Strauss, Lancien, sénateurs.
Cayrel, Marquet, députés.

Membres

MM. Blatter, président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.
Brodhurst, président de l'Association générale syndicale des dentistes de France.
Dr Boudon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin-inspecteur des écoles.
de Croës, président du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France.
Dr Dreyfus, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Ferrand, rapporteur à la Commission d'Hygiène de la Fédération dentaire internationale.
Fourquet, directeur-adjoint de l'Ecole Odontotechnique.
Dr Frison, directeur de l'Ecole Odontotechnique.
Dr Frey, chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris.
Dr Friteau, rédacteur en chef de la *Presse Dentaire*.
Haloua, dentiste-inspecteur du lycée Louis-le-Grand.
Le Beau, conseiller d'Etat, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques.
Dr Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.
Raton, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon.
Dr Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
Prof. Sebileau, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

MM. Dr Solas, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.
G. Viau, président honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.
G. Villain, président de la Fédération dentaire nationale.
H. Villain, président de la Société d'Odontologie de Paris.

Secrétaires

MM. Chaleix, chef de bureau à la direction de l'Hygiène et de l'Assistance publiques.
Pujo, sous-chef de bureau, chargé du Secrétariat administratif au ministère du Travail et de l'Hygiène.

(*Journal officiel* du 11 avril 1925).

***

Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 12 juin 1925 ont été nommés membres de la Commission d'hygiène dentaire :

MM. Dr Vichot, président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Lyon.
Dr Sauvez, président de la Société des dentistes des hôpitaux.
Dr Herpin, président de la Société de stomatologie.
Dr Bozo, directeur de l'Ecole de stomatologie.
Dr Gires, président du Syndicat des stomatologistes.
Dr Klein, directeur de la Clinique dentaire scolaire de Strasbourg (en remplacement de M. le Dr Hamman).
Billoret, président de l'Association française des chirurgiens-dentistes.

(*Journal officiel* du 14 juin 1925).

BIBLIOGRAPHIE

Dr Pierre KRIVINE

Les fractures fermées de la région condylienne du maxillaire inférieur

(Ed. de *La Semaine dentaire*, Paris 1925)

Ce travail, très soigneusement fait, met au point une question fort importante. L'auteur insiste à juste titre sur la fréquence des fractures de la région condylienne, parfois isolées, souvent associées à d'autres fractures de la mandibule et, de ce fait, fréquemment méconnues. Il en distingue trois grandes variétés anatomiques et cliniques : les fractures sous-condyliennes basses ; les fractures sous-condyliennes hautes ; les fractures condyliennes complexes. Les deux dernières variétés sont au contraire de la première de cause généralement indirecte et, notion capitale, s'accompagnent d'un trouble plus ou moins marqué de l'articulé dentaire. Nous ne saurions suivre l'auteur dans le détail de son analyse clinique de chacun des trois groupes de fractures envisagées. La fracture sous-condylienne basse est habituellement une découverte radioscopique, alors que la fracture haute, en raison du déplacement, les reconnaît plus aisément et que la fracture associée à d'autres atteintes de l'os doit être soupçonnée pour le révéler. Nous partageons l'intérêt que l'auteur porte à la radiographie mais à condition que celle-ci soit faite suivant une technique rigoureuse (celle du Val-de-Grâce par exemple), car la région condylienne est une des plus délicates à déchiffrer.

Le traitement vise à la mobilisation la plus précoce possible précédée, quand il y a déplacements d'une immobilisation courte pour réduction immédiate. Nous ne saurions, en effet, trop insister sur l'importance d'une rapide mobilisation, car l'ankylose est, évidemment, à redouter. Exceptionnelle chez l'adulte elle est fréquente et insidieuse chez l'enfant ; on sait quelles terribles conséquences elle entraîne pour le développement de la mandibule.

Cet intéressant travail soutenu par des observations nombreuses, dont la plupart émanent du service de stomatologie du Val-de-Grâce, est illustré de schémas très démonstratifs et de reproductions radiographiques rendues faciles à lire.

Dr F. BONNET-ROY.

NÉCROLOGIE

Lévy-Bauer

Nous apprenons avec un vif regret le décès de M. Georges Lévy-Bauer, chargé du cours de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris, survenu le 29 juin dans sa 45e année.

M. Lévy-Bauer, croix de guerre, chevalier de la Légion d'honneur, juge à Versailles, était depuis vingt ans le collaborateur de M. Justin Godart et avait rendu des services à notre institution.

En priant sa famille d'agréer nos condoléances, nous assurons M Justin Godart que nous prenons part à la perte qu'il éprouve et nous lui renouvelons l'expression de notre profond dévouement.

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris. — Le concours pour un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire, annoncé dans notre numéro du 30 septembre 1924 et pour lequel l'inscription devait être close le 20 novembre 1924 est reporté à octobre 1925.

La première épreuve (sur titres) aura lieu le jeudi 15 octobre.

La clôture des inscriptions pour ce concours est reportée au 30 septembre 1925.

Société d'Odontologie de Paris. — La Société s'est réunie le mardi 7 juillet, à 8 h. 30 du soir avec l'ordre du jour suivant :

1° Dr Roy. — Trois observations de kystes dentifères avec présentation des malades;
2° M. G. Villain. — Les dents temporaires et l'arcade dentaire permanente ;
3° Rapport de M. le Dr Solas, Secrétaire général ;
4° Incidents de la pratique journalière ;
5° Renouvellement du Bureau ;
6° Questions diverses.

Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens. — Ce cours sera fait au laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris par M. le Dr Delater et durera huit semaines, à raison de 2 séances par semaine, de 8 heures et demie à 10 heures et demie du soir.

La 1re session aura lieu d'octobre à décembre 1925 ; la 2e session, de janvier à mars 1926 ; la 3e session, d'avril à juin 1926.

Le montant des droits pour chaque session est de 200 francs, plus 50 francs d'inscription, ces derniers à verser en s'inscrivant.

Le nombre des auditeurs est limité.

Les praticiens désireux de suivre ces cours sont priés de s'inscrire dès à présent.

Nomination. — M. Houssais, ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé examinateur à la Faculté de médecine pour les examens de chirurgien-dentiste.

Distinction honorifique. — Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Frison, directeur de l'Ecole odontotechnique, a été promu officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos félicitations.

Institut dentaire d'Oslo. — En raison de l'insuffisance de l'Institut dentaire d'Oslo, qui ne peut contenir que 30 étudiants, une nouvelle construction sera érigée et prête à la fin de 1926 ; elle coûtera 850.000 couronnes.

Statistique des dentistes finlandais. — Le nombre des dentistes en Finlande était au 1er novembre 1924 de 349, dont 130 pour la capitale, Helsingfors. Sur ces 340, le nombre des femmes est de 186.

Soins dentaires scolaires à Milan. — La Ville de Milan a chargé l'Institut stomatologique de cette ville de donner des soins aux enfants des écoles. Le traitement sera assuré par 9 praticiens et un praticien-chef. Il aura lieu dans 4 cabinets dentaires mobiles, transportés par 2 camions-automobiles, 93 écoles seront visitées chaque semaine.

Xe Congrès odontologique espagnol. — La Fédération odontologique espagnole se réunira à Saragosse du 13 au 17 septembre prochain, pour tenir le Xe Congrès odontologique espagnol.

Mariages. — Le 29 juin a été célébré dans la plus stricte intimité le mariage de notre collègue, M. Louis Viau, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mme Nina Trombetta.

Le mariage de M. René Fourmy, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Olive Mollet, a eu lieu le 1er juin 1925.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissance. — Notre confrère M. Nahr, de Metz, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Nahr, nous font part de la naissance de leur fille Régina.

Nous leur adressons nos félicitations.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'École dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert le matin de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements.

***

Le service de radiographie, qui a fonctionné quotidiennement du 15 mai au 15 juillet, sera modifié pendant la période des vacances de la façon suivante :

Du 15 juillet au 1er août, trois fois par semaine :

Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Du 1er août au 1er octobre, deux fois par semaine :

Lundi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

A partir du 1er octobre le service reprendra et sera assuré quotidiennement.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures, et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

45, *Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX*e

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS[1]

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis, nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles, et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés ; en effet, ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une idée des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès*, afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Association générale syndicale des Dentistes de France

45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS[1]

Nom ..... prénoms .....
membre ou épouse de membre de l'A. G. S. D. F.[2],
né... le ..... à ..... département .....
domicile actuel : .....
à ..... département .....

Je soussigné..., déclare, après avoir pris connaissance des statuts et les accepter sans réserve.

1° Faire partie de l'A. G. S. D. F.[3] comme membre .....
Que mon mari est membre ..... de l'A. G. S. D. F.[4].

2° Être en parfait état de santé ;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de

.....

adresse .....

4° M'engager à verser 10 francs plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'A. G. S. D. F. en déposant à la présente la somme de 12 fr. comme droit d'entrée (art. 3).

\+.....

Signature :

\+ *Mettre à la main au-dessus de la signature les mots :* LU ET APPROUVÉ.

---

1. Le Règlement de l'Aide immédiate en cas de décès a été publié dans le numéro de janvier 1925 du Journal *L'Odontologie*.

2. Effacer la formule inutilisée.

3. Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré à 2 fr. 40 son ou ses bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc. ;

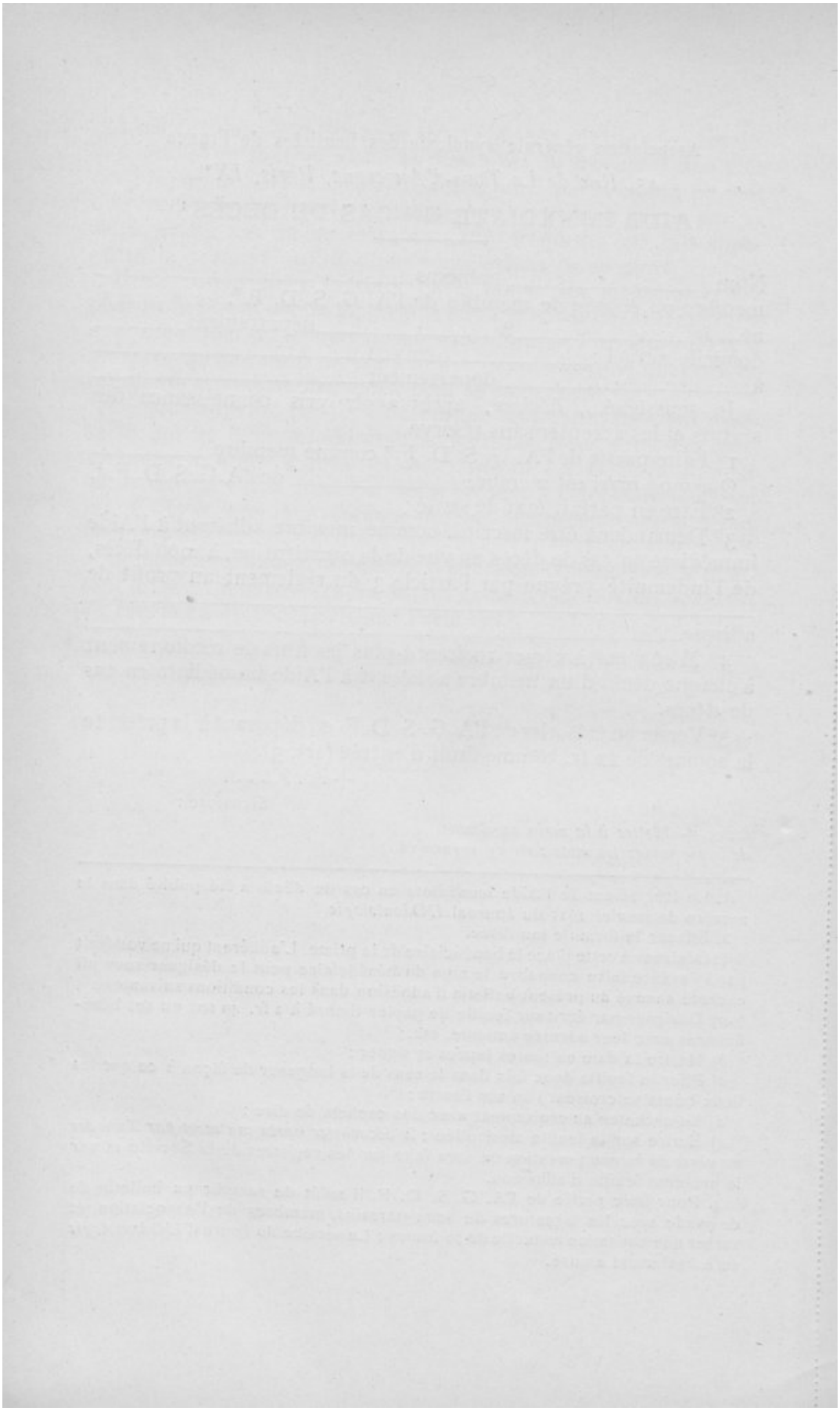
b) Mettre la date en toutes lettres et signer ;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon à ce que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre ;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire ;

e) Écrire sur la feuille ainsi pliée : *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau* ; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

4. Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association, et verser une cotisation annuelle de 30 francs : Le service du Journal *L'Odontologie* sera également assuré.



45e ANNEE. N° 8. 30 AOUT 1925 VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CAS CURIEUX DE MALPOSITION DE DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE (EXTRACTION)

Par M. QUINTIN (de Bruxelles)

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mai 1925)

616.314.8 007

Je veux vous soumettre un cas assez curieux de malposition de dent de sagesse.

La malade dont il s'agit est une dame d'environ 60 ans, qui, depuis très longtemps, présentait un gonflement intermittent à la joue droite à l'angle de la mâchoire. Après radiographie, j'ai obtenu la première épreuve (fig. 1) qui va vous permettre de vous rendre compte de la position antéro-postérieure de la dent ; la couronne est tournée vers l'angle de la mâchoire.

Pendant la guerre j'ai eu un matériel humain assez important à ma disposition. J'avais à soigner les indigents de la ville de Bruxelles, les nombreux réfugiés français, les familles de nos soldats, les malheureux qui n'avaient pas de ressources, ceci nous amenait à avoir des consultations excessivement intéressantes.

Je me suis surtout attaché à l'étude de l'extraction des dents de sagesse inférieures mal placées ; dans cet ordre d'idées je pense être arrivé à des résultats satisfaisants.

Dans le cas dont je veux vous entretenir, voici comment j'ai procédé. Après l'injection régionale, j'incise la muqueuse devant la branche montante ; je décolle le périoste et au moyen de la fraise j'enlève la partie osseuse qui entoure la

dent ; ce n'est pas bien difficile, la densité de l'os et de la dent étant très différente.

Après avoir fraisé assez longtemps, je n'arrivais pas à éliminer la dent, je la sentais bien remuer sous la joue, mais

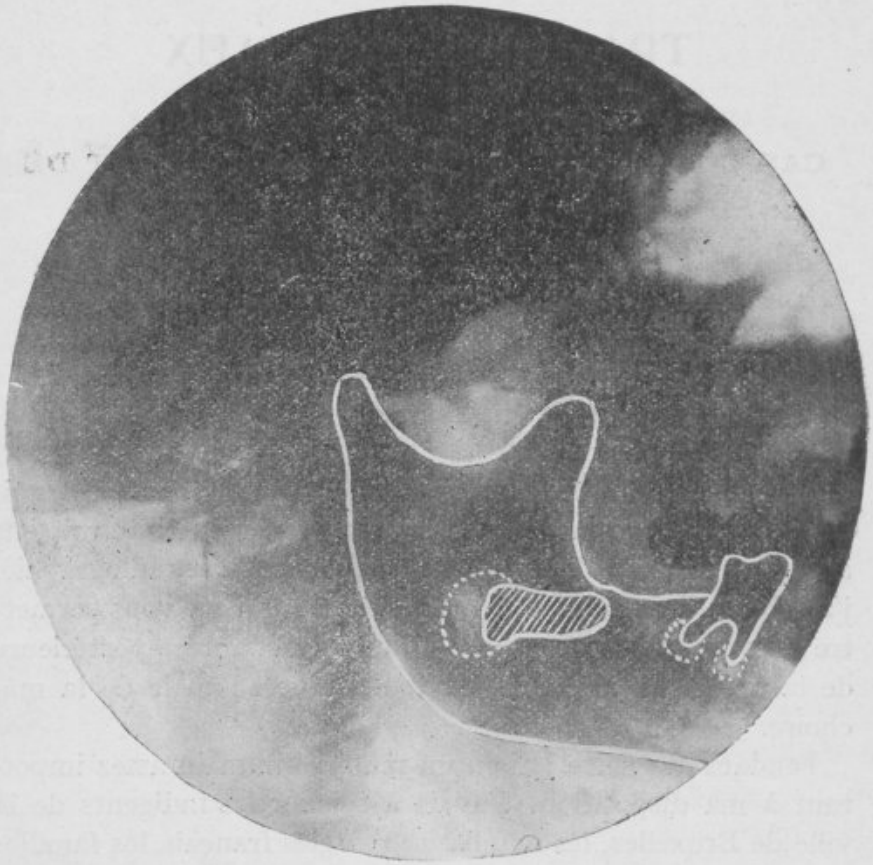


Fig. 1

je ne parvenais pas à la faire sauter vers la partie interne de la bouche. C'est alors que, pour ne pas fraiser à tort et à travers, j'ai demandé au radiographe de me faire de nouvelles radiographies où les dents étaient beaucoup moins allongées que dans la première radio. Dans la seconde radiographie (fig. 2), j'ai moi-même posé l'appareil dans l'angle d'incidence que je voulais avoir et vous remarquerez que la dent est beaucoup plus courte. Vous voyez aussi autour de la

couronne une partie raréfiée qui vous indiquera d'une façon suffisante que mon fraisage avait été défectueux et pratiqué au bon endroit.

J'ai fait faire une troisième radiographie de face (fig. 3), celle-ci montre la couronne sous le masséter, à la surface

Fig. 2

externe de la mandibule. Le cas devenait plutôt chirurgical et ne devait plus me concerner. Je pris l'avis d'un de mes amis, chirurgien. Après avoir vu les radiographies, il proposa à la dame d'inciser la peau autour de l'angle de la mâchoire pour pouvoir aller rechercher le corpus delicti. La dame s'y opposa d'une façon absolue, le mari également; le fils ne voulait pas entendre parler de voir mutiler sa mère. C'est alors

que nous eûmes l'idée de décoller le périoste sous le masséter pour arriver ainsi à saisir la dent.

Sur les instances du chirurgien je fis l'intervention préconisée. Au moyen d'une gouge assez large, je décollai le périoste ; j'allai exactement dans la direction de la dent, et arrivé à cet endroit je donnai un petit coup vers le haut et de même vers le bas ; puis avec mon élévateur de Franchette, de

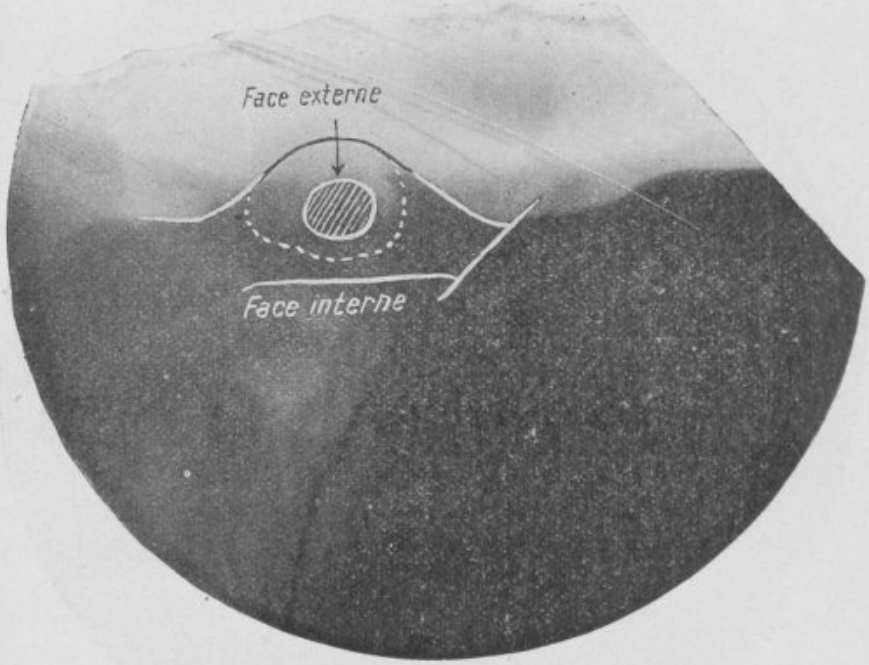


Fig. 3

la partie interne de la bouche je fis pression vers l'extérieur, je sentis aussitôt la dent sauter entre le masséter et la mâchoire. Au moyen d'une pince je pus ramener la dent. Au bout de quelques mois tout le gonflement qui existait depuis 40 ans avait disparu et, depuis lors, cette personne se trouve très bien.

Voilà l'intervention pour laquelle j'ai été appelé. M. Roy a trouvé que cela valait bien la peine que j'en fisse mention dans les annales dentaires ; c'est pourquoi je me suis empressé de venir vous présenter cette communication.

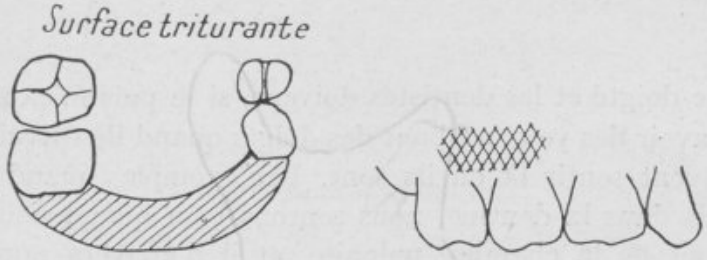
PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE A MAIN POUR LE CURETTAGE DANS LA PYORRHÉE

Par M. QUINTIN (Bruxelles)

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris, 5 mai 1925*).

616.314 089.81.81

La pièce à main que je vous présente est très simple. Depuis longtemps je me servais des instruments de Kirk pour enlever le tartre sérique ; cette opération demande énormément de temps : une demi-heure et même une heure pour la même dent. Je voulais avoir une pièce à main qui fît en une minute ce qui me demandait 15 minutes et plus. Je pense y être parvenu.



Vue de face

Comment ? Voici : Je voulais avoir un appareil muni d'un mouvement de va-et-vient et sur lequel j'aurais pu monter les pointes de Kirk. J'essayai la bielle-lime de Léger-Dorez, cela ne me donna point satisfaction. Je décidai alors de fabriquer moi-même l'instrument rêvé. Aidé d'un mécanicien pour automobile j'obtins un résultat encourageant quoique imparfait, en ce sens que l'instrument était bien doué des mouvements que je désirais, mais n'était pas adapté à l'art dentaire. Ce côté du travail me regardait seul. Je le menai à bien, non sans de nombreuses difficultés, et j'obtins la pièce que je vous présente.

Vous savez que M. Roy a attiré notre attention à tous sur ce fait que le tartre sérique n'est pas seul cause de la suppu-

ration dans la pyorrhée, et qu'il y a, plus loin, une espèce de tartre mou fortement infecté ; que, d'autre part, le bord alvéolaire est aussi malade et, chose plus importante à retenir, j'insiste parce que M. Roy a été un des premiers à attirer notre attention là-dessus, ce sont les bourgeons charnus se trouvant au fond du cul-de-sac qui contribuent à maintenir cet état de suppuration.

Je me sers donc avec satisfaction de cette pièce à main dans le curettage alvéolaire. Une des premières critiques que j'ai entendu formuler a été celle-ci : ne risque-t-on pas de détruire les tissus durs de la dent elle-même ? Non, c'est une ques-

tion de doigté et les dentistes doivent, si je puis m'exprimer ainsi, avoir des yeux au bout des doigts quand ils travaillent, ils doivent sentir là où ils sont. Par exemple, quand nous fraisons dans la dentine, nous sentons bien quand nous approchons de la chambre pulpaire, et il n'arrivera jamais à un dentiste habile d'entrer dans la pulpe de façon à faire bondir le malade.

Par conséquent, j'estime que le dentiste, quand il maniera cet instrument de Kirk avec la pièce à main, peut arriver à d'excellents résultats sans produire d'accident.

J'ai été émerveillé de l'emploi de ma pièce à main dans les nombreux cas que j'ai eu à traiter. Je me rappelle qu'un de mes amis avait deux petites molaires droites que j'avais intention d'extraire ; je lui proposai auparavant d'essayer de les soigner d'après ma nouvelle méthode ; j'ai curetté d'une façon parfaite ces deux dents qui ballottaient dans le pus, et j'ai été tout heureux de voir mon ami revenir 5 ou 6 jours après, il n'avait absolument plus la moindre trace de pus et les dents étaient tellement bien raffermies que j'ai

posé là-dessus un bridge. Ses dents tiennent toujours.

Inutile de décrire l'emploi des instruments de Kirk : tout le monde les connaît. Je vais prendre cette pièce à main et la faire fonctionner devant vous ; vous verrez que le mouvement est des plus faciles. Il y a 3 crans d'arrêt : vous pouvez avoir une force très petite, une un peu plus grande et une plus grande encore. Notez bien que cette pièce à main peut servir à d'autres travaux, comme maillet automatique, par exemple. J'ai été très heureux d'être arrivé à ce résultat ; ma pièce à main est en effet beaucoup plus simple que les maillets qu'on emploie habituellement, et je suis persuadé que beaucoup d'entre vous pourraient la fabriquer.

EMPLOI DU DIÉLECTRIQUE SOUPLE POUR LA DIATHERMOCOAGULATION

Par le Dr H. BORDIER.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

615.832.4

Le diélectrique souple que j'ai imaginé[1] peut recevoir des applications variées : il peut servir non-seulement à pratiquer la D. S. F. (diathermocoagulation sans fil), ou à constituer un lit condensateur ou un siège condensateur, il peut encore être utilisé comme électrode indifférente pour les opérations de coagulation diathermique et en particulier pour les opérations odontologiques : son emploi sera, dans ce but, d'autant plus avantageux que la longueur d'onde des oscillations électriques fournies par l'appareil de diathermie sera plus petite ou, ce qui revient au même, que la fréquence de ces oscillations sera plus grande.

En effet, le courant de haute fréquence qui « passe » dans le condensateur formé par l'armature métallique du diélectrique souple d'une part, et le corps du patient d'autre part, est d'autant plus intense que la fréquence est plus élevée, le condensateur se chargeant et se déchargeant à chaque oscillation : en d'autres termes, ce condensateur débitera deux fois plus avec un million d'oscillations par seconde, par exemple, qu'avec 500.000.

Si l'on suppose un malade assis sur le diélectrique souple et sur lequel on veut pratiquer une coagulation diathermique avec une électrode appropriée, une boule par exemple, le courant de diathermie arrivera au malade sans avoir à traverser la résistance de la peau, comme c'est le cas lorsque le courant est amené par une électrode indifférente. Dans ces conditions, les 2 fils souples de l'appareil de diathermie sont

1. H. Bordier, « Diathermie et Diathermothérapie », 2e édit., p. 107, Paris, J.-B. Baillière, 1925.

reliés à l'armature métallique cousue sur le diélectrique souple d'une part, et à l'électrode active d'autre part.

Un avantage de l'emploi du diélectrique souple pour remplacer l'électrode indifférente, c'est que le malade simplement assis sur ce diélectrique n'a pas le sentiment d'être traversé par un courant électrique, comme dans le cas habituel où une électrode d'étain est appliquée sur une partie du corps mise à nu ; le malade ne se sent pas relié à l'appareil de diathermie, il ne voit que l'électrode active qui se présente comme s'il s'agissait, par exemple, d'un galvano cautère.

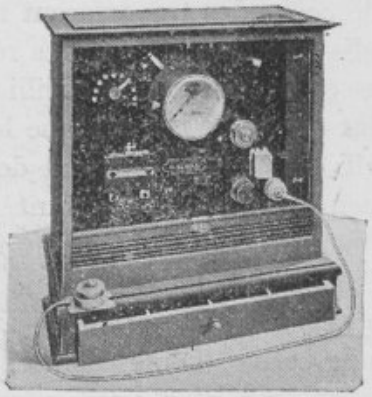


Fig. 1. Appareil de diathermie et d'étincelage de A. Walter.

Avec le petit appareil de Walter [1], dont le nombre des oscillations atteint jusqu'à 6 millions d'alternances par seconde, on retirera un grand profit, surtout en odontologie, de l'emploi du diélectrique souple ; mais celui-ci doit être construit différemment du modèle qui a été créé pour les appareils de grande puissance [2], comme ceux des Etablissements Gaiffe, Gallot et Pilon : ou comme l'appareil néo-diathermique Dr. pier : le milieu isolant — diélectrique proprement dit — est constitué par un simple drap d'habit de 3 m/m d'épaisseur environ, sur lequel est cousue directement la toile métallique ; la toile d'amiante est supprimée sans in-

1. 8, Square Desnouettes, Paris.
2. Ces diélectriques souples sont construits par M. Lépine, à Lyon.

convénient ici, où l'on n'a pas à craindre avec ce petit appareil la formation d'étincelles entre l'armature métallique et la peau du patient. La capacité du condensateur formé avec le corps du malade est, par suite, très augmentée du fait de la faible épaisseur du diélectrique.

Il convient de faire remarquer qu'avec les oscillations de très haute fréquence le diélectrique de ce condensateur joue en réalité le rôle d'une sorte de filtre. Certains appareils de diathermie produisent une onde non sinusoïdale qui est constituée par la combinaison d'une onde principale, d'autres ondes plus faibles et d'harmoniques de ces différentes ondes. Les plus courtes de ces ondes traverseront très facilement le condensateur, tandis que les plus longues rencontreront une résistance sensible et le courant recueilli sera plus riche proportionnellement en ondes courtes que le courant initial.

Le petit appareil de Walter[1] donnant des oscillations de très grande fréquence débite un courant qui « traverse » sans la moindre difficulté le condensateur formé avec le diélectrique souple, spécialement construit pour cet appareil : la majeure partie de sa puissance se trouve ainsi utilisable au niveau de l'électrode active (boule, pointe, couteau ou anse diathermique). Si l'on employait avec ce petit poste de diathermie — qui ne consomme que 0,8 ampère sous 110 volts au primaire — le dispositif classique consistant à utiliser une électrode indifférente en contact avec la peau, au lieu de se servir du diélectrique souple, la résistance en face de l'électrode indifférente absorberait une notable partie de la puissance et les efforts de la coagulation seraient plus longs à obtenir.

Le diélectrique souple peut s'employer de deux façons avec l'appareil de Walter : 1° Si le malade porte des vêtements dont l'épaisseur soit d'environ 3 $^{m}/_{m}$ (cas des vêtements ordinaires de drap), on fera asseoir le malade sur le *côté métal* du diélectrique, les vêtements eux-mêmes rempla-

1. Voir sa description dans « Diathermie et Diathermothérapie », 2e édition, p. 366.

çant, dans ce cas, le diélectrique ; 2° si, au contraire, les vêtements sont minces (robes de femmes), on fera asseoir le malade sur le *côté drap* dont l'épaisseur s'ajoutera à celle des vêtements. La seule précaution à prendre sera de faire retirer les vêtements très épais (manteau, fourrures, etc...).

On voit donc tout le parti qu'on peut tirer du diélectrique souple qui, d'une part, supprime le déshabillage toujours ennuyeux et, d'autre part, permet, avec un appareil de très faible consommation, comme celui de Walter, d'obtenir des résultats de coagulation diathermique aussi énergiques qu'avec des appareils plus puissants employés avec le montage classique.

REVUE DES REVUES

ORTHODONTOMETROLOGIE-CLASSIFICATION

Par le Dr JUAN UBALDO CARREA.

Professeur d'orthodontie à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.

La découverte des lois du mouvement des dents qui régissent l'occlusion dentaire humaine normale a conduit les orthodontistes à rechercher une classification et une terminologie dentaires qui, abrégeant le vocabulaire, fixeraient en même temps le sens des termes sous les différents points de vue de l'anatomie, de l'anthropologie, de l'étiopathologie et de l'orthodontie.

Georges Villain nous a donné dans ce sens une histoire précise et minutieuse, et si la plupart des orthodontistes suivent le chemin indiqué par Angle, c'est parce qu'ils n'ont pas remarqué que les anomalies dentaires qui dépendent de l'orthodontie produisent les anomalies des arcades, non seulement dans le sens mésio-distal, mais aussi dans le sens vestibulo-lingual et apico-occlusal.

Dans mon travail sur « Quelques déterminations orthodontométriques », j'ai signalé aux Congrès de Montpellier (1) et de Madrid de 1922 les rapports précis existant entre les dents, le rayon-corde mandibulaire, la ligne périmétrique infantile, le triangle mandibulaire de Bonwill, le triangle mandibulaire externe et cette ligne que j'appelais « ligne faciale » et dont la distance, de la glabelle au point mentonnier (égale à 7 rayons cordes) était égale au côté du triangle mandibulaire externe.

La ligne faciale que j'ai adoptée (fig. 1) est une ligne qui, partant de la glabelle, passe par le point spinal, le point dentaire de Bonwill et se termine au point mentonnier.

Si le point dentaire de Bonwill D B se déplace en avant, la ligne faciale qui, normalement, est une ligne droite, se brisera et l'angle ainsi formé aura son sommet d'autant plus en avant que les dents supérieures et inférieures seront plus déplacées. Lorsque le point de Bonwill recule en arrière de la ligne faciale correcte, la ligne faciale se brise aussi, mais en arrière et proportionnellement au déplacement des dents dans ce sens.

La ligne faciale, en ligne droite, correspond au type orthognathe ; brisée en avant, elle traduit le type prognathe ; en arrière, le type opisthognathe.

1. *L'Odontologie*, p. 554, août 1922.

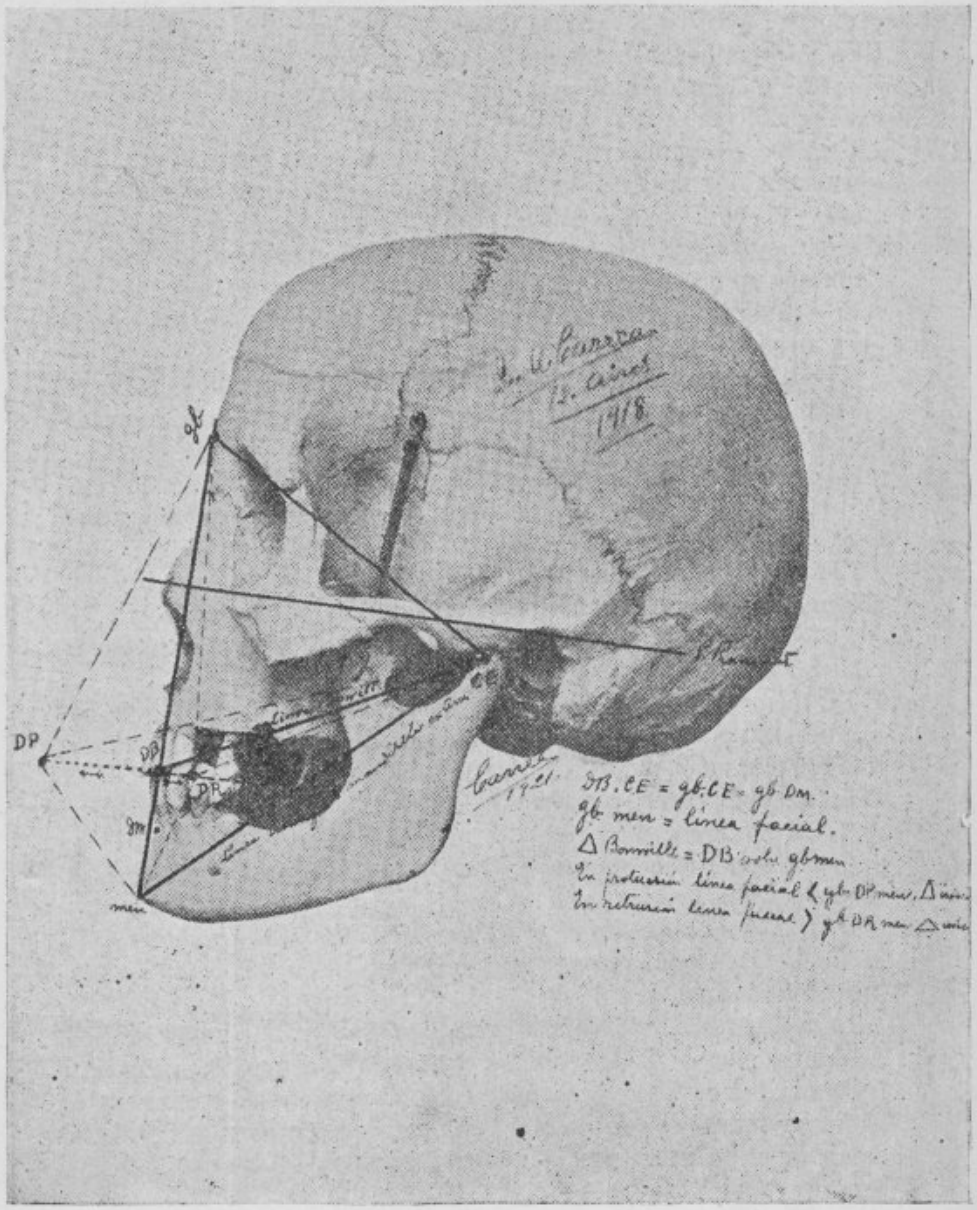

gb
DP
DB
DR
gm
men
CE
DB.CE = gb.CE = gb.DR.
gb.men = ligne faciale.
Δ Bonnelle = DB sobre gb.men
En protraction ligne faciale < gb.DP.men. Δ ouvert
En retraction ligne faciale > gb.DR.men Δ ouvert

Fig. 1.

Voilà ce qu'on doit techniquement é udier et qu'il ne faut pas confondre avec les anomalies dentaires simulant des types prognathes ou opisthognathes, alors qu'elles ne sont que des déviations simples ou complexes, susceptibles de correction et dont la terminologie ne doit pas être confondue ni compliquée.

On étudie généralement l'occlusion dentaire en représentant uniquement l'articulation interdentaire ou ligne de Godon, sans montrer ses rapports avec la courbe de *Villain* qui répond aux études de *Frey* et *de Nevrezé*, laissant de côté ceux de *Valderrama*, de *Gysi* et de beaucoup d'autres. C'est ainsi qu'on arrive à admettre pour l'arcade dentaire une série de formes ovoïdes, paraboliques, hyperboliques, upsilon, etc...

S'en tenant aux travaux de *Williams* sur la forme des dents par rapport au visage, ainsi que sur l'évolution des arcades, dès le moment où paraît la première dent temporaire jusqu'à la complète éruption de la dernière molaire permanente, également selon le visage de l'enfant et plus tard, de l'adulte, on arrive aux considérations fondamentales suivantes :

Chez l'enfant normalement constitué, la courbe dentaire est circulaire ; le visage de l'enfant est circulaire.

La courbe dentaire chez l'adulte est ovoïde, son visage normal est ovoïde.

De même que le visage et l'arcade dentaire sont circulaires ou ovoïdes, la voûte palatine est circulaire ou ovoïde, avec des variations en plus ou en moins selon les individus.

En résumé : *chez l'enfant normal, figure circulaire, arcade circulaire, voûte du palais circulaire.*

Chez l'adulte bien constitué : figure ovoïde, arcade dentaire ovoïde, voûte du palais ovoïde.

De la forme ovoïde découlent les formes qui arrivent à former un V ou un U répondant aux types morphologiques de Sigaud et aux types par tempéraments.

De toutes ces considérations nous avons déduit que les anomalies dentaires, plus évidentes sur les dents permanentes, occasionnent les anomalies de forme des arcades dentaires, celles-ci produisent à leur tour celles des processus alvéolaires, ces dernières, celles de la mâchoire et du maxillaire, et, toutes ensembles, les anomalies faciales.

Seules, les anomalies dentaires, conséquences d'anomalies du développement osseux ou de traumatismes, font exception à cette règle.

Je crois que, considérant l'arcade dentaire comme un appareil composé d'un nombre fixe d'éléments placés dans un ordre déterminé et reposant sur une ligne appelée ligne d'occlusion normale,

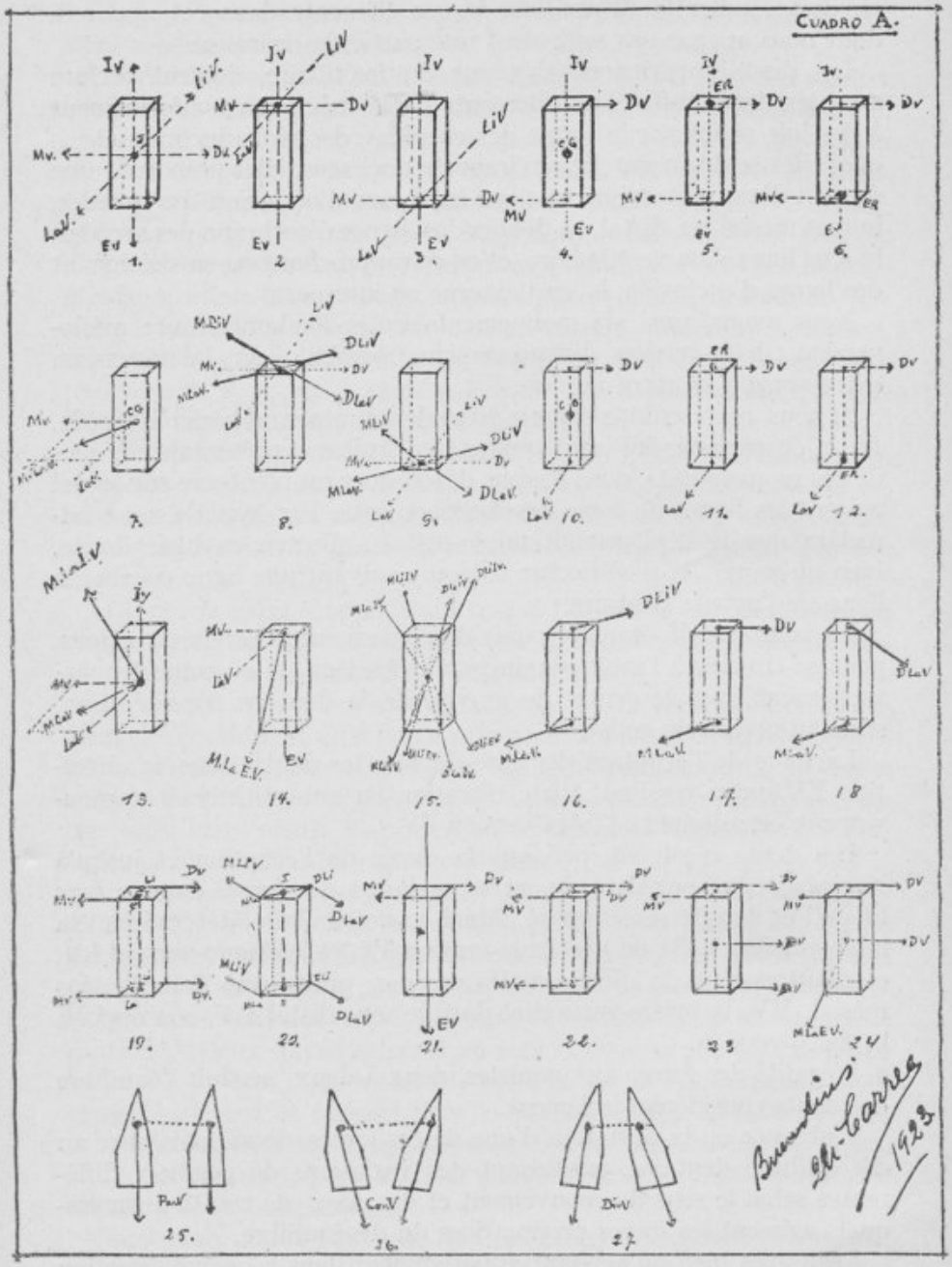


Fig. 2.

on doit étudier la disposition de ces éléments dans cet appareil, dont nous apercevons seulement une partie, la couronne.

Les dents supérieures, éléments du maxillaire, doivent occlure avec les dents inférieures, éléments de la mâchoire, conformément à des lois régies par la forme des cuspides, des plans inclinés, etc..., et si elles se déplacent, dans n'importe quel sens, elles prendront une des six directions suivantes : sur les lignes d'occlusion des arcades, le sens mésial ou distal, en dehors des lignes d'occlusion des arcades, le sens lingual ou vestibulaire, et en se rapprochant ou en s'éloignant des lignes d'occlusion, le sens externe ou interne.

Nous avons ainsi six mouvements isolés fondamentaux : mésio-version, disto-version, linguo-version, vestibulo ou labio-version, extra-version et intra-version.

Si nous représentons chaque pièce dentaire par un parallélépipède, fig. 2, et que nous lui appliquions des droites représentant le sens de ces mouvements, nous devons déterminer un point-axe sur lequel agiront les lignes de force des déplacements. Par hypothèse on admettra que le déplacement mésio-distal s'effectue en ligne droite, bien qu'en réalité il s'effectue toujours suivant une ligne courbe, la ligne de l'arcade dentaire.

Le point-axe E, étant le point de convergence des six directions, peut se trouver à l'intérieur du parallélépidède (1) et coïncider virtuellement avec le centre de gravité de la dent en considération, situé au niveau du collet.

La force de l'éruption dentaire déplace les dents dans la direction EV (extra-version), toute rétention ou antagonisme à ce mouvement occasionnera l'intra-version IV.

Les dents reçoivent, pendant la durée de l'éruption et jusqu'à leur placement sur l'arcade correspondante, des forces dans le sens lingual et dans le sens opposé, labial ou vestibulaire, déterminant la labio-version, LaV, ou vestibulo-version, Vv, et la linguo-version, LV, et d'autres dans la direction des arcades, produisant dans le sens mésial, MV, la mésio-version et dans le sens distal DV, son opposé, la disto-version.

L'égalité des forces antagonistes, deux à deux, produit l'équilibre des dents considérées isolément.

L'absence ou la déviation d'une de ces forces, donne naissance au déséquilibre dentaire, produisant des variations de position, différentes selon le sens du mouvement et des axes de rotation sur lesquels agissent les forces productrices du déséquilibre.

Les forces, bien qu'agissant apparemment dans la même direction et le même sens, peuvent avoir leur point de convergence au-dessus ou au-dessous du centre de gravité, pouvant arriver à atteindre la limite apicale, (2) ou le plan occlusal (3).

C'est ce qu'on observe lorsque prédominent les mouvements en intra-version ou en extra-version.

On vérifie aisément l'inclinaison dentaire, mais il faut reconnaître que jamais, sauf de rares exceptions, une dent ne se déplace dans un seul sens ; généralement on a des mouvements associés dans deux ou trois directions. Ainsi, deux forces angulaires précises, en labio-version et en mésio-version, déterminent une résultante en mésio-labio-version (7) avec un point d'application au centre de gravité. De même on obtiendrait les résultantes qui indiqueraient des mouvements en mésio-labio-version, mésio-linguo-version, disto-labio-version, mésio-disto-version, mésio-extra-version, mésio-intra-version, disto-extra-version, disto-intra-version, etc..., avec leurs points d'application en 8, 9, etc..., nous indiquant des déplacements qui s'effectuent vers les arêtes du parallélépipède.

Si les forces en présence agissaient suivant trois directions (13), en mésio-version, labio-version et intra-version, par exemple, la résultante partielle en mésio-labio-version déterminera avec l'intra-version la résultante finale en mésio-labio-intra-version dirigée vers le sommet.

D'après le point d'application (14) et l'intensité de ces forces (15) on peut imaginer que la résultante de trois forces angulaires tend à se diriger vers les sommets du parallélépipède.

On conçoit que si les mouvements en extra-version et en intra-version s'équilibrent et si l'on a pris pour axe longitudinal de la dent ou du parallélépipède (4) le sens de ces déplacements, il puisse exister des forces qui agissent dans la même direction, mais en d'autres sens, leurs points d'application se trouvant situés dans la portion apicale ou dans la région occlusale.

La dent pivotera alors autour d'un point situé au centre de gravité CG (4), avec un axe de rotation passant par l'apex ER (5) ou par la région occlusale ER (6). Mue par un couple, c'est-à-dire par une paire de forces, la dent peut même arriver à se placer en inversion.

Le mouvement qui tend à produire l'inversion est la résultante de l'action de deux forces agissant en sens contraires sur un axe longitudinal de la dent ; que les efforts augmentent et l'on aura des mouvements divers, en rapport avec la prépondérance de telle force ou de telle résultante de forces comme on observe dans les fig. 10, 11, 12, où il y a trois axes de rotation et dans les fig. 16, 17, 18 où les mouvements sont complexes.

Supposons maintenant que les déplacements externes et internes s'équilibrent. Sur la ligne linguo-labiale, L. (19), dans le sens mésial MV et distal DV, des forces parallèles et de sens contraires peuvent agir et produire la rotation autour de l'axe EI. C'est ce qu'on appelle la *giro-version*.

La giro-version se produit encore par l'application de forces dans le plan mésio-labial, disto-lingual ; la rotation s'effectue également autour de l'axe longitudinal EI.

L'équilibre extra-interne suivant l'axe EI peut se rompre et déterminer une giro-version avec intra-version (IV) ou extra-version (EV).

La giro-version, rotation autour d'un axe longitudinal, est donc bien différente de l'inversion ou rotation autour d'un axe transversal placé entre l'apex et le bord occlusal.

La giro-version se combine avec l'inversion (fig. 22), déterminant une déviation comme par addition de forces (fig. 23), c'est donc une forme mixte de giro-version (fig. 24) avec une action distale et une autre intra-mésio-labiale.

L'uniformité des mouvements de pièces ou dents homologues s'effectue par parallélisme, convergence et divergence, produisant la parallélo-version (25), la conversion (26) et la diversion (27).

Il y aura parallélo-version quand des dents homologues auront des mouvements parallèles suivant l'axe longitudinal. La conversion s'observe lorsque les axes longitudinaux tendent à se rencontrer sur le plan d'occlusion. La diversion c'est l'écartement des axes longitudinaux qui formeront ainsi un angle à sommet apical.

Le concept fondamental de l'occlusion dentaire normale nous présente les dents homologues placées par rapport aux axes longitudinaux (extra-interne), en position divergente, convergente ou parallèle, de façon que *l'équilibre interdentaire nous porte à considérer comme exactes les relations des plans dentaires signalées par Frey, de Nevrezé et par Georges Villain.*

Si l'on accepte les mesures qui fixent les distances moyennes entre les dents homologues, telles que la ligne de *Bogue*, de *Pont*, de *Campion*, ainsi que les moyens scientifiques dont on se sert pour tracer l'arcade dentaire en prenant pour base les mesures des dents, on est obligé d'insister sur la valeur de la forme de la courbe dentaire.

La sphère de Villain (fig. 3) nous donne exactement la position des dents de l'adulte sur le plan occlusal. Les dents, disposées normalement, doivent se placer en équilibre les unes par rapport aux autres. Il y a lieu de se demander : Quand les molaires, considérées généralement comme la « clef d'occlusion » ou axe de la bascule qui commande l'équilibre buccal entre la chute des dents temporaires et l'éruption des remplaçantes, sont-elles bien disposées ?

Rappelons que les 20 dents temporaires en occupant les arcs alvéolaires se disposent suivant 2 courbes, bien circulaires, en rapport avec la forme circulaire du visage de l'enfant normalement constitué, et d'autre part, que les superficies occlusales, ainsi que le signala *Amoedo*, déterminent un plan. Lorsque les premières molaires

perceront, elles devront se placer normalement en arrière, distalement, des deuxièmes molaires temporaires, mais ceci ne pourra se produire que plusieures années après la complète éruption des dents

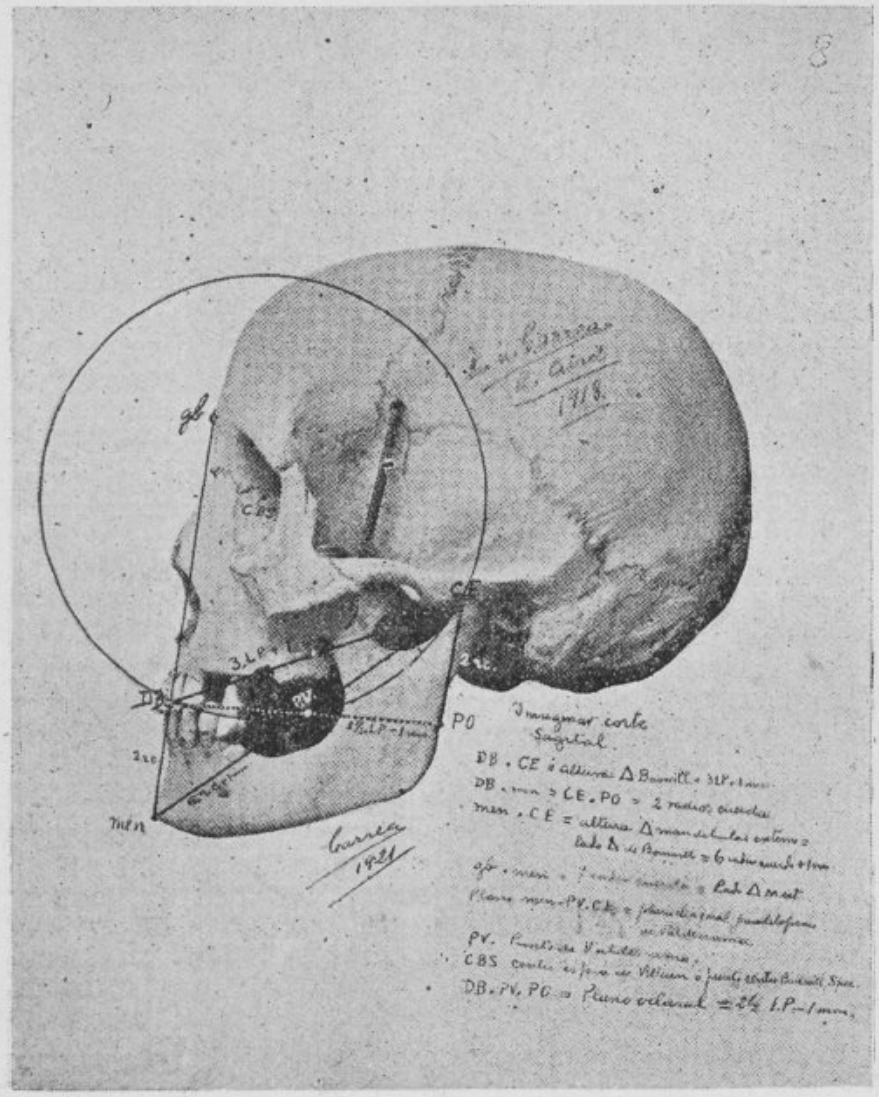


Fig. 3.

temporaires, lorsque le maxillaire et la mâchoire offriront l'espace nécessaire pour qu'elles puissent se placer correctement.

La nature, dans sa sagesse, offre partout des mesures proportionnées qui restent encore voilées à nos yeux. L'être humain n'a pu

échapper à cette règle de distribution harmonieuse, et il ne sera pas étonnant qu'un savant de l'envergure d'un *Th. Moreux* découvre un jour qu'il se trouve dans le Sphinx toutes les mesures humaines, de même que dans la Grande Pyramide existent les proportions géométriques.

Dans le merveilleux arrangement buccal, qui nous offre des surprises journalières, il y a 2 arcades dentaires infantiles, l'une supérieure, l'autre inférieure. L'articulation interdentaire ou occlusion dentaire infantile nous donne les rapports de l'arcade supérieure et de l'inférieure conformément au rayon corde qui détermine le triangle de Bonwill. C'est « afin que l'équilibre interdentaire des 20 dents temporaires » persiste au moment du remplacement de ces dents, que les premières mol. ires vont faire éruption et se placer dans une position telle que pendant l'occlusion elles s'articuleront avec la partie distale des deuxièmes molaires temporaires supérieures, créant ainsi le premier point d'appui, la base des rapports entre les dents temporaires et les permanentes.

L'évolution se poursuit par la naissance des premières molaires supérieures qui vont se placer en position mésio-distale et linguo-vestibulaire, de manière que nous pourrons considérer comme normale ce que Angle appelait « clef de l'occlusion normale ».

Entre la chute des dents temporaires et leur remplacement, on observe les changements de place des dents origine des multiples formes d'arcades et raison d'être de la science qui étudie ces irrégularités, les moyens de les éviter et celui de les corriger.

Valderrama, novateur scientifique, nous donne avec son parallélogramme intermaxillaire la détermination des relations mésio-distales des molaires. *Villain* et *de Nevrezé* nous orientent sagement dans l'organisation des plans dentaires, horizontal, vertical, sagittal, et tous, avec la mesure-étalon déduite de Bonwill, s'efforcent de rechercher les grandeurs normales humaines.

Fixer exactement la position normale des premières molaires semble être la base de toute classification.

Nous étudierons d'abord la forme de l'arcade et celle de la voûte du palais, nous montrerons ensuite où doivent se trouver les premières molaires.

G. Villain nous offre sa sphère, nous y observerons que, lorsque les dents de l'adulte seront à leur place, normalement disposées, elles devront former une courbe régulière, de deux moitiés pareilles, BV-BV' (fig. 4), ou qq', en passant par RcBdR, égale au périmètre de la circonférence *a* décrite avec le rayon-corde CB (*rayon-corde* et non pas arc CB).

Six rayons-cordes CB, ou périmètre de l'hexagone inscrit dans la circonférence *a*, forment le côté du triangle de Bonwill.

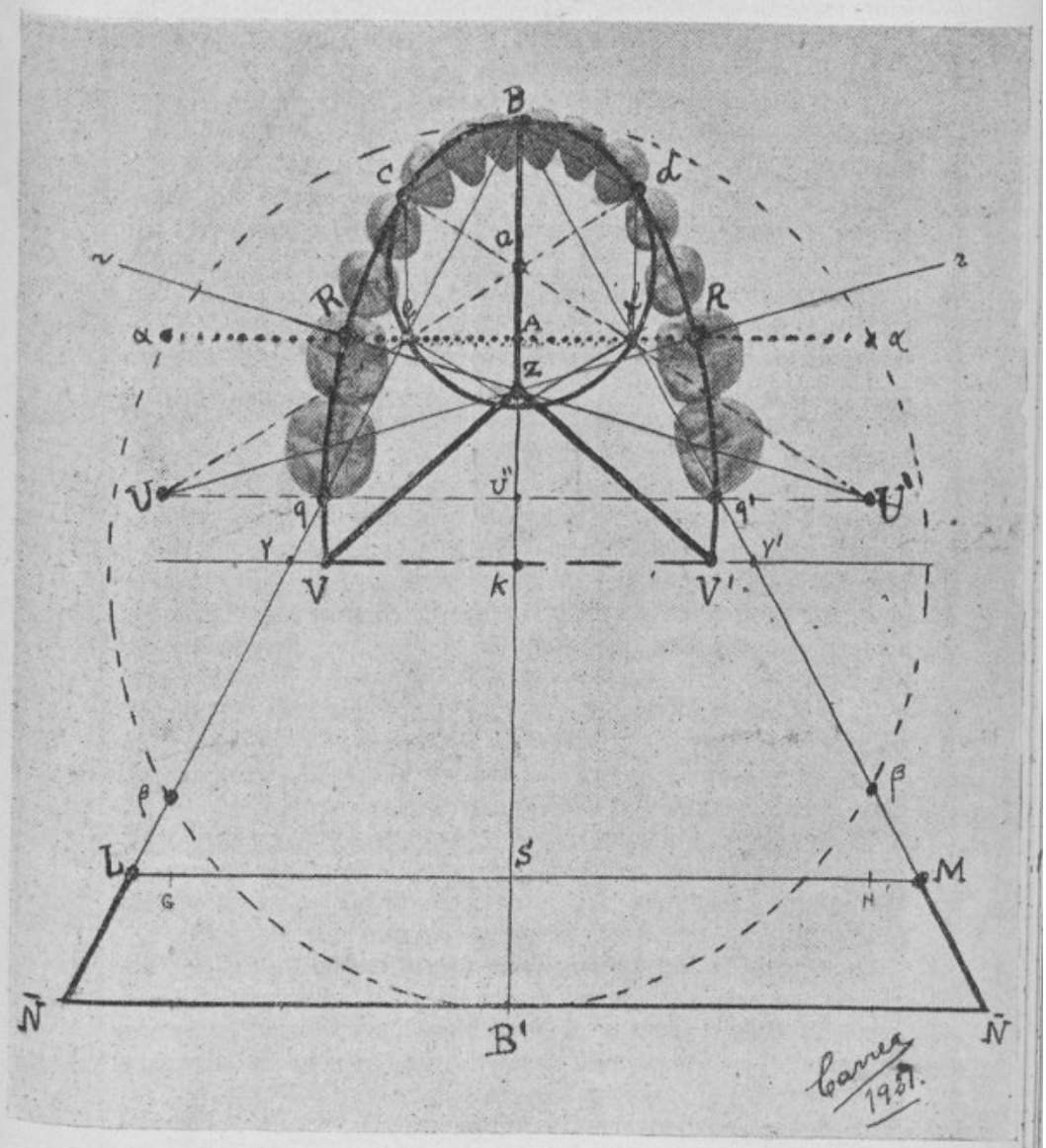


Fig. 4.

Six arcs CB ou mesure de la circonférence a égalent l'arcade qBq'.

L'arc CB, plus l'arc Bd, tiers de la circonférence, forment le segment antérieur comprenant les diamètres mésio-distaux des 3.2.1. 1.2.3.

L'arc CR, plus l'arc dR, égaux au segment CBd, fixent les sommets mésio-vestibulaires des premières molaires, qui repèrent « la ligne bimolaire » RR.

L'arc Ro, plus l'arc Rq', égaux aux portions antérieures, complètent l'arcade jusqu'aux deuxièmes molaires, si employées en prosthodontie.

En prenant les mesures mésiodistales des dents 1,2,3,4,5,6, d'un côté de la mâchoire et en les comparant aux mesures de leurs homologues, on obtient une mesure moyenne, qui permet de déterminer la distance bimolaire.

On remarquera qu'on peut faire, par ces mêmes procédés, la détermination sur les dents du maxillaire.

Ainsi, je continue fermement à croire que la forme ovoïde de l'arcade est celle qui se rapproche le plus de la forme normale humaine, et que toutes les variations vers le V ou le U ne sont que des variations de la forme normale ; quant aux différences de forme suivant les tempéraments ou par morphogénie, si elles existaient, elles ne seraient que des transformations ou modifications dépendantes de l'endocrinologie.

On peut dire la même chose en parlant de la forme de la voûte du palais.

La forme normale, moyenne, est ovoïde dans le sens sagittal, dans le sens horizontal et dans le sens transversal.

Je décrirai la technique employée dans mon enseignement pour obtenir les palato et arcado-graphies devant servir de moyens de vérification à de futures lois et en même temps je présenterai les différences de formes en concordance avec mes idées.

Connaissant la disposition des premières molaires « clef de l'occlusion normale » on admet la classification universelle d'*Angle*, simplifiée technologiquement par *Lischer*, qui comprend les termes neutro-occlusion ou première classe, disto-occlusion ou deuxième classe et mésio-occlusion ou troisième classe.

On donne empiriquement ces déterminations.

On suppose les premières molaires supérieures comme des éléments toujours fixes et normaux, et on dit qu'autour d'eux les molaires inférieures sont en neutro-occlusion, disto-occlusion ou mésio-occlusion. Les dents du maxillaire et de la mâchoire appuient leurs éléments correspondants sur le plan occlusal. Le plan occlusal, parallèle au plan de Francfort, est perpendiculaire à la ligne faciale (glabelle dentaire de Bonwill, mentonnier). La ligne faciale peut se briser, déterminant un angle à sommet situé au point dentaire de

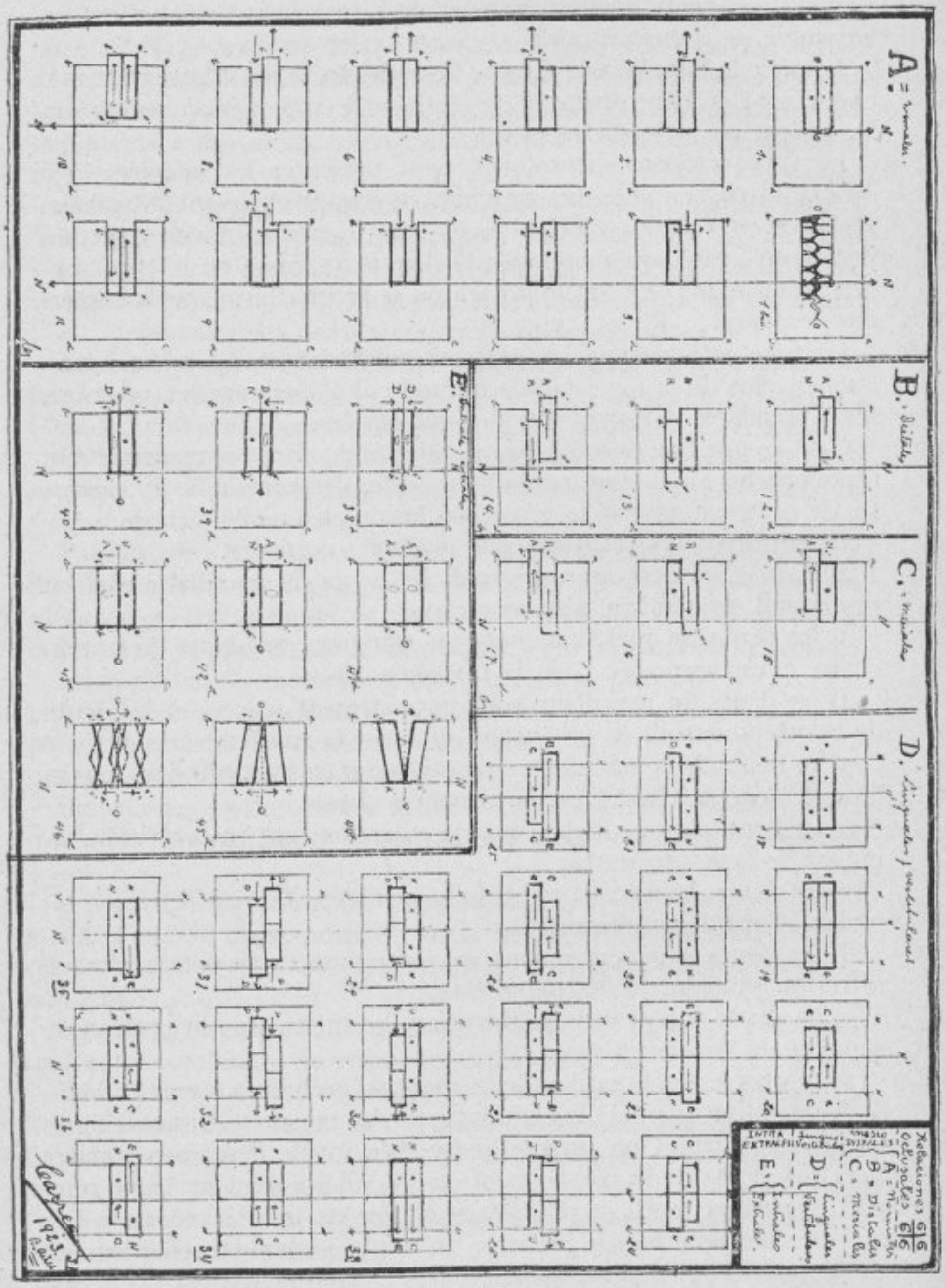


Fig. 5.

Bonwill, les dents du maxillaire et de la mâchoire, séparément ou ensemble, se projettent alors en avant ou en arrière.

Lorsque la ligne faciale est une ligne droite, le maxillaire et la mâchoire sont en ligne droite et déterminent le type *orthodontotique orthonasique* ou *orthonasomentonnien*.

Le type orthonasomentonnien peut présenter les molaires bien ou mal disposées. D'autres individus en échange peuvent avoir leurs molaires en neutro-occlusion, mais leurs dents antérieures se projettent en avant, simulant ainsi la deuxième classe ou le type prognathe-ethnique de l'anthropologie ou le prognathisme pathologique des dentistes.

Le type orthonasique ou orthonasomentonnien est normal lorsque, en plus de la ligne faciale normale, il a, par rapport au crâne, ses 4 premières molaires correctement placées.

C'est ce que l'on observe (fig. 5, tableau A) dans les 11 figures qui représentent, l'axe étant sur la ligne occlusale normale N, les variantes de ce qu'on appelle la neutro-occlusion ou 1 remière classe.

1) représente le maxillaire et la mâchoire normales.

2) la mâchoire est normale, mais les dents du maxillaire sont en protrusion simulant la deuxième classe.

3) les dents du maxillaire sont en rétrusion, les dents de la mâchoire étant normales. C'est la troisième classe.

4) les dents du maxillaire sont normalement placées et les dents de la mâchoire sont en protrusion simulant la troisième classe.

5) les dents de la mâchoire se placent en rétrusion, celles du maxillaire demeurent fixes. C'est la deuxième classe.

6) les dents du maxillaire et de la mâchoire sont en protrusion simulant le type prognathe.

7) les dents du maxillaire et de la mâchoire sont en rétrusion simulant l'opisthognathisme.

8) les dents supérieures sont en protrusion et les inférieures en rétrusion simulant la deuxième classe.

9) les dents supérieures en rétrusion, les inférieures en protrusion simulant la troisième classe.

10) toutes les dents gardent leurs rapports occlusaux normaux, mais se disposent en avant de la ligne normale des molaires, brisant la ligne faciale et simulant un prognathisme avec arcade dentaire normale.

11) les dents de la mâchoire et du maxillaire gardent leurs rapports normaux, mais se placent en arrière de la ligne normale des molaires, la ligne faciale présente un angle à sommet postérieur et simule ainsi l'opisthognathisme.

La deuxième classe d'Angle ou disto-occlusion, exige toujours la disposition distale des premières molaires inférieures par rapport aux premières molaires supérieures, c'est-à-dire la projection en avant des dents supérieures ou le recul des dents inférieures.

En admettant la relation disto-mésiale ou disto-occlusion, comme base de classification, il faut remarquer que la disposition distale des premières molaires inférieures peut en réalité se présenter sous trois formes principales ; par déplacement des dents supérieures, par déplacement des dents inférieures et par l'association de ces deux déplacements.

Dans le tableau B on observe en *NN* la ligne qui signale la relation normale mésio-distale par rapport au crâne. La fig. 12 laisse voir les dents de la mâchoire avec les premières molaires placées sur la ligne normale, et les dents du maxillaire déplacées en avant. C'est la *pronasie*, les dents du maxillaire dépassent en avant.

La fig. 13 suppose les dents du maxillaire avec les premières molaires sur la ligne normale et les dents de la mâchoire en arrière. C'est le *rétromentonisme*, les dents de la mâchoire ayant reculé.

La pronasie et le rétromentonisme peuvent se combiner et déterminer le recul des molaires inférieures et l'avance des molaires supérieures, fig. 14.

Pareillement la mésio-occlusion ou troisième classe d'Angle s'étudie en fonction du déplacement des dents de la mâchoire déviées mésialement par rapport aux dents du maxillaire. Objectivement on observe la protrusion de la mâchoire par rapport au maxillaire.

Trois formes de mésio-occlusion peuvent se présenter :
par déplacement des dents de la mâchoire,
par déplacement des dents du maxillaire,
par ces deux déplacements simultanés.

Dans la fig. 15 on observe la projection en avant des dents de la mâchoire, le maxillaire demeurant en place. C'est le *promentonisme*.

Les dents de la mâchoire peuvent se disposer avec les premières molaires sur la ligne normale, mais les dents du maxillaire se déplacer en arrière (fig. 16). Les dents du maxillaire reculent, c'est la *rétronasie*.

Les deux mouvements peuvent s'associer l'avance des inférieures se combinant au recul des supérieures, fig. 17.

Cela montre l'utilité de connaître et de bien localiser le point de Valderrama dans l'étude des rapports mésio-distaux des molaires dans la pronasie, le promentonisme, la rétronasie et le rétromentonisme, isolés ou associés.

La pronasie (12) et le rétromentonisme (13), pareils objectivement, diffèrent pathologiquement.

De même le promentonisme et la rétronasie, égaux objectivement, diffèrent par le mécanisme de production.

Les rapports linguo-vestibulaires des premières molaires n'ont pas été pris en considération.

L'étude de l'atrésie, asystolie, contraction ou étroitesse de l'arcade, ainsi que celle de la diastolie ou élargissement, a été considérée comme dépendant de la disto ou de la mésio-occlusion.

Grâce à l'heureuse conception de G. Villain, qui renferme dans sa sphère le triangle de Bonwill, on détermine la forme exacte de la courbe de Balkwill-Spee, que je considère comme ovoïde chez le sujet bien constitué (fig. 3).

De cette façon la largeur de l'arcade dentaire garde des relations précises dans le sens linguo-vestibulaire. Cette largeur, que je déduis du rayon-corde et de la ligne périmétrique, et qu'on appelle ligne de Bogue chez l'enfant, peut être plus ou moins grande selon l'anomalie d'occlusion en présence.

Supposons (tableau D, fig. 18) que la ligne NN', qui croise le plan d'occlusion, divise le maxillaire et la mâchoire en deux parties, droite et gauche.

Pour l'étude des anomalies d'occlusion il est indispensable de réunir les dents du maxillaire et de la mâchoire, par groupes uniformes, disposés à droite et à gauche de la ligne mésiale. Si les arcades supérieures et inférieures sont normales, les molaires doivent se trouver, dans le sens mésio-vestibulaire, équidistantes de la ligne moyenne NN' et à une distance normale. Si les molaires se déplacent lingualement, les arcades se rétrécissent sur les lignes bimolaires, l'arcade ovoïde peut même se triangulariser. Si les molaires s'écartent dans le sens vestibulaire, les arcades s'élargissent, les distances bimolaires augmentent et l'arcade ovoïde prend la forme quadrangulaire.

Ces anomalies d'occlusion se classent en 3 groupes :

Elargissement des arcades, ligne mésiale normale.

Contraction des arcades, ligne mésiale normale.

Déviation avec ou sans élargissement ou contraction des arcades, à ligne mésiale brisée.

Dans la fig. 19 l'élargissement se produit dans les deux arcades, dans la fig. 21 l'arcade supérieure est normale, l'inférieure s'élargit, contrairement à la fig. 23 où l'arcade mandibulaire étant normale, l'arcade maxillaire est plus large.

La fig. 20 montre le rétrécissement des 2 arcades, dans la fig. 22 le rétrécissement agit sur l'arcade mandibulaire et dans la fig. 24 sur l'arcade du maxillaire.

Les fig. 25 et 26 montrent la simultanéité de l'élargissement du maxillaire et de la contraction de la mâchoire et réciproquement. Les fig. 33 et 34 laissent voir l'élargissement et la contraction d'un seul côté des deux mâchoires.

Dans les fig. 35 et 36 l'élargissement et la contraction existent d'un seul côté et dans une seule arcade.

Les fig. 27, 28, 29, 30, 31 et 32 montrent des déviations d'ensemble des arcades supérieures ou inférieures, la ligne mésiale se brisant comme première conséquence.

Dans les fig. 27 et 28 l'arcade mandibulaire demeure normale, mais l'arcade supérieure dévie à droite ou à gauche. Dans les fig. 29 et 30 c'est l'inverse qui a lieu, les arcades du maxillaire sont normales celles de la mâchoire se déplacent, dans les fig. 31 et 32 ces 2 déviations s'effectuent simultanément.

Tout ceci peut faire partie d'une classification. La neutro-occlusion, qui sert à différencier la disto-occlusion de la mésio-occlusion, doit servir encore à distinguer la linguo-occlusion et la vestibulo-occlusion, rentrant dans les latéro-occlusions ou mieux dans latérognasie et le *latéromentonisme*.

Dans le tableau E, se trouvent réunies les anomalies d'occlusion en rapport avec la ligne de Nevrezé. *Cette ligne de Nevrezé* (naso-spino-mentonnienne) peut être plus longue ou plus courte que la normale, c'est-à-dire que la moitié de la ligne faciale (glabelle)menton), à laquelle on la compare habituellement.

Si les dents du maxillaire et de la mâchoire rentrent dans les processus alvéolaires, diminuant la longueur de la ligne de Nevrezé, il y aura *intra-occlusion* des deux arcades, fig. 28. Si la partie du menton est normale et celle du maxillaire diminuée, l'intra-occlusion est seulement supérieure et le terme d'*intranasie* se trouve justifié, fig. 39.

La portion du maxillaire, normale, et la portion du menton, diminuée de longueur, engendrent l'intra-occlusion inférieure ou *intramentonisme*, fig. 40.

Dans la fig. 38 ces deux phénomènes se combinent, produisant l'*intranasomentonisme*.

La ligne de Nevrezé peut s'allonger par extra-occlusion, par accroissement soit du maxillaire, fig. 42, soit de la mâchoire, fig. 43, produisant l'*extranasie* ou *extramentonisme*.

Simultanément la mâchoire et le maxillaire peuvent s'allonger, et alors la ligne de Nevrezé, ainsi augmentée de longueur, indiquera l'*extranasomentonisme*, fig. 41.

La ligne de Nevrezé se présente encore allongée lorsque le contact incisif manque par intranasie, intramentonisme ou intranasomentonisme, l'occlusion molaire subsistant (fig. 44, mordex apertus). D'autre part, elle augmente ou diminue de longueur quand il y a contact incisif et absence d'occlusion molaire (occlusion en charnière ouverte de Greco-Carrea, fig. 45). Selon les circonstances on aura : intra ou extra-nasie, intra ou extra-mentonisme ou ces deux déplacements à la fois.

Des forces peuvent produire encore des anomalies, par intra-oc-

clusion ou extra-occlusion de plusieurs groupes dentaires, en faisant entrer en contact les incisives et les molaires et laissant libre l'espace des prémolaires, ou inversement, par contact des prémolaires, et les molaires n'occlusionnant pas, fig. 46.

Il faut se rappeler que de même qu'il y a normalement des relations mésiodistales normales, linguovestibulaires normales et extrainternes normales, les anomalies d'occlusion : pronasie, promentonisme, rétronasie, rétromentonisme, latérolinguonasie, latérolinguomentisme, latérovestibulonasie, latérovestibulomentonisme, intranasie, intramentonisme, extranasie, extramentonisme, vont toujours associées, et uniquement dans l'orthonasie ou inthronasie ou orthonasomentonisme il y a à considérer des anomalies de dents et non pas de l'ensemble dentaire.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES SUR L'ACTION DE LA PATE TRIO APRÈS AMPUTATION ET FIXATION DE LA PULPE

Par KARL LUTZ, de Rheineck (Suisse).

(*Résumé*)

Les études de l'anatomie détaillée des dents par Preiswerk, Fis her, Hess et autres ont établi que presque toutes les tentatives d'extirpation de la pulpe peuvent être considérées comme des amputations, la seule différence consistant dans le siège de l'amputation qui peut être dans une partie quelconque de la cavité pulpaire.

Ces faits étaient évidents pour Witzel (1887) qui préconisa le premier l'amputation de la pulpe dévitalisée. D'autres recherches dans cet ordre d'idées furent faites par Gysi, Preiswerk, Fischer et beaucoup d'autres.

Celles de O. Muller et de Sigfried Meyer firent de l'amputation pulpaire et de sa fixation subséquente un procédé scientifique donnant de bons résultants. S. Meyer a examiné bactériologiquement douze dents dont les moignons de pulpes avaient été fixés avec de la pâte Trio pendant 1 à 2 ans. Dans un seul cas il a trouvé des streptocoques, ce qui montre la possibilité d'infection pendant l'examen.

D'autres recherches scientifiques ont été entreprises, notamment par Peters, Kronfeld et Sicher, de Vienne, avec des résultats plus ou moins favorables, en employant d'autres agents pour la fixation.

S. Meyer a déterminé le processus pathologique qui se produit

à l'apex de la racine et prouvé que la fixation par la pâte Trio ne cause pas d'état morbide permanent des tissus apicaux, mais amène plutôt la guérison par un fragment de tissu conjonctif. De plus, il se forme un dépôt de cément secondaire, provenant du tissu conjonctif qui s'est développé primairement dans la cavité pulpaire par le foramen apical et s'est transformé secondairement en tissu conjonctif formant du cément. La pulpe reste dans les canaux comme une obturation ou un bouchage fixe, sans retrait.

O. Muller a confirmé ces constatations, mais admet la possibilité de la formation de cément provenant du tissu pulpaire, du moins dans les dents où le développement de la racine était complet. Il en a inféré, chez les sujets jeunes, d'après les cellules de cément, qui étaient comme celles du périoste, qu'il y a par le foramen apical large une migration du cément partant du périodonte sans la présence primaire de tissu granulaire. Ce cément intérieur est du cément résorbé et déposé irrégulièrement et non en lamelles. Il ressemble aux jeunes cellules de résorption décrites par Shmamine.

Les constatations bactériologiques de Muller étaient insuffisantes en raison du petit nombre d'éléments dont il disposait pour ses recherches.

Les recherches de Peters ont compris un certain nombre de radiographies qui ont donné des résultats parfaits.

Muller et Meyer ont établi que les restes de pulpe dévitalisée peuvent être rendus inoffensifs d'une façon permanente.

Mes propres recherches ont été à la fois chimiques, bactériologiques et histologiques.

Un facteur défavorable dans quelques-unes des premières recherches était l'emploi d'une préparation liquide instable pour la fixation et la stérilisation permanente des moignons pulpaires. J'ai employé la pâte Trio dans tous les cas que j'ai étudiés.

Davis a examiné les racines de dents pulpectomisées où les moignons de pulpe vivante avaient été couverts de ciment mélangé à un médicament.

La partie apicale de la pulpe fut trouvée vivante et, après un changement métaplastique il y eut une fermeture partielle, parfois complète du foramen, avec un tissu ostéoïdal qui ne pouvait être que du cément secondaire. Ou bien les moignons de pulpe demeuraient vivants, entourés par du tissu ostéoïdal déposé concentriquement, ou bien il y avait fermeture complète.

Grove a établi qu'après l'enlèvement de la pulpe le foramen est fermé par du cément secondaire si tout le tissu pulpaire est enlevé, mais en partie seulement s'il reste un peu de ce tissu.

Dans ce dernier cas il est remplacé par du tissu fibreux conjonctif provenant du périodonte.

Hansel (Kiel, 1922) a conseillé le cautère électrique comme moyen de sauver la pulpe vivante, ajoutant qu'il croit que la stérilité permanente de la pulpe dévitalisée n'est possible ni théoriquement ni pratiquement.

Mes recherches prouvent que cette opinion est inexacte et que l'amputation de la pulpe dévitalisée, quand elle est convenablement exécutée, donne des résultats qu'on ne peut obtenir par aucun autre moyen.

Au point de vue purement empirique les résultats de cette méthode ont été bons pendant quelque temps. La pâte Trio avait été employée dans quelques pays pendant plusieurs années avant que des recherches scientifiques fussent entreprises et eussent donné des indications suffisantes quant à l'état de la pulpe dévitalisée après ce traitement.

Quoiqu'il ait été fait des recherches qui ont éclairci certains points d'histologie, un examen systématique portant sur des éléments suffisants n'a pas eu lieu jusqu'à présent.

Le présent article a pour but de faire connaître les résultats donnés par l'examen complet d'un grand nombre de cas et d'élucider les questions soulevées.

La pâte Trio se compose de :

Tricrésol	10 c. c.
Créoline	20 c. c.
Glycérine	4 c. c.
Trioxyméthylène	20 gr.
Oxyde de zinc	66 gr.

Mes recherches. — Les 62 cas qui ont servi à mes recherches ont été pris à la clinique dentaire scolaire de Zurich (sauf un provenant de l'école dentaire de l'Université de cette ville) et ont été choisis pour servir à mes expériences. Je n'ai pas pu trouver de cas présentant une histoire de fixation portant sur plus de 6 ans 1/2. Une période plus longue n'était pas nécessaire toutefois, car pendant ce temps il était survenu des changements dans le canal radiculaire.

Les pulpes de toutes les dents examinées avaient été dévitalisées au cobalt et après amputation de la pulpe au niveau du plancher de la chambre pulpaire, les moignons de pulpe des canaux avaient été recouverts de pâte Trio.

Action chimique. — L'histoire de tous ces cas peut se résumer en disant qu'il n'y avait pas eu de douleur depuis le moment de l'opération, ni de réaction aux changements thermiques ou à la percussion, car la membrane périodontique et les tissus environnants étaient demeurés sains.

Quand l'obturation fut enlevée et la pâte découverte, il y avait une odeur nette de médicaments. Même la poussière provenant des parois de la cavité pulpaire après fraisage avait cette odeur distincte prouvant la pénétrabilité de cette dernière et barrant efficacement l'entrée aux bactéries.

Les moignons de pulpe enlevés avec une période de fixation de 1 à 2 ans étaient raides et tannés. Au microscope cet état était plus manifeste dans la partie coronaire, l'extrémité apicale étant humide, tout en ne présentant pas de rétraction.

Les moignons enlevés après une fixation plus longue vinrent tous en morceaux.

L'examen montra que le paraforme était encore actif chimiquement.

Examen bactériologique. — L'examen bactériologique fut négatif dans les 62 cas : pas de bactéries.

La conclusion fut que l'amputation et la fixation avec la pâte Trio devaient être recommandées, lorsque les exigences de la stérilité permanente avaient reçu satisfaction.

Histologie. — Les études de Preiswerk, Euler, Hess, Meyer, Davis et Grove ne laissent aucun doute sur ce point que dans des conditions différentes il se forme du cément secondaire dans les canaux radiculaires, l'origine seule étant contestée.

Mes recherches prouvent que la conclusion de Grove qu'il ne peut pas se former de cément où il y a du tissu dévitalisé est incontestablement fausse. Le tissu de la pulpe dévitalisé est délogé par du tissu conjonctif nouveau se développant par le foramen apical et remplacé par du cément nouveau.

Treize dents avec une histoire de 7 mois à 5 ans et 10 mois de fixation ont été examinées histologiquement. Toutes présentaient de grands dépôts de cément secondaire provenant du tissu conjonctif périodontique.

Il se forme d'abord du tissu granulaire élargissant le foramen apical par résorption, tout en se frayant un chemin par le canal et résorbant la pulpe nécrosée. Immédiatement après vient le tissu conjonctif périodontique, formant le nouveau cément.

J'ai constaté la fermeture complète du foramen apical dans 2 cas où la fixation remontait respectivement à 4 et 5 ans ; mais même des pulpes avec 2 ans de fixation présentaient une fermeture complète. Un tissu conjonctif distinct formateur de cément avec de nombreux cémentoblastes existait dans les foramens restants et il faut en conclure que le processus continue, ce qui a pour résultat une obturation totale du canal.

La formation intérieure du cément se rapproche beaucoup de ce que Grove a trouvé dans des dents où la pulpe vivante avait été

enlevée. Son opinion d'une fermeture incomplète du foramen dans les dents dont la pulpe n'était pas complètement enlevée ne concorde pas avec les conclusions tirées de mes recherches, quoique dans les cas examinés il y eût amputation à une certaine distance de l'apex.

Au point de vue pratique les résultats obtenus par la fixation sont les mêmes que ceux obtenus par Davis dans les dents pulpectomisées. Il a trouvé ou une fermeture complète du foramen par du tissu ostéoïdal ou des moignons de pulpe restés vivants, entourés par ce tissu. Dans ces cas ce tissu provient d'une métaplasie de la pulpe et ne peut pas être autre que du cément secondaire, c'est-à-dire exactement la même chose qu'avec la fixation.

Conclusion

1° L'amputation de la pulpe est indiquée quand pour une raison quelconque cet organe doit être dévitalisé. L'asepsie préalable est nécessaire pour le succès de l'opération.

2° L'amputation d'une pulpe qui a été dévitalisée avec du cobalt et recouverte ensuite de pâte Trio et hermétiquement fermée avec celle-ci donne des résultats cliniques parfaits.

3° La méthode satisfait à toutes les exigences bactériologiques.

4° La présence de paraforme chimiquement actif après une période de 1 à 6 ans prouve les propriétés antiseptiques permanentes de la pâte Trio.

5° Les examens histologiques prouvent que la pulpe dévitalisée est résorbée par une migration de tissu granulaire provenant du périodonte avec formation subséquente de cément secondaire remplaçant le tissu pulpaire, qui peut aboutir à une fermeture complète du foramen apical.

(*Dental Cosmos*, décembre 1924).

ALLIAGE D'OR COMMERCIAUX

Par COLEMAN[1].

A la requête et aux frais de l'association dentaire américaine le laboratoire de recherche Weinstein de New-York examine dix-huit alliages d'or commerciaux utilisés dans notre profession.

L'auteur souhaite que les méthodes d'essais auxquelles furent soumis ces alliages entrent dans la pratique des laboratoires des Ecoles dentaires, pour le choix rationnel des matériaux utilisés par notre art. Il estime de même que l'empirisme qui nous les fait essayer sur le patient est une cause de sérieux déboires et d'un dangereux usage.

Les alliages examinés sont tout d'abord soumis à l'analyse quantitative. Le nombre d'éléments trouvés et l'absence apparente de choix prouve que les manufacturiers producteurs de ces alliages partent de métaux insuffisamment raffinés et que leur production est assez empirique.

Les points de fusion sont déterminés par un couple thermo-électrique ; ils varient de 895° c à 1410° c.

Ces alliages sont ensuite soumis à l'examen métallographique en même temps qu'à divers essais déterminant leurs propriétés mécaniques, en regard des traitements mécaniques et thermiques subis. Presque tous ces essais sont faits sur des fils ronds de 0 m. 007 de diamètre, soit trempés de 700° c dans l'eau à température ordinaire, soit revenus à 450° c et refroidis en une demi-heure à 250° c. Ces traitements thermiques furent arrêtés après de multiples essais, comme exaltant le mieux les caractéristiques de ces divers alliages.

Les essais de flexion ne semblent pas être la méthode de choix. Bien meilleurs pour la sélection des alliages d'or commerciaux sont les essais de traction. L'intervalle compris entre les mâchoires de l'appareil est de 0 m. 2. Pour L et R l'éprouvette d'essai est une bande de 0 m. 00015 d'épaisseur sur 0 m. 00575 de large. (Voir les résultats numériques des tableaux ci-joints.)

Les alliages H. C et A développent les plus hautes charges de rupture, c'est-à-dire qu'ils sont les plus tenaces. L'alliage A est celui qui donne le plus grand allongement pour une charge de rupture élevée, c'est-à-dire qu'il est le plus ductile.

La limite élastique et la charge de rupture sont fortement augmentées par un refroidissement lent ; tandis que c'est l'inverse pour les allongements. Exemple l'alliage H : après trempe 10,6 0/0,

1. Travail analysé par le Dr Ch. Bennejeant, d'Oran.

après refroidissement à l'air 8,4 o/o, après refroidissement lent 0,5 o/o. Le mode de refroidissement dans l'utilisation de ces métaux joue un grand rôle. Par un refroidissement rapide on augmente leur ductilité et par un refroidissement lent leur ténacité.

Cette remarque ne s'applique pas à G, ce qui doit s'expliquer par sa faible teneur en cuivre et son pourcentage relativement élevé en iridium.

L'examen de dureté est fait sur des éprouvettes de 0 m. 015 de largeur sur 0 m. 00575 d'épaisseur. Le rapport des chiffres de dureté et de la charge de rupture correspondante oscille entre 0,3 et 0,35. Il dépasse 0,35 avec l'alliage P à forte teneur en palladium.

L'essai de flexion et de déflexion répétées jusqu'à rupture est très judicieux pour rechercher l'alliage qui résiste le mieux aux coups de pinces répétés.

ALLIAGES BINAIRES

DÉSIGNATION	COMPOSITION CHIMIQUE	POINT de fusion en °C	ÉTAT PHYSIQUE	E Kg par ctmq	R Kg par ctmq	All °/o	Flex. et Défl. rép.	Δ Brinell	R/Δ
R	Au 90,6; Pt 9,3; Ag 0,1; Zn 0,02; Ni 0,01.	1100	trempé à 700°	4,5	17,5	23,7		50	0,35
			revenu à 450°	5	17,5	20,5		55	0,32
Q	Au 89,8 ; Pt 10,0 ; Ag 0,01 ; Cu 0,07 ; Zn 0,02.	1095	trempé à 700°	5,5	17,7	17,5		60	0,31
			revenu à 450°	6	18	19,6		60	0,33
P	Au 67,3; Pt 1,0; Pd 31,8.	1410	trempé à 700°	6,5	24	23,9		70	0,35
			revenu à 450°	6,5	24	20,0		65	0,37
O	Au 89,8 ; Pt 0,08 ; Ag 0,04 ; Cu 10,0.	935	trempé à 700°	10,5	27,5	28,9		90	0,31
			revenu à 450°	10,5	27	26,2		90	0,30

ALLIAGES TERNAIRES

L	Au 75,6 ; Pt 7,0 ; Pd 16,1 ; Zn 0,07 ; Ir 1,2.	1325	trempé à 700°	25	44	4,6		145	0,30
			revenu à 450°	27	45	3,7		150	0,30
G	Au 66,2 ; Pt 13,3 ; Pd 19,4 ; Ag 0,2 ; Cu 0,2; Zn 0,1; Ir 0,5.	1375	trempé à 700°	40	63	2,9	19		
			revenu à 450°	41	61,5	3,2	24		

ALLIAGES COMPLEXES

DÉSIGNATION	COMPOSITION CHIMIQUE	POINT de fusion en °C	ÉTAT PHYSIQUE	E Kg par ctmq	R Kg par ctmq	All °/o	Flex. et Défl. rép.	Δ Brinell	R/Δ
B	Au 41,7 ; Pt 0,1 ; Pd 8,3 ; Ag 36,4 ; Cu 9,4 ; Zn 0,3 ; Mn 3,8 ; Mg 0,1.	895	trempé à 700°	32	47	11,0	4		
			revenu à 450°	43,5	62	3,6	15		
N	Au 81,2 ; Pt 7,0 ; Ag 7,3 ; Cu 4,3 ; Zn 0,1.	1010	trempé à 700°	12,5	29,5	18,8		85	0,34
			revenu à 450°	14,5	30	15,6		90	0,33
M	Au 62,3 ; Pt 22,8 ; Pd 0,5 ; Ag 9,3 ; Cu 4,5 ; Zn 0,1 ; Ni 0,02 ; Ir 0,4 ; Fe 0,2.	1065	trempé à 700°	15,5	43	9,9		140	0,30
			revenu à 450°	22	45	10,6		140	0,30
J	Au 62,9 ; Pt 12,3 ; Ag 17,7 ; Cu 6,7 ; Zn 0,1 ; Ni 0,08.	985	trempé à 700°	28	45			145	0,31
			revenu à 450°	44,5	59			185	0,32
H	Au 61,9 ; Pt 16,0 ; Ag 9,9 ; Cu 12,1 ; Zn 0,1.	965	trempé à 700°	39,5	56,5	10,6	41		
			refroidi à l'air	43	65	8,4	58		
			refroidi lentement	60,5	88	0,5			
F	Au 60,9 ; Pt 16,0 ; Pd 0,2 ; Ag 15,4 ; Cu 6,7 ; Zn 0,3 ; Ir 0,5.	1005	trempé à 700°	34,5	51	9,2			
			revenu à 450°	39	59	6,0	25		
E	Au 59,5 ; Pt 15,2 ; Ag 15,0 ; Cu 8,8 ; Ni 1,3.	955	trempé à 700°	31,5	51	10,2			
			revenu à 450°	38	61,5	6,8	18		
D	Au 62,6 ; Pt 10,4 ; Pd 0,2 ; Ag 15,2 ; Cu 11,8.	930	trempé à 700°	37	54	8,8			
			revenu à 450°	48	69	1,0	23,5		
C	Au 59,3 ; Pt 18,3 ; Pd 1,6 ; Ag 7,7 ; Cu 13,0 ; Ir 0,2.	1010	trempé à 700°	42	62	9,6	23,5		
			revenu à 450°	66,5	87,5	4,6	88,5		
A	Au 64,5 ; Pt 17,6 ; Pd 2,1 ; Ag 5,1 ; Cu 10,4 ; Zn 0,8.	990	trempé à 700°	35,5	54	12,5	15		
			revenu à 450°	55	76,5	7,5	75		
I	Au 60,0 ; Pt 13,1 ; Pd 5,9 ; Ag 11,0 ; Cu 8,9 ; Sn 0,14 ; Zn 0,72 Ir 0,2.	1020	trempé à 700°	29	49,0	12,1			
			revenu à 450°	58	78,5	4,6			
K	Au 63,9 ; Pt 13,5 ; Pd 10,2 ; Ag 5,0 ; Cu 7,1 ; Zn 0,2 ; Ir 0,15.	1110	trempé à 700°	28,5	45	19,2		140	0,33
			revenu à 450°	34,5	59	15,5		150	0,34

Parmi les alliages ternaires examinés pas d'échantillons d'or platine-cuivre ni d'or palladium-cuivre. A noter également l'absence des alliages utilisés comme crampons: or-platine-palladium-argent et or-platine-palladium-cuivre.

Le présent travail est d'une parfaite tenue scientifique. Il serait souhaitable qu'avec les mêmes méthodes d'essai mises en jeu et la même conscience fussent étudiés les alliages binaires d'abord, puis les ternaires. A quoi comparer les chiffres fournis par les alliages complexes, si nous manquons des chiffres de base, qui permettraient de juger de l'action d'un nouveau métal sur les propriétés mécaniques d'un alliage ?

Le perfectionnement des alliages dont nous nous servons ne peut se faire autrement.

(Journal of the American dental Association, mai 1925*)*.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE SUR LA CARIE DE LA DENTINE

Par KANAE HANAZAWA (de Tokio).

Le *Vierteljahrsscrift für Zahnheilkunde*, de Berlin (nº 4, 1923), publie une traduction en allemand de cette étude qui a paru en japonais. Le 19e chapitre est consacré aux conclusions suivantes :

1º Quand la dentine est amollie dans une large étendue à la suite de l'action de l'acide lactique, la substance fondamentale des canalicules interstitiels se contracte, ces canalicules se dilatent dans une certaine mesure et l'interstice entre les parois de ces canalicules et des fibres s'agrandit. Ce phénomène s'observe en général en cas de carie aiguë.

2º La dilatation des canalicules par l'action de l'acide lactique facilite alors l'élargissement et l'épaississement des fibres dentinaires infectées ou des procès odontoblastiques et, par suite, l'infection bactérielle dans l'espace créé par l'expansion entre la paroi canaliculaire et les fibres.

3º Dans la carie chronique la dentine s'amollit superficiellement et légèrement, aussi observe-t-on à peine une expansion des canaux par l'action de l'acide. Mais si nous confectionnons une préparation décalcifiée de carie chronique, il se produit une expansion analogue des canalicules, comme dans la carie aiguë. La dilatation des canalicules dans une coupe décalcifiée de préparation en cas de carie chronique doit donc être considérée comme artificielle.

4º Quand la dentine est notablement amollie par l'action de

l'acide lactique, la substance fondamentale présente une masse moindre, parce qu'elle se contracte de plus en plus.

5° La dilatation et la fusion des canalicules dentinaires, la formation de cavités et de crevasses dans la dentine sont les changements pathologiques les plus marquants provoqués par la carie.

6° Il existe deux formes de dilatation provoquées par l'infection bactérielle : la forme en entonnoir et la forme en chapelet. La carie chronique se présente la plupart du temps uniquement sous la première forme, la couche et la fusion des canalicules détruit peu à peu la couche tissulaire superficielle. Dans la carie aiguë les deux formes d'expansion se produisent. La fusion des canalicules décompose la couche tissulaire superficielle et provoque des cavités dans les couches profondes.

7° Quand la dentine est amollie par la carie, les lamelles se montrent souvent très nettement.

8° Les fissures qui se produisent toujours dans la dentine amollie au travers des canalicules et le long des lamelles sont des changements pathologiques importants qui détruisent rapidement le tissu. Il se forme aussi des fissures de ce genre le long de la ligne frontière entre l'ivoire et la dentine, entre la dentine et le cément, ainsi qu'entre les lamelles de la dentine secondaire et du cément.

9° Les bactéries infectent la dentine par deux voies : elles pénètrent dans l'intervalle entre la paroi des canalicules et les fibres, qui est élargi par l'acide lactique ; elles infectent les fibres mêmes.

10° Quand les bactéries infectent les fibres, ces dernières s'élargissent notablement, deviennent troubles et périssent peu à peu.

11° Cet élargissement joue un rôle important dans la dilatation des canalicules et leur fusion.

12° Les fibres élargies peuvent être isolées comme des fibres normales par un moyen chimique ou mécanique.

13° Les fibres de la dentine dilatée présentent parfois une segmentation ou une décomposition granuleuse, avant d'être infectées directement par les bactéries.

14° Des formations en forme de verges et des granules considérés autrefois la plupart du temps comme des sels de chaux détachés et cristallisés sont en partie un produit artificiel provoqué par la pénétration de l'air et en partie des fibres segmentées tombées en morceaux ou en formes granuleuses.

15° Dans la carie aiguë les fibres n'éprouvent souvent aucun changement particulier, même quand les bactéries ont pénétré entre les fibres et la paroi des canalicules. Ceci s'observe quand l'action de l'acide lactique a précédé l'infection bactérielle.

16° La gaine canaliculaire ne possède pas de résistance propre contre l'action des bactéries. L'épaississement de cette gaine pro-

vient de la compression du tissu fondamental opérée par l'expansion des canalicules, tissu qui est plus coloré en ces endroits sans doute à la suite de l'action de ferments bactériels ou qui provient de ce fait mal compris que parfois l'on rencontre des fibres encore inchangées dans des canalicules fortement infectés, lorsque l'infection s'est produite par la voie des canalicules et non par celle des fibres.

17° Trois espèces de bactéries prenant le Gram sont visibles dans la dentine cariée : les coccus, les bacilles et les hyphomycètes. Les coccus infectent d'ordinaire les fibres dans les couches profondes, tandis que les autres végètent principalement à la surface d'une cavité cariée sous forme d'un banc de fongus, sans pénétrer profondément dans la dentine.

18° Les corpuscules ronds trouvés dans le détritus de cavités cariées sont sans doute des amibes buccaux.

19° Le tissu fondamental de la dentine est d'abord décalcifié et amolli par l'action acide, puis dissous par l'imprégnation avec des ferments bactériels ou décomposé par infection bactérienne directe.

20° L'infection bactérielle de la substance fondamentale ne doit pas être considérée comme un produit artificiel provoqué par le microtome, mais comme réellement existant.

21° Les bactéries qui pénètrent dans la substance fondamentale sont toujours une sorte d'hyphomycètes progressant dans la même direction que les lamelles, c'est-à-dire le long des fibres élémentaires disposées dans une direction déterminée. On constate de même que l'infection bactérielle avance dans la carie du cément, le long de ces fibres, des fibres de Sharpey et des lamelles.

22° La formation d'une fente qui doit être regardée comme le plus fort phénomène de destruction du tissu commence d'ordinaire avec la pénétration des bactéries dans la substance fondamentale le long des lamelles. La contraction de cette substance survenant à la suite de décalcification et la pression due à la prolifération des bactéries hâtent alors la formation des fentes. Les fentes aux lignes de délimitation entre l'émail et la dentine, le cément et la dentine, ainsi que le long des lamelles de cément, se produisent d'une façon analogue et précipitent l'invasion bactérielle.

23° Les fentes qui se forment à la limite de la dentine de l'émail sont importantes pour la direction latérale de la carie et pour la saper de l'émail, ainsi que pour la survenance de la carie secondaire de l'émail. L'émail, dont l'union avec la dentine est supprimée par la formation de cette fente, peut être aisément rompu par une pression relativement faible pendant la mastication.

24° Quand l'infection bactérienne pénètre dans les espaces interglobulaires, les canalicules ou fibres parcourant cette partie présentent des dilatations ovales ou fusiformes.

25° L'opinion généralement répandue jusqu'à présent que la couche granuleuse de Tomes constitue une espèce d'espaces interglobulaires ne peut être soutenue. C'est plutôt l'appareil terminal des canalicules dentinaires de la racine, analogue aux terminaisons de la limitation de l'émail où des élargissements en massue ou fusiformes de ces canalicules font saillie dans l'émail. Par suite l'infection de cette couche provient des canalicules ou d'une carie primaire du cément.

26° Dans les fuseaux d'émail les terminaisons des canalicules ou des fibres sont aussi éventuellement infectées par des bactéries.

27° Les canalicules et fibres dans la zone transparente ont la même grosseur et la même structure que dans la dentine normale.

28° Les formations à l'aspect de verges et les granules qu'on observe dans la zone opaque sont des produits artificiels dus à la pénétration de l'air.

29° La dentine de réparation entrave d'ordinaire le passage des bactéries et peut, par suite, protéger la pulpe contre l'infection jusqu'à un certain point.

30° Dans la carie aiguë l'action des acides précède l'invasion des bactéries, tandis que le premier pas de la carie chronique est plutôt l'infection bactérielle des fibres.

31° Dans la carie aiguë les détritus alimentaires s'amassent facilement ; il n'en est pas ainsi dans la carie chronique.

32° La carie guérie n'est pas causée par la suppression du processus d'amollissement par suite d'un nouveau dépôt de sels de chaux qui durcit la dentine amollie, mais par la disparition de dentine amollie à la suite d'usure ou d'abrasion qui met à nu la dentine dure de la couche plus profonde.

33° Si la dentine par usure, abrasion, érosion est mise à nu, les bactéries pénètrent souvent profondément dans le tissu et présentent une structure ne différant pas de celle de la carie chronique.

34° L'extension de la carie et la pulpite offrent toujours un rapport déterminé entre elles.

35° Même si une carie chronique très superficielle atteint le collet d'une dent, les bactéries infectent souvent toute la longueur des canalicules et peuvent provoquer une carie simple.

36° La carie du moignon est ordinairement chronique parce qu'il n'y a pas de cavité où peuvent se loger des débris alimentaires et parce que les canalicules pénètrent horizontalement dans la dentine radiculaire.

37° Les hyphomycètes pénètrent souvent de la cuticule bactérienne de la surface d'une carie de moignon dans la substance fondamentale des dents et y provoquent des fentes. La surface inégale en zigzags que présente souvent un moignon est provoquée par cela.

39° L'extension de l'infection bactérielle dans la dentine de la paroi d'un canal radiculaire varie suivant le contenu de celui-ci et l'état de ses parois. Si ce contenu se compose d'une pulpe nécrosée ou de débris alimentaires et que la paroi de ce canal soit normale, les bactéries sont très nombreuses et pénètrent habituellement en couches relativement profondes. Si une dentine irrégulière ou du cément est apposé à la paroi de ce canal, et s'il en est résulté le rétrécissement de celui-ci, les bactéries ne pénètrent pas dans la dentine ou, si elles le font, elles n'avancent que fort peu.

40° L'infection bactérielle centrifuge par les canalicules dentinaires n'atteint que rarement la couche du cément ; quand elle le fait, alors il se produit dans le cément de la carie secondaire.

REVUE ANALYTIQUE

GUIDO FISCHER. — ***Anesthésie locale***

Dans un article très détaillé l'auteur nous donne d'abord un aperçu historique de l'évolution de l'anesthésie locale et dit entre autres :

L'anesthésie générale doit être employée aussi rarement que possible, l'anesthésie locale la remplaçant avantageusement dans la plupart des cas.

Pour le moment, la novocaïne, mélange de cocaïne et d'adrénaline, semble être l'anesthésique donnant le plus de succès et le moins d'accidents.

En effet, si nous sommes capables de reconnaître parfaitement l'effet produit par les divers anesthésiques du commerce, nous sommes bien moins renseignés quant aux moyens employés pour y parvenir.

En laissant de côté la résistance individuelle et les idiosyncrasies possibles avec tous les produits employés, nous devons exiger de notre anesthésique une anesthésie rapide et prononcée sans que pour cela la circulation sanguine des capillaires de la région anesthésiée soit trop longtemps interrompue, permettant ainsi une rapide neutralisation du poison (n'oublions pas que tous les anesthésiques sont des toxiques !) et favorisant une rapide guérison de la plaie opératoire.

Pour ces raisons, Guido Fischer préconise, après de nombreuses expériences cliniques et histologiques, la novocaïne employée en solution fraîche, en remplaçant la solution isotomique au chlorure de Na à 0.9 o/o par la solution de Ringer :

Na^2Cl	0.6
$Ca\ Cl_2$	0.01
$K\ Cl$	0.0075
$Na_4\ Co_3$	0.01
Eau distillée	100 cc.

se rapprochant plus de la tonicité sanguine.

L'emploi à l'état frais de la solution évite non seulement le mélange de l'anesthésique avec des acides qu'on rencontre obligatoirement dans tous les produits en ampoules (sauf dans l'ampoule double de Wœlen contenant d'un côté les sels anesthésiques, de l'autre la solution Ringer), pour éviter la décomposition de l'adrénaline par la teneur alcaline du verre, mais encore il permet le dosage exact et adapté aux circonstances de l'adrénaline. L'addition de tous autres éléments est ou bien inutile ou bien nuisible.

Quant aux modes d'injections, l'injection endostale qui se pratique en enfonçant l'aiguille dans la papille interdentaire distale, pour pousser le liquide directement dans l'intérieur poreux du bord alvéolaire et de là dans l'alvéole, permet l'anesthésie de dents difficiles à atteindre (molaires inférieures) en évitant l'anesthésie des dents mésiales. Le seul danger à craindre est une inoculation de germes nocifs dans un tissu de moindre résistance, comme celui des parois alvéolaires.

L'anesthésie tronculaire du nerf maxillaire par la méthode intrabuccale offre moins de difficultés que par la méthode extrabuccale. La technique en est facile :

Au niveau des apex des molaires supérieures, à 1 1/2 cm. de la tubérosité, on enfonce une aiguille de 4 1/2 cm. dans le foramen palatin antérieur. Ce foramen est d'ordinaire indiqué par un léger enfoncement de la muqueuse palatine. On enfonce l'aiguille en la pointant légèrement vers le haut et une fois le canal ptérigo palatin repéré, on le suit sur une longueur d'environ 4cm. Une subite douleur du patient nous renseigne au moment où nous touchons le nerf maxillaire et il ne reste plus qu'à injecter lentement la solution de novocaïne à 2 o/o.

Après quelques minutes, l'anesthésie, commençant par le palais, se continuant par la moitié du maxillaire supérieur et la région sous-orbitaire, est complète.

L'auteur fait suivre une série de schémas indiquant les points d'injection qu'il préconise, tant au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur.

(*Fortschritte der Zahnheilkunde,* janvier 1925).

W.

Edwin Hauberrisser. — ***Anesthésie générale.***

L'auteur passe en revue les narcotiques usuels, énumérant leurs qualités, leurs défauts, leur technique opératoire et résume ainsi ses conclusions :

1° Dans la chirurgie des maxillaires, l'anesthésie générale est réservée actuellement surtout aux procès phlegmoneux et à quelques cas exceptionnels de nature psychique.

2° Comme narcotiques : le chloréthyle, pour les opérations de courte durée, l'éther avec injection préalable de scopomorphine pour les opérations nécessitant plus de temps (morphine 0.01 + scopolamine 0.0005 = scopomorphine).

3° Pour la chirurgie buccale, la narcose par intubation (Kühn) mérite un plus ample emploi.

L'appareillage de cette méthode consiste en une canule rigide légèrement courbée dont l'un des bouts est criblé de trous, tandis que l'autre se continue par un tuyau en caoutchouc souple qui, lui, s'emboîte à son extrémité libre dans un entonnoir en métal.

On enfonce la canule dans la trachée, le tuyau de caoutchouc suit et l'entonnoir s'arrête dans le fond de la gorge. On y met un tampon d'ouate sur lequel on laisse tomber le narcotique goutte à goutte.

Un petit tuyau de caoutchouc accessoire s'adaptant au premier et finissant par une évasion en esquille permet de suivre et contrôler les mouvements respiratoires du patient.

4° L'anesthésie au narcylène (acétylène purifiée C^2H^2) qui est absolument sans danger et sans nocivité, n'est guère utilisable par nous pour le moment, à cause du trismus qu'elle déclanche et de sa technique qui nécessite une adaptation parfaite du masque, car tout mélange avec l'air doit être évité.

(*Fortschritte der Zahnheilkunde,* janvier 1925).

W.

Le sel

Beaucoup de maladies (l'œdème glandulaire, les maladies de peau, l'artériosclérose, etc.) sont dues à l'usage du sel.

L'usage du sel en excès incite à boire, ce qui fait passer par le rein plus de liquide qu'il n'en faut pour sa capacité ; l'excès de sel dans le sang amène la cataracte et autres affections oculaires.

Le sel étant un minéral ne peut être assimilé par l'organisme animal ; il provoque une irritation que la nature cherche à combattre.

Il cause une excitation anormale du système nerveux et impose aux organes éliminateurs une tâche au-dessus de leurs forces.

On prétend que, même les animaux sauvages recherchent le sel et parcourent des kilomètres pour en trouver. C'est exact, mais quand les sels naturels font défaut, quand les minéraux manquent dans les aliments, l'herbe et le fourrage, alors les animaux sont obligés de manger l'écorce des arbres, de l'herbe sèche et recherchent ce dont manque leur alimentation : le sodium et le chlore qui se trouvent dans les plantes vertes et dont la combinaison donne du chlorure de sodium, les animaux recherchent le sel et le lèchent, ce qui leur cause une certaine satisfaction.

Pendant des années des éleveurs anglais et écossais n'ont pas donné de sel à leurs animaux, estimant qu'ils prospéraient mieux sans cela, mais veillant toutefois à ce que leur alimentation contînt les minéraux dont l'organisme a besoin.

La présence de sels naturels est nécessaire dans le corps de l'animal et, quand celui-ci est en liberté, il choisit un bon pâturage et n'a pas un besoin anormal de minéral inorganique.

Les éleveurs constatent avec le système de la stabulation des avortements qui ne se produisent pas avec l'élevage en liberté. Sans abondance de sels le fœtus ne trouve pas les cendres nécessaires et peut se développer.

Les cendres et les minéraux sous forme organique sont l'élixir de la vie — les vitamines — et les moyens artificiels ne peuvent les remplacer.

Le besoin de sel dans les aliments cuits est un argument en faveur des aliments crus.

Le sel crée un état fébrile qui exige du liquide ; il accélère l'action du cœur, le pouls, ce qui épuise la vitalité.

Pour conserver la santé, la beauté, la souplesse, éviter le sel.

(*Dental Summary*, novembre 1924).

L. Chenisse. — ***Une enquête américaine sur les accidents dus à l'anesthésie locale***

Ce qui frappe tout d'abord dans cette étude, c'est le nombre élevé des cas mortels relaté par la commission. On en dénombre, en effet, 43 cas et ce chiffre est assez imposant par lui-même pour permettre de conclure que ces accidents sont plus fréquents qu'on ne l'admet généralement. Un autre fait, très important, qui ressort de l'enquête, c'est que des accidents se produisent avec les anesthésiques synthétiques

récemment créés tout comme avec les produits anciens. Leur symptomatologie est d'ailleurs à peu près la même dans tous les cas, se caractérisant par de la dyspnée et par l'arrêt de la respiration au bout de quelques minutes.

Voici comment se répartissaient ces 43 cas d'après l'anesthésique employé :

Alypine	1
Apothésine	4
Butyne	4
Butyne et Cocaïne	1
Cocaïne (seule ou avec procaïne)	26
Procaïne (novocaïne)	2
Stovaïne	1
Non spécifiés	4

L'étude détaillée de ces 43 cas a amené la commission d'enquête à conclure que dans 40 d'entre eux la mort devait être attribuée entièrement ou principalement à l'anesthésique local employé. Sur ces 40 cas on comptait 24 hommes et 16 femmes. Le malade le plus jeune avait 3 ans, le plus âgé 70 ans.

Vingt morts sont survenues dans les hôpitaux, dix dans le cabinet médical, six dans des cliniques.

En ce qui concerne la position dans laquelle se trouvaient les patients au moment de l application de l'anesthésique, 15 étaient couchés et 21 assis.

Sans doute il existe des différences de susceptibilité individuelle à l'égard des anesthésiques, mais l'enquête américaine montre que, en réalité, on exagère le rôle de ces particularités individuelles, c'est ainsi que les cas analysés par la Commission n'ont fourni aucune donnée en faveur d'une susceptibilité spéciale aux anesthésiques. Les autopsies pratiquées dans 20 cas n'ont montré aucune lésion témoignant d'une susceptibilité individuelle particulière et la commission a pu s'assurer que l'état lymphatique est souvent invoqué à tort en pareil cas, ce diagnostic étant contredit par les faits. Ce qui importe surtout, c'est la nature et le mode d'application de l'anesthésique et le degré de concentration de la solution utilisée.

On remarquera que la plus grande partie des accidents mortels ont été occasionnés par la cocaïne employée en solutions dont le titre variait de 0,5 à 20 pour cent, notamment en badigeonnages en vue de l'ablation des amygdales. D'autres fois la cocaïne a été utilisée sous forme d'une pâte contenant en outre de l'adrénaline. Nombre de morts ont été causées par l'injection de solutions concentrées de cocaïne souvent associée à des doses beaucoup trop fortes d'adrénaline. Enfin, ce qui est particulièrement dangereux c'est l'injection intra-uréthrale de cocaïne.

Conclusions de la Commission américaine :

Ne pas pratiquer d'injections intra-uréthrales d'anesthésiques.

Ne pas employer de pâte à la cocaïne.

Renoncer aux injections sous-cutanées ou sous-muqueuses de cocaïne.

Degrés des concentrations des solutions et quantités totales que la Commission juge inoffensifs :

Cocaïne : applications buccales ou pharyngées 5 pour cent ; applications nasales 10 pour cent, quantité totale 0 gr. 06 à 0 gr. 10 ; pour les yeux 5 pour cent ; pour le larynx 10 pour cent, quantité totale 0 gr. 06 à 0 gr. 10.

Procaïne, Novocaïne, solution à 1 pour cent.

Apothésine, solution à 2 pour cent.

Butyne, ne doit pas être employée en injections mais seulement en applications locales en solution à 2 pour cent.

On doit, d'autre part, se montrer très prudent dans le maniement de l'adrénaline que l'on a pris l'habitude d'associer à la cocaïne et à ses succédanés en vue d'assurer l'ischémie du champ opératoire. L'addition d'un milligramme et plus d'adrénaline à une solution de cocaïne augmente la toxicité de celle-ci. Aussi la Commission recommande-t-elle de ne pas employer, en pareil cas, l'adrénaline en concentration plus forte que 1 pour 10.000 et de ne pas dépasser la dose de dix gouttes. Des quantités un peu plus grandes d'adrénaline peuvent être utilisées avec les solutions de novocaïne. D'une manière générale et quel que soit leur mode d'application les anesthésiques locaux doivent être employés en solutions rigoureusement dosées, fraîchement préparées et stérilisées.

Il faut aussi être très prudent dans l'emploi des anesthésiques locaux chez des sujets atteints de maladies constitutionnelles sérieuses.

(*Presse Médicale*, 7 mai 1924).

A. Dubus. — ***Etude clinique et expérimentale de quelques propriétés pathologiques du chloroforme et de l'éther employés comme anesthésiques ; mécanisme de l'action toxique sur le foie en particulier.***

Dans une première étude l'auteur expose la technique de ses travaux et dans une seconde les résultats qu'il a obtenus chez dix sujets adultes dont huit furent soumis au chloroforme et deux à l'éther et dont il rapporte les observations avec d'intéressants graphiques.

Chez l'homme sain soumis à l'anesthésie chloroformique, on observe dès les premiers jours l'apparition d'une azoturie d'origine évidemment toxique, portant sur l'ensemble des éléments azotés. A ce moment, l'autophagie est évidente et l'azote excrété est de beaucoup supérieur à l'azote ingéré. A cette élimination massive, succède un abaissement progressif du taux global de l'urée, atteignant un minimum 4 à 6 jours après l'anesthésie. Le taux de l'ammoniaque, légèrement élevé dès les premières heures, atteint en même temps des valeurs considérables. Les variations des coefficients urologiques montrent la liaison de ces phénomènes. L'acidité urinaire fait place au moment de la plus forte élimination d'ammoniaque à une alcalinité de plus en plus marquée. L'acétonurie est constante et persiste souvent encore 9 jours après l'anesthésie. La reprise de l'alimentation carnée provoque une azoturie et une ammoniurie souvent très marquées. L'ensemble de ces caractères, appréciables en l'absence de toute mani-

festation clinique, constitue un syndrome urinaire d'insuffisance hépatique. Il témoigne en particulier d'un déficit de la fonction uréogénique.

Chez le sujet porteur d'une tare hépatique, ces phénomènes se montrent considérablement exagérés. L'ammoniurie constitue toujours le phénomène le plus apparent. L'élimination des divers corps azotés peut présenter un rythme oscillant, caractère généralement attribuable à l'insuffisance hépatique.

Chez le sujet atteint d'une tare rénale, les signes urinaires précédents sont très marqués, moins toutefois que chez l'hépatique. La chloroformisation semble parfois accentuer légèrement l'albuminurie et entraver l'élimination du bleu. Dans d'autres cas, elle n'entraîne pas d'aggravation apparente des symptômes rénaux.

L'éther se montre moins toxique que le chloroforme pour la cellule hépatique, il doit donc lui être préféré pour l'anesthésie des sujets hépatiques avérés ou latents. On conçoit dès lors l'intérêt de l'étude du fonctionnement hépatique avant les opérations, la nécessité de préparer les sujets par un régime approprié, de réduire au minimum la durée de l'anesthésie et de maintenir le sujet, durant quelque temps après l'anesthésie, à un régime alimentaire aussi peu toxique que possible pour la cellule hépatique, les troubles hépatiques présentant leur maximum quelques jours seulement après l'anesthésie. Mais toutes ces précautions ne donnent pas une garantie formelle, et il est désirable de voir abandonner dans la plus large mesure les substances toxiques au profit d'autres modes d'anesthésie moins nocifs.

(*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. XXII, n° 2, 1924).

A. Rendu. — ***L'anesthésie au chlorure d'éthyle-alcool.***

L'auteur est très partisan de ce nouveau mélange anesthésique. En effet, l'anesthésie au chlorure d'éthyle a l'inconvénient de nécessiter une respiration presque en vase clos et de provoquer des signes d'asphyxie passagère. La méthode de R. Denis a cherché à corriger la trop brusque évaporation du chlorure d'éthyle par l'addition d'alcool. On ajoute à 9 parties de chlorure d'éthyle une partie d'alcool éthylique.

A. Rendu a endormi ainsi des enfants de 2 ans à peine, après s'être adressé tout d'abord à des enfants plus âgés pour tâter le terrain. La narcose est facile, bien supportée et rapide.

Voici la technique. On recouvre un petit masque à chloroforme d'une seule épaisseur de jersey, et, goutte à goutte, progressivement, on verse le chlorure d'éthyle alcool d'abord au milieu, puis en cercles concentriques de plus en plus éloignés du centre, de façon à ce que bientôt tout le tissu en jersey soit imbibé d'anesthésique, et en moins d'une minute pour les tout petits, deux minutes au plus pour les grands garçons, l'instuporation est obtenue. S'agit-il d'une petite opération, on peut continuer l'anesthésie jusqu'à dix minutes ; ou bien on passe de suite à la narcose à l'éther. De cette façon on peut surveiller son malade, vérifier ses réflexes oculaires, bref se rendre compte du degré d'anesthésie obtenu.

En effet, la narcose au chlorure d'éthyle est soumise aux mêmes

lois physiologiques que toutes les autres anesthésies générales et on la surveille donc de même en se guidant sur les mêmes symptômes que ceux de l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme.

Les laboratoires des Usines du Rhône livrent cet anesthésique en petits flacons scellés qu'on casse à la lime comme une ampoule ; on verse ensuite le contenu dans un flacon compte-gouttes que l'on manie comme pour le chloroforme.

Il y a cependant une précaution à prendre, car la chaleur de la main peut amener rapidement le chlorure d'éthyle-alcool à l'ébullition, ce qui ferait sauter le bouchon de verre compte-gouttes. Il faut entourer le flacon d'une ou deux épaisseurs de papier ondulé d'emballage et maintenir le bouchon appliqué au flacon par l'index de la main qui le tient.

(*Société Nat. de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 23 janvier 1924).

FARGIN-FAYOLLE. — ***La carie dentaire, problèmes, faits, hypothèses***

M. Fargin-Fayolle envisage d'abord l'état des connaissances médicales en anatomie, histologie et physiologie dentaires. Cette étude montre que l'anatomie et la physiologie des dents sont encore bien peu connues et que sur des bases aussi peu assurées il est naturel qu'une pathologie très incertaine ait pu seule être construite.

On comprend maintenant combien difficiles à résoudre seront les nombreux problèmes que pose la carie dentaire et dont les principaux sont les suivants :

Des modifications peuvent-elles se produire dans la composition chimique des dents ?

La carie est-elle une affection unique, une entité morbide ou englobons-nous sous ce terme des affections en réalité très différentes ?

Quelle est l'étiologie générale de cette ou de ces affections ?

Existe-t-il un traitement général de la carie dentaire et spécialement un traitement général prophylactique ?

Il est évident que toutes ces questions aboutissent au grand problème de l'étiologie de la carie ou en dépendent. Deux théories sont actuellement en présence pour expliquer l'origine de la carie dentaire :

Pour les uns, la carie n'est pas une véritable maladie ; c'est avant tout une lésion d'origine externe, chimique ou chimico parasitaire ; pour les autres, la carie est une maladie véritable ; elle peut avoir une origine interne, être influencée directement dans sa production et dans sa marche par toutes les modifications de l'état général.

L'auteur passe alors en revue les nombreux faits cliniques qu'offre la pathologie de la dent et confronte ces faits aux explications qui cherchent à en rendre compte. Il conclut que la théorie chimico-parasitaire de la carie est dépassée par ces faits et que si elle peut rendre compte de certains d'entre eux, elle ne peut les expliquer tous. Cette théorie est également devenue stérile ; les hypothèses auxquelles elle a donné naissance, et qui se sont traduites par des modifications heureuses, en partie du moins, de la technique opératoire et par des progrès qui sont incontestables, bien que limites, dans le domaine de la prophylaxie, ont épuisé leurs conséquences.

Pour faire progresser l'étude de la carie, il faut observer et expérimenter et pour le faire utilement il faut un instrument de travail, des idées directrices : ce seront des hypothèses nouvelles.

L'auteur trace ensuite un plan de ces recherches : anatomiques, physiologiques, pathologiques. Il expose enfin une conception personnelle de la carie qui, expliquant les faits cliniques observés, précise le rôle du terrain et de ses modifications dans l'évolution de cette affection.

Il divise les caries de la façon suivante :

1° Caries de cause primitivement interne (odontites). A l'origine de ces odontites est une altération de la cellule odontoblastique, secondairement cette altération détermine des modifications des tissus durs de la dent qui en permettent l'envahissement par les micro-organismes, à ces lésions s'applique la théorie tropho-microbienne.

2° Caries de cause primitivement externe. Dans ces caries, les premières altérations des tissus durs sont d'origine externe ; mais par l'intermédiaire des fibres de Tomes, elles retentissent sur les odontoblastes et ceux-ci deviennent sous cette influence le siège de troubles qui provoquent eux-mêmes des altérations des tissus durs comme dans l'odontite. L'action chimico-parasitaire et l'action tropho-microbienne s'y associent dans une proportion variable qui détermine en partie la diversité des formes cliniques observées. A lésion secondaire grave de l'odontoblaste correspondraient des caries dont le tableau clinique serait superposable à celui des odontites. A lésion secondaire plus légère succéderaient les caries des types le plus fréquemment observés et dont les différences viendraient vraisemblablement de la résistance plus ou moins grande de la cellule.

3° Caries de cause uniquement externe. Ce sont celles des dents dépulpées. La théorie chimico-parasitaire leur est intégralement applicable.

Dans cette conception, mises à part les caries des dents dépulpées, les lésions résultent toujours d'un même et double processus, microbien puis trophique dans les uns, trophique puis microbien dans les autres.

Le pronostic serait d'autant plus grave que le facteur interne jouerait un rôle plus prépondérant.

S'agissant du traitement local, la constance relative des résultats durables obtenus dans ces lésions d'origine externe s'oppose à la tendance aux récidives qui caractérise les odontites.

C'est surtout au point de vue prophylactique que la distinction entre les caries d'origine différente est essentielle. Tout progrès dans la connaissance des facteurs internes de la carie permettra un progrès parallèle de la prophylaxie.

L'auteur envisage l'hypothèse d'une action possible par voie sanguine de caries en évolution et même de lésions péridentaires, telles que les foyers para-apexiens sur d'autres dents, la carie et ses complications devenant ainsi une cause de caries nouvelles.

(*Congrès de Stomat.*, oct. 1924, *Revue de Stomatologie*, nov. 1924).

NOTES PRATIQUES

Distinction de l'acier d'avec le fer. — On distingue l'acier du fer en posant sur le métal une goutte d'acide chlorhydrique qu'on y laisse un instant et l'on rince après dans de l'eau. Sur le fer, l'acide chlorhydrique laisse une tache grisâtre, claire, sur l'acier par contre une tache noire foncée.

Tire-nerfs rompus dans le canal. — Si l'on ne peut pas enlever le bout de tire-nerf mécaniquement, on introduit dans la cavité du sel de cuisine ordinaire et l'on ferme à la gutta. Après deux ou trois jours, l'acier s'est oxydé et, après avoir bien rincé la cavité, on peut essayer d'enlever le tire-nerf.

Durcissement du ciment. — Pour retarder le durcissement du ciment sans nuire à aucune de ses qualités, on peut y ajouter un peu de borax.

Trempe de l'acier. — Pour tremper l'acier on le chauffe jusqu'au rouge cerise et on le refroidit dans le mercure.

Enlèvement du plâtre. — On enlève le plâtre cristallisé adhérant à des pièces en vulcanite en les laissant tremper pendant quelques heures dans de l'eau salée.

Imperméabilisation des bouchons. — Pour imperméabiliser un bouchon de liège contre les acides et l'alcool on le met pour quelques minutes dans une solution de caoutchouc dans du chloroforme et on le laisse sécher après.

On peut encore le placer pendant cinq minutes dans de la paraffine très chaude (mais non bouillante) et le laisser sécher après.

Traitement des dents à collet sensible. — Les dents à collets sensibles sont traitées avec succès en badigeonnant le collet avec une solution saturée de carbonate de potasse.

Obturation des canaux. — L'obturation des canaux au ciment ou à une pâte quelconque est facilitée en confectionnant un petit cornet d'environ 3 centimètres en papier glacé que l'on remplit de ciment. On coupe la pointe et, après avoir adapté l'ouverture du cornet à l'orifice du canal, on presse légèrement sur le cornet.

Polissage des aurifications. — En polissant des aurifications, on peut enduire d'huile ou de vaseline les strips et disques en papier de verre. On évite la douleur, on rend les strips plus résistants et on peut

à la rigueur récupérer la poussière d'or qui reste collée aux strips et aux disques.

Machines à polir. — Pour rendre plus mordant le pas de vis usé des machines à polir on y appuie l'arête d'une lime à trois faces après avoir mis la machine en mouvement.

Utilisation des lames de rasoir mécanique. — Les lames de rasoir mécanique mises de côté peuvent servir de grattoir à caoutchouc. Dans une poignée en bois on fait à la scie un trait correspondant à la longueur de la lame. Avec un clou porté au rouge on brûle deux trous dans le bois, à même distance l'un de l'autre que les trous de la lame. On introduit la lame dans la fente et on la fixe en enfonçant deux coins de bois dans les deux trous.

Cire collante. — On prépare une bonne cire collante en mélangeant deux parties de cire ordinaire à une partie de collophorium. On fond ensemble et on les façonne en forme de bâtonnets.

Collage des modèles de plâtre cassé. — Pour recoller un modèle de plâtre cassé on prépare une solution de celluloïdine, de camphre et d'éther à parts égales, jusqu'à consistance de crème.

Les cassures doivent être sèches. On les badigeonne avec cette solution et on presse les deux morceaux ensemble. Cette solution n'est pas soluble dans l'eau et ne peut donc pas être détruite pendant la vulcanisation. W.

Décoloration de l'or par des cosmétiques. — Une jeune dame s'est présentée chez moi avec un inlay d'or que je lui avais posé deux mois auparavant en se plaignant que celui-ci était devenu blanc. Très surpris j'examinai le fait attentivement et réellement toute la portion labiale de l'inlay était devenue blanche comme si elle avait été contaminée par le mercure ; la portion linguale conservait la vraie couleur or de l'alliage employé. J'étais fort embarrassé sur la cause de l'accident. Je pris un disque fin en os de seiche avec lequel j'essayai d'enlever la tache et presque aussitôt celle-ci recommença à paraître. Mon attention fut attirée par la couleur rouge foncé des lèvres de la patiente, couleur qui était manifestement artificielle. En frottant un morceau d'or sur les lèvres je fus éclairé : la décoloration était due au fard dont elle se servait pour ses lèvres.

(*Dental Cosmos*, mars 1925).

Moyen d'empêcher le plâtre d'adhérer au caoutchouc. — Employer un mélange de silicate de soude (silice), d'ammoniaque et d'eau et il se conservera indéfiniment sans perdre ses propriétés.

Le silicate de soude ne doit pas être appliqué au modèle après que la pièce a été enlevée et cuite. Le modèle doit être traité après avoir été séparé de l'empreinte, lavé pour enlever l'excès et séché.

(*Dental Cosmos*, mars 1925).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 Juin 1925

PRÉSIDENCE DU Dr HERPIN

Le Dr Darcissac présente quatre opérés de résection du condyle de l'articulation temporo-maxillaire par le procédé de Dufourmentel et appareillés ensuite par lui avec son appareil de mobilisation physiologique. Les résultats opératoires et fonctionnels sont excellents au bout de six mois à deux ans.

Dr Veau. — Bec-de-lièvre et division palatine. — L'auteur montre la fréquence relative des différentes formes de becs-de-lièvre et les obstacles que l'on rencontre dans la correction de cette malformation ; il montre en particulier qu'il est impossible de refaire au niveau de la lèvre supérieure le filtrum et de rétablir la courbe harmonieuse de la lèvre supérieure ; que dans le bec-de-lièvre unilatéral total il est impossible d'empêcher l'étalement de la narine et qu'enfin dans le bec-de-lièvre bilatéral total la grosse difficulté est de refouler le tubercule médian, qu'il ne faut à aucun prix ni basculer ni supprimer. L'auteur fait passer une série de projections montrant les remarquables résultats qu'il a obtenus dans les différentes variétés de becs-de-lièvre.

Le Dr Rousseau-Decelle, dans une communication sur les troubles trophiques pilaires, dentaires et ungéaux d'origine endocrino-sympathique, fait ressortir à l'aide d'observations cliniques les liens étroits qui existent entre les troubles endocrino-sympathiques et les troubles observés au niveau des phanères : dents, poils et ongles ; il attire l'attention sur ce fait que les caries dentaires multiples semblent coïncider avec un hyperfonctionnement du corps thyroïde. Il montre aussi les répercussions que les maladies générales peuvent avoir sur le système endocrinien, lequel à son tour peut influer sur le système dentaire, tendant à expliquer ainsi les crises de carie en relation avec un trouble endocrinien passager.

Le Dr Duchange présente deux notes, une sur une modification de la composition des véhicules anesthésiques, et une autre sur la valeur anesthésique locale du sulfate de magnésium.

Les Drs Landete et Mayoral (de Madrid), dans un rapport sur la bactériothérapie en odonto-stomatologie, montrent que si les vaccins ont en général peu d'action sur la pyorrhée alvéolo-dentaire qu'ils ne guérissent jamais, par contre, ils montrent tout l'intérêt qu'il faut attacher à l'action qu'ils peuvent avoir dans les infections de la pulpe et de la cavité buccale.

BULLETIN

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

On se souvient qu'une Commission interministérielle avait été instituée, il y a quatre ans, par les ministres de l'Instruction publique et de l'Hygiène pour étudier les réformes à apporter à l'enseignement dentaire.

Cette Commission, presque exclusivement recrutée parmi les stomatologistes, aboutit à un échec complet : elle ne se réunit qu'une seule fois. Les stomatologistes avaient cependant fait un effort considérable et avaient chargé l'un d'entre eux de publier contre les chirurgiens-dentistes un réquisitoire aussi injuste que tendancieux, qu'ils répandirent à profusion.

Bien que les odontologistes fussent à peine représentés dans cette Commission, il leur fut facile de la faire échouer. En effet, les arguments stomatologistes, seuls exposés, ne s'inspiraient que d'intérêts de caste des plus étroits, sans aucun souci des intérêts généraux du public et de la profession, que les odontologistes ont toujours placés en tête de leurs préoccupations et de leurs revendications.

Mais la victoire que constituait pour les odontologistes l'échec de la dite Commission ne les empêchait pas, eux qui furent les organisateurs de la profession en France et qui n'ont jamais cessé d'en poursuivre l'amélioration, de sentir la nécessité d'examiner les réformes qu'il serait possible d'apporter à l'enseignement, ainsi qu'aux statuts professionnels, mais ils voulaient que cette question, de la plus haute importance pour le public, comme pour les praticiens, fut étudiée par un ensemble de personnalités représentant aussi équitablement que possible les diverses tendances professionnelles.

C'est ce qu'ils ont pu obtenir d'un ministre mieux

avertique ses prédécesseurs. Grâce à l'union des Groupements odontologistes et à leurs efforts coordonnés, une nouvelle Commission vient d'être constituée, au sein de laquelle les diverses organisations professionnelles sont représentées proportionnellement à leur importance numérique respective.

Il nous est permis d'augurer favorablement des travaux de cette nouvelle Commission, qui, de par sa composition, de par les hommes qui en font partie, nous paraît en mesure d'étudier dans les meilleures conditions possibles et sous le seul angle de l'intérêt général, les problèmes qui lui sont soumis.

Nous lui faisons toute confiance.

L'ODONTOLOGIE.

***

Première réunion de la Commission

La Commission de l'enseignement dentaire, dont nous donnons la composition ci-dessous, a tenu sa première réunion le mardi 21 juillet, à 9 heures du matin, sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique.

Après un échange de vues et un exposé de la thèse odontologique lu par M. le Dr Friteau au nom du Comité interfédérations (*Fédération dentaire nationale et Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France*), la Commission a nommé une Sous-Commission chargée de préparer les rapports préliminaires à ses travaux, qu'elle poursuivra dès la rentrée d'octobre.

Réunie sous la présidence de M. le professeur Sebileau, la Sous-Commission a décidé de préparer quatre rapports sur les questions suivantes :

1° Conditions actuelles de l'enseignement en France et à l'étranger. — Rapporteur : M. G. Villain.

2° Conséquences éventuelles de la suppression du titre de chirurgien-dentiste. — Rapporteurs : 1° M. Fourquet ; 2° M. Sauvez.

3° Conséquences éventuelles de l'obligation du titre de docteur en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. — Rapporteurs : 1° M. Blatter ; 2° M. Herpin.

4° Conséquences éventuelles de la création du titre de docteur en chirurgie dentaire. — Rapporteurs : 1° MM. Friteau et Solas ; 2° M. Sauvez.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Enseignement dentaire

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

Article premier. — Il est institué une commission d'études chargée d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire.

Art. 2. — Cette commission, qui siégera au ministère de l'Instruction publique, est composée ainsi qu'il suit :

MM. le ministre de l'Instruction publique, président.
Strauss, sénateur, vice-président.
Justin Godart, député, vice-président.
A. Marquet, député, vice-président.
le docteur Fontanille, sénateur, vice-président.
A. Cayrel, député.
Coville, directeur de l'enseignement supérieur.
Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Frey, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.
Sebileau, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Bénaerts, inspecteur de l'Académie de Paris.
G. Villain, président de la Fédération dentaire nationale.
J. de Croës, président du Groupement fédéral des syndicats dentaires.
Blatter, président de l'Ecole dentaire de Paris.
Brodhurst, président de l'Association générale syndicale des dentistes de France.
Ragageot, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Gires, président du Syndicat des stomatologistes.
H. Villain, président de la Société d'odontologie de Paris.
Herpin, président de la Société de stomatologie de Paris.
Sauvez, président de la Société des stomatologistes des hôpitaux.
Rodolphe, président de l'Ecole odontotechnique.
Billoret, président de l'Association française des chirurgiens-dentistes.
Frison, directeur de l'Ecole odontotechnique.
Roy, directeur-rédacteur en chef du journal *L'Odontologie*.

MM. Bozo, directeur de l'Ecole de stomatologie.
Manteau, vice-président du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France.
Friteau, rédacteur en chef de la *Presse dentaire*.
Fourquet, directeur-adjoint de l'Ecole odontotechnique.
Bruel, secrétaire général du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Solas, secrétaire général du Syndicat des docteurs en médecine odontologistes.
Robin, stomatologiste des hôpitaux.
Blocmann, secrétaire du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
Tzanck, chirurgien-dentiste à Paris.

DE MONZIE.

Fait à Paris, le 8 juin 1925. (*Journal Officiel* du 18 juillet).

BIBLIOGRAPHIE

La céramique dentaire

M. E. Linet vient de publier chez l'éditeur Maloine un volume de 166 pages portant ce titre.

L'ouvrage, dédié à l'industrie dentaire française, traite spécialement de la fabrication des dents artificielles et des travaux prothétiques en porcelaine. Il comprend une préface, un avant-propos et deux parties.

La première partie se divise en deux chapitres : historique de la fabrication des dents artificielles, situation du commerce et de l'industrie dentaire à l'étranger, l'avenir de la fabrication des dents artificielles en France. Principaux modèles de dents artificielles, technique générale de la fabrication, plan d'une usine-type pour la production des besoins de la France, nouveaux modèles de dents, étude sur la fabrication des moules.

La deuxième partie comprend deux chapitres : origine de la céramique dentaire, abandon des travaux de porcelaine, avantages des travaux de porcelaine — spécimens de travaux en porcelaine, restauration des dents naturelles, couronnes, coiffes et bridges en porcelaine, appareils en céramique, prothèse maxillo-faciale, — technique générale des travaux prothétiques en porcelaine, matières premières, colorants, température, nuances, mélanges, décoration, métaux, mode d'emploi de la porcelaine, moules, points de rétention, etc , — installation d'un atelier de porcelaine pour un chirurgien-dentiste.

Une conclusion termine l'ouvrage.

La table des matières présente cette particularité qu'elle ne reproduit pas les subdivisions en chapitres, mais est remplacée par un index alphabétique des matières contenues.

Elle est précédée de la liste d'une soixantaine de noms d'auteurs cités dans l'ouvrage.

139 planches ou figures, dont plusieurs en couleurs, illustrent cette publication, qui est un véritable manuel de la fabrication des dents artificielles et des travaux en porcelaine, dont on peut féliciter l'auteur et son collaborateur pour le chapitre II, M. R. Constant, auquel sont dus tous les dessins du volume.

Étude de la fonction de mastication

(*Studien zur Kaufunktion*)

L'éditeur Georg Thieme, 15/19 Antonstrasse, Leipzig, vient de mettre au jour le fascicule 65 de la Revue *Deutsche Zahnheilkunde*, fondée par Adolphe et Jules Witzel et publiée par le Prof. Walkhoff de Würzbourg.

Cette *étude de la fonction de mastication* (*Contribution à la question de la courbe de Spee et du tubercule articulaire*) est due à M. Heinrich Fabian, docteur en médecine dentaire et Privatdozent à Hambourg. Elle occupe 73 pages, illustrée de 41 gravures.

Ce travail intéressant manque cependant de clarté; l'auteur n'a pas divisé son travail en chapitres et les trois parties qu'on peut y considérer sont dépourvues de titres et à peine séparées; il ne se termine par aucune conclusion.

Après une allusion à Hunter (1771) M. Fabian aborde immédiatement l'ouvrage de Spee, publié en 189 : *la trajectoire du maxillaire inférieur dans le crâne;* et en examine les conclusions qu'il discute. Il passe en revue les ouvrages plus récents. Wallisch (1903), Lubosch (1906), Port, Euler, Braus, Kieffer, et mentionne les nombreuses mensurations crâniennes auxquelles il s'est livré, et qu'il reproduit dans des tableaux, ces mensurations ont porté sur des crânes d'indigènes de l'Afrique orientale, de l'Océanie et d'Allemands.

L'auteur s'efforce, entre autres, de prouver que le développement de la courbe masticatoire n'est pas due à la présence d'un tubercule articulaire, et que s'il existe un tubercule, la hauteur de celui-ci et le degré de la courbure de la ligne dentaire sont indépendants l'un de l'autre. Il s'efforce également de jeter quelque lumière sur l'obscurité qui règne encore, en donnant le résultat de ses recherches sur des animaux.

Comptes rendus du IXe Congrès dentaire espagnol

Nous avons reçu le volume des comptes rendus du IXe Congrès dentaire espagnol tenu à Madrid en septembre 1922 en même temps que la session de la F. D. I.

Ce volume relié de 285 pages contient le Comité directeur de la Fédération odontologique espagnole, les statuts de cette Fédération, le Règlement général du Congrès, le Code de déontologie,

les Commissions et l'Historique du Congrès, la liste des Congressistes, le programme, la séance inaugurale. Puis viennent, dans l'ordre où elles ont été faites, les communications avec les discussions auxquelles elles ont donné lieu.

A signaler un grand travail intitulé *Recherches sur l'innervation dentaire*, par le Dr Jean Carol Montfort, de Barcelone, accompagné de nombreuses figures.

Les communications qui n'ont pu être lues sont classées à part.

Un petit chapitre est consacré aux cliniques et démonstrations, et les réceptions, banquets et excursions sont sommairement mentionnés.

Les tables réglementaires terminent cet ouvrage.

Quelques photographies illustrent le volume.

Compte rendu de la session de Luxembourg de la F. D. I.

Le compte rendu de la session tenue à Luxembourg en 1924 par la F. D. I., publié par le secrétaire général et le secrétaire adjoint, nous est parvenu récemment.

C'est un volume broché, de 184 pages, contenant une préface, le Bureau, les Commissions, la liste générale des membres, leur liste par pays, la séance solennelle d'ouverture. Puis viennent l'Assemblée générale, les réunions du Conseil exécutif, les rapports, les séances des Commissions, parmi lesquelles la Commission d'hygiène occupe une large part (le quart du volume), l'Historique et le Règlement du Prix Miller.

La liste des périodiques dentaires, les statuts et règlements de la F. D. I. terminent l'ouvrage, avant la table des matières.

La caractéristique de cette publication c'est que les quatre langues officielles de la F. D. I. (allemand, anglais, espagnol, français) y occupent chacune une place plus ou moins étendue et que certains documents y sont insérés dans chacune de ces quatre langues.

Livre reçu

Nous avons reçu les *Comptes rendus de l'Association des Facultés dentaires des Universités américaines* (1908-1924).

VARIA

GARENGEOT

René-Jacques Croissant de Garengeot naquit à Vitré le 30 juillet 1688. Il était d'une vieille famille qui avait déjà compté trois chirurgiens parmi ses membres. Il était fils de Gilles de Garengeot, chirurgien et de sa seconde femme Marguerite Ravenel.

D'après son compatriote, le Dr Jarnouen de Villartay, qui lui a consacré une thèse, les armoiries de la famille de Garengeot étaient *d'azur à un chevron d'or accompagné de 3 têtes de lévrier d'argent accolées de sable.*

René de Garengeot fit de bonnes études, il étudia les humanités et fut vraisemblablement reçu maître ès arts. Dès l'âge de 16 ans il se rendit à Angers où il fréquenta les hôpitaux et où il séjourna pendant 5 ans comme garçon chirurgien. Au bout de ce temps, il alla étudier dans les hôpitaux de la marine, en Bretagne. Il s'engagea bientôt dans la marine et s'embarqua en qualité de chirurgien sur un navire corsaire avec lequel il fit campagne et sur lequel il fut témoin de cinq combats. Il quitta cependant bientôt la marine et, en 1711, il partit pour Paris.

Là, il se plaça comme garçon-chirurgien chez un maître qui habitait rue de la Bûcherie dans l'enceinte de la Faculté de Médecine. Garengeot put ainsi fréquenter facilement l'Ecole de Médecine et en suivre l'enseignement. Il fit la connaissance de Winslow qui s'intéressa à lui et qui le protégea en diverses circonstances. Outre les leçons de ce grand anatomiste, Garengeot suivit encore les cours du collège de Saint-Côme et ceux du Jardin du Roi. Il fréquenta assidûment l'hôpital et allait écouter à l'Hôtel-Dieu les leçons de Méry et de Thibaut ; enfin, il choisit comme maîtres parmi les chirurgiens Arnaud et le fameux J.-L. Petit, qui fut le meilleur chirurgien de l'époque et que Malgaigne place si haut.

En 1720, Garengeot publia un *Traité des Opérations* qui attira rapidement tous les yeux sur lui et qui lui valut de nombreux éloges de la part de Winslow, de Quesnay, de Sylva, de J.-L. Petit, etc. Neuf ans plus tard, il mit au jour sa *Myotomie humaine et canine.*

C'est vers cette époque que Garengeot fut reçu au collège de Saint-Côme. Jusque-là il n'avait pu en faire partie, soit qu'il répugnât à se soumettre aux examens exigés, soit qu'il reculât devant les frais nécessités par ces examens et qui étaient assez

élevés, mais il y avait un moyen de tourner la difficulté dont Maréchal, premier chirurgien du Roi, s'avisa.

Les statuts de 1699 du collège de Saint-Côme assimilaient les chirurgiens de province venus briguer la maîtrise à Paris aux *compagnons gagnant-maîtrise* des hôpitaux parisiens. Pour se faire admettre à la maîtrise et agréger au collège de Saint-Côme, il leur suffisait de payer certains droits et de subir une épreuve peu compliquée, pourvu qu'ils fussent reçus depuis vingt ans dans leur communauté. Les compagnons gagnant-maîtrise n'étaient pas astreints à l'ensemble long, compliqué et dispendieux d'examens qui constituaient le *Grand chef-d'œuvre*. Il leur suffisait de subir un examen plus court et plus simple qu'on appelait *la légère expérience*. Garengeot n'eut donc à subir que la légère expérience et il fut dispensé des droits que Maréchal acquitta sans doute lui-même à sa place.

En 1728, il publia son *Traité de Splanchnologie*. Cet ouvrage fut, indépendamment de la volonté de son auteur, le sujet d'une querelle entre les chirurgiens et la Faculté Ce fut à cette occasion, en effet, qu'on créa des censeurs chirurgiens pour les livres de Chirurgie, ce qui était une atteinte aux droits de la Faculté, les médecins étant seuls désignés jusque-là pour approuver avant l'impression les ouvrages relatifs à toutes les branches de l'art de guérir.

Il fut admis comme associé étranger par la Société Royale de Londres ; il fut nommé membre de la Société académique des arts de Paris. Dès 1727 la Faculté sous l'impulsion de Winslow avait désigné Garengeot pour faire un cours d'anatomie dans ses écoles. L'année suivante en 1728 il succéda au Jardin du Roi, comme démonstrateur de Petite chirurgie, à Malaval démissionnaire, et il garda cette chaire jusqu'en 1738, année où il fut remplacé par Quesnay.

Cependant en 1727 l'Académie de chirurgie était fondée par Maréchal et La Peyronie. Garengeot en fit partie dès le début, il fut l'un des membres fondateurs et il fut chargé des *extraits*. Il s'intéressa beaucoup à la vie de l'Académie de Chirurgie, et il y fit d'assez nombreuses communications.

En 1735 il devint chirurgien du Châtelet et en 1739 il succéda à Morand comme démonstrateur d'opérations chirurgicales. Mais il abandonna Paris pour se faire chirurgien d'armée. Il devint en 1742 chirurgien maior du régiment du Roi Infanterie, fit campagne avec lui et durant 15 ans l'accompagna sur tous les champs de bataille. Pendant la paix il rentrait professer à Paris ; dès que le régiment repartait en campagne, Garengeot revenait y reprendre sa place. Cependant vers la fin de sa vie il sembla penser à

prendre du repos. A ce propos le Dr Jarnouen de Villartay rapporte, d'après Morand, cette petite anecdote. Garengeot ayant demandé à son Colonel la permission de se retirer, celui-ci y consentit à condition que Garengeot se chargerait de se trouver lui-même un successeur instruit, adroit, versé dans le traitement des plaies par armes à feu. Garengeot partit donc, mais le temps passa et le moment de repartir en campagne arriva. Garengeot se présenta chez le Colonel et lui annonça qu'il avait trouvé un chirurgien doué des qualités voulues. Le Colonel pria alors Garengeot de le lui présenter. « C'est moi-même, répondit Garengeot ». Le Colonel ne fit point d'objections et notre chirurgien reprit ses fonctions. Ce ne fut pas pour longtemps du reste, car il fut frappé d'apoplexie à Cologne et il y mourut le 10 décembre 1759.

Outre le Traité des opérations, la Myotomie et la Splanchnologie, Garengeot a encore publié un Traité des *Instruments utiles en chirurgie*, un petit opuscule sur la *Taille* et une *Dissertation sur l'origine de la chirurgie*.

L'opinion générale est que Garengeot a inventé la clef qui porte son nom. Presque tous les auteurs sont explicites sur ce point, Daremberg lui-même fait de cette invention un de ses rares mérites. Le Dr Hahn ne dit pas que Garengeot ait positivement inventé la clef, mais il avance du moins qu'il l'a perfectionnée au point de mériter de lui donner son nom. Or, il se trouve que cette tradition ne repose sur aucune base positive. En effet, comme l'a remarqué le Dr Jarnouen de Villartray, on ne trouve nulle part mention de la fameuse clef ni dans le Traité des instruments, ni dans aucun des autres ouvrages de Garengeot, ni dans aucune de ses communications à l'Académie de Chirurgie. Il est absolument muet à cet égard. Le Dr Jarnouen pense que Garengeot a pu inventer la clef en perfectionnant un instrument existant ; mais qu'il n'a pas jugé que ces modifications fussent assez importantes pour mériter de faire l'objet d'une communication scientifique. C'est possible, mais ce n'est là qu'une hypothèse et qui ne repose sur aucune donnée solide. Certaines raisons pourtant donnent à croire, pensons-nous, que Garengeot est bien réellement étranger à l'invention de la clef.

En effet, dans le second volume du *Traité des instruments utiles en chirurgie* on trouve décrit et figuré un instrument pour l'extraction des dents qui porte le nom de « pélican ». Ce pélican, dont l'existence remonte bien plus haut que Garengeot, a été perfectionné par celui-ci et c'est le pélican modifié par lui qu'il décrit. Cet instrument se compose essentiellement d'une tige terminée à l'une de ses extrémités par un crochet, que l'on engageait derrière la dent à arracher, et articulé à l'autre extrémité avec une

seconde tige portant elle-même à l'extrémité opposée un demi-cercle légèrement concave du côté de la ligne de section du cercle. L'un des perfectionnements apportés par Garengeot consiste à avoir inversé le demi-cercle en mettant la partie concave à la place de la partie convexe et vice versa. Le crochet du pélican étant engagé derrière la dent à extraire, le demi-cercle s'appuyait sur les deux dents voisines pour y prendre un point d'appui et un mouvement de la main faisait sortir de son alvéole la dent malade. Comme on le voit, cet instrument était en effet fondé sur le même principe que la clef dite de Garengeot ; par une sorte de mouvement de levier, il faisait basculer la dent que l'on voulait énucléer ; mais on voit cependant qu'il différait beaucoup de la clef. Celle-ci, quoiqu'elle soit encore un instrument brutal et imparfait, est pourtant très supérieure au pélican. Elle prend point d'appui sur le maxillaire, et quelque défectueuse que soit cette manière de faire, cela vaut encore mieux après tout que de prendre point d'appui sur les dents. Garengeot, en retournant le demi-cercle, a diminué un peu cet inconvénient sans le faire disparaître. En effet, lorsque la partie convexe regardait la mâchoire, l'instrument ne pouvait porter que sur une seule dent, et en un point de la surface de celle-ci ; d'où un effort considérable supporté par cette dent. Avec le demi cercle en sens inverse la pression s'effectuait sur deux dents et non sur une seule et en plusieurs points. Malgré tout cependant le procédé était encore détestable. Les dents saines sur lesquelles on cherchait un point d'appui étaient certainement ébranlées ; elles risquaient de se casser et en certains cas il arrivait qu'elles fussent arrachées avec la dent mauvaise ou à la place de celle-ci. On voit donc qu'il y a loin du pélican d'autrefois à la véritable clef de Garengeot. Il semble bien étrange, si Garengeot avait inventé véritablement la clef, qu'il n'en parlât nulle part et qu'elle ne figurât dans aucune des éditions de ses livres, ni dans aucune de ses communications. Mais il y a mieux : non seulement Garengeot ne parle nulle part de la clef qu'on lui attribue, mais encore il décrit dans le *Traité des instruments* pour l'extraction des dents un autre instrument perfectionné par lui. Comment, s'il avait trouvé mieux, n'eût-il pas renoncé au pélican pour la clef ? Il nous semble qu'il y a là un argument sérieux, sinon une véritable preuve que Garengeot n'a pas inventé la clef baptisée de son nom.

D'où vient donc cette clef ? C'est un point sur lequel on n'est pas fixé. Presque tous les auteurs en faisant honneur à Garengeot aucun n'a songé à lui chercher une autre origine. Le Dr Jarnouen pense qu'elle est d'origine anglaise. C'est bien possible, mais les documents manquent pour l'établir.

Pourquoi l'a-t-on attribuée à Garengeot ? Autre question obscure. Peut-être fut-elle inventée par un de ses élèves, et une confusion se sera faite entre le maître et le disciple. Ce n'est là bien entendu qu'une hypothèse, mais en l'absence de tout document irréfutable on ne peut faire que des hypothèses.

Ajoutons que Garengeot connaissait les daviers et qu'on en trouve deux figurés dans le *Traité des instruments* . . . . . .

Garengeot paraît avoir été un habile opérateur comme le reconnaît Daremberg. Il a fort bien exposé le manuel opératoire d'un grand nombre d'opérations Parmi celles qu'il a aussi heureusement modifiées et où il a apporté quelques perfectionnements, on peut citer le traitement chirurgical de la fistule lacrymale, du bec-de-lièvre, des polypes des fosses nasales, des hernies, de l'hydrocèle, des fractures du crâne par la trépanation, etc...

(Extrait résumé de *Médicina*, août-septembre 1924, sous la signature du Dr Jean Lami).

CONTRE LE MAL DE DENTS

Nous publions sans commentaires cette curieuse notice sur la Chapelle de saint Tugen, paroisse de Primelin (Finistère)

Au jour du Pardon (le dimanche avant le 24 juin), on bénit un grand nombre de petites clefs en étain, qu'on porte sur soi pour se préserver de la morsure des chiens enragés.

Il n'y a pas encore très longtemps, on bénissait également de petits pains carrés (bara an alc'hue, pains de la clef), qui se conservaient, dit-on, des années entières sans moisissure, et qu'on mangeait pour être guéri des maux de dents. Les pèlerins avaient une grande dévotion pour ces petits pains et en emportaient chez eux. Un cas remarquable de cette nature, appuyé par d'excellents témoignages, est venu à ma connaissance : la personne guérie vit encore, son petit pain s'était conservé plus de quatre ans sans moisissure. Qu'il y ait eu autrefois surtout, de nombreuses préservations ou guérisons par ces moyens, nul n'en saurait douter, quand on pense à la grande dévotion qu'on avait pour ce saint, et qui attirait des pèlerins de toutes les parties du grand diocèse de Quimper, et au moins d'une partie du diocèse de Vannes. L'auteur de cette monographie, n'ayant passé que sa petite jeunesse en ce pays, et n'ayant fait aucune enquête, ne peut apporter beaucoup de témoignages spéciaux à ce sujet Il a eu, cependant, connaissance de deux cas remarquables de préservation, qui lui ont été racontés par les personnes

elles-mêmes. Des chiens enragés, qui venaient de 4 à 5 lieues, mordant toutes les bêtes sur leur passage, avaient passé à côté de ces personnes, dans l'intérieur de leur maison, sans leur faire le moindre mal [1].

Mais, en ce qui concerne les maux de dents, il pourrait citer plusieurs cas merveilleux de guérison, racontés et certifiés à lui-même, devant témoins, par les personnes guéries. Cette confiance en saint Tugen pour la guérison des maux de dents, date de temps immémorial.

Pour demander et obtenir la guérison des maux de dents on balaie soi-même, ou bien on fait balayer par une autre personne la chapelle de saint Tugen ; ou bien encore, on nettoie ou on fait nettoyer sa fontaine. A ce sujet, un touriste demandait un jour, avec une pointe de malice, s'il n'y avait pas de dentiste dans le pays. On lui répondit : le dentiste guérit, il est vrai, mais en arrachant violemment les dents, tandis que saint Tugen guérit en vous les conservant... (pour un balayage de sa chapelle)... Lequel vaut mieux ? Ici comme dans l'Evangile, la foi est nécessaire... *si potes credere*... (Marc. IX. 22).

UNE MINE D'OR

Ceci s'est passé en Hongrie, d'après le « Lancet ». Un jeune dentiste s'installa un jour dans une ville importante du banat de Temesvar : comme ses prix étaient de moitié moindres que ceux de ses confrères, il eut bientôt la clientèle de toute la ville. Un beau jour il disparut. Il fut arrêté à la frontière, porteur d'un demi-kilo d'or, qu'il avait prestement distrait des dents aurifiées de ses clients, sous le prétexte d'une rectification d'appareil. Ce qui prouve que les mines d'or les plus faciles à exploiter ne sont pas toutes si loin de nous, quand on sait s'y prendre et qu'on n'a pas trop peur des gendarmes.

DÉCOUVERTE PRÉHISTORIQUE

Le Dr Cugullière, de Toulouse, a exploré les grottes de l'Ariège pour étudier des gravures pariétales signalées par M. Catailhac, avant son départ pour Genève, où l'éminent professeur devait trouver la mort.

1. L'auteur possède un vieux cantique en l'honneur de saint Tugen, où sont relatés plusieurs miracles attribués à l'intercession du saint. Ce cantique se chantait autrefois dans les maisons et sur les places publiques, les jours de pardon et les jours de foires.

Le Dr Cugullière a exploré les grottes de cette localité et a découvert une belle salle funéraire ornée de parures en *dents* de blaireau percées et de silex taillés, autour desquels on remarquait de nombreux dessins d'animaux gravés avec des pointes de silex.

De nombreuses personnalités scientifiques sont attendues prochainement pour poursuivre l'exploration de ces grottes qui renferment des curiosités préhistoriques du plus haut intérêt.

(*Indépendance Luxembourgeoise*).

LES ALIÉNISTES

Les aliénistes ont tenu leur premier congrès à Paris.

L'âme de cette réunion fut M. le docteur de Toulouse qui dirige le Service de prophylaxie mentale de l'asile Sainte-Anne.

Il se fit connaître autrefois par une observation médicale qu'il pratiqua sur Emile Zola. Il chercha sur ce patient illustre si le génie ne coïncidait pas avec une certaine dégénérescence. Le grand romancier, convaincu que la science était intéressée à ce contrôle, s'y prêta de bonne grâce. Le docteur découvrit qu'il « faisait » beaucoup de carie dentaire et il en conclut que Zola était un dégénéré supérieur. Tous ceux qui souffrent d'une carie dentaire peuvent donc imaginer qu'ils ont du génie.

(*Le Cri de Paris*).

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris. — Le concours pour un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire, annoncé dans notre numéro du 30 septembre 1924 a été reporté à octobre 1925.

La clôture des inscriptions pour ce concours est fixée au 30 septembre 1925.

La première épreuve (sur titres) aura lieu le jeudi 15 octobre.

Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens — Ce cours sera fait au laboratoire de l'École dentaire de Paris, par M. le Dr Delater et durera huit semaines, à raison de deux séances par semaine, de 8 heures et demie à 10 heures et demie du soir.

La 1re session aura lieu d'octobre à décembre 1925 ; la 2e session, de janvier à mars 1926 ; la 3e session, d'avril à juin 1926.

Le montant des droits pour chaque session est de 200 francs, plus 50 francs d'inscription, ces derniers à verser en s'inscrivant.

Le nombre des auditeurs est limité.

Les praticiens désireux de suivre ces cours sont priés de s'inscrire dès à présent.

Nomination de dentiste militaire. — Par décision ministérielle du 10 juillet 1925, l'officier de réserve du Service de santé ci-après désigné, libéré du service actif, reçoit l'affectation suivante :

Les dentistes militaires de 2e classe :

M. Guichard (Alfred-Léandre), du 20e corps d'armée au G. M. P.

M. Jonquière (Georges), du 19e corps au 16e corps d'armée.

Sous-inspecteurs d'odontologie en Espagne. — Une ordonnance royale du 14 mars 1925 a créé un sous-inspecteur d'odontologie dans chaque chef-lieu de province en Espagne, sauf Madrid et Barcelone, qui en auront deux.

Ces fonctionnaires, nommés par le Directeur général de la Santé publique, sur la proposition des collèges régionaux odontologiques (assemblées de praticiens enregistrés et exerçant légalement), et placés sous les ordres de l'Inspecteur provincial de la Santé publique, ont pour attributions : l'inscription et la revision des titres

professionnels des praticiens dentistes, la poursuite de l'exercice illégal et l'inspection des cabinets et cliniques dentaires et des laboratoires de prothèse.

Chambre syndicale des façonniers en prothèse dentaire. — La Chambre syndicale des façonniers en prothèse dentaire, dans son assemblée générale du 7 juillet, a procédé au renouvellement de son Conseil d'administration qui reste constitué comme suit :

M. Pomiès, *secrétaire* ; M. Morel, *secrétaire-adjoint* ; M. Ecarlat, *trésorier* ; M. Gustave Martin.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'École dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service est ouvert le matin de 9 heures à midi.

Les malades privés sont reçus sur rendez-vous, qui peuvent être pris par téléphone : Trudaine, 34-01.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements.

***

Le Service de radiographie, qui a fonctionné quotidiennement du 15 mai au 15 juillet, sera modifié pendant la période des vacances de la façon suivante :

Du 15 juillet au 1er août, trois fois par semaine :

Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h.

Du 1er août au 1er octobre, deux fois par semaine :

Lundi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h.

A partir du 1er octobre le service reprendra et sera assuré quotidiennement.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

DERNIÈRE HEURE

CONGRÈS DE GRENOBLE

En attendant que nous publions un compte rendu complet du Congrès de Grenoble nous tenons à dire que cette réunion, qui s'est tenue du 27 juillet au 1er août, a été très réussie. Les congressistes étaient nombreux, les séances ont été très suivies. En particulier les rapports sur l'hygiène dentaire ont été fort appréciés et ont donné lieu à une discussion approfondie, qui s'est terminée par des vœux adoptés à l'unanimité. Ces vœux, que nous publierons prochainement, ont été soumis au Conseil de l'A. F. A. S., qui les a approuvés et les transmettra aux Pouvoirs publics en les appuyant de sa haute autorité.

Des excursions bien organisées ont constitué la partie récréative.

Le Congrès de 1926 aura lieu à Lyon, sous la présidence de M. Spira, de Colmar, élu président.

F. D. I.

La 19e session de la F. D. I. s'est tenue à Genève du 2 au 6 août, avec le programme que nous avons publié. Dix-sept nations y étaient représentées.

Le Conseil exécutif s'est principalement occupé de l'organisation préliminaire du Congrès de Philadelphie, qui lui a été exposé par le président et le secrétaire général du Comité d'organisation, MM. Logan et King, venus spécialement d'Amérique à cet effet.

Plusieurs Commissions se sont réunies et ont présenté les conclusions de leurs travaux au Conseil exécutif, qui les a approuvées.

La prochaine session a été fixée à Philadelphie en 1926.

Nous publierons un compte rendu de cette session ; mais nous tenons à adresser dès à présent nos vifs remerciements au Comité national suisse et en particulier à M. Jaccard, son président, pour la parfaite préparation de la session, ainsi que pour son amabilité et sa courtoisie si accueillante.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

45, *Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX*e

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS[1]

L'A. G. S. D. F. a estimé avec juste raison qu'il y avait lieu de compléter l'œuvre d'assistance à laquelle est chargée de pourvoir sa Commission de Prévoyance. Elle a dans ce but créé l'*Aide immédiate en cas de décès* en vue de verser aux ayants droit de chaque membre participant décédé un secours immédiat dont le quantum variera suivant le nombre des membres adhérents à l'Aide immédiate.

Pour faire partie de l'*Aide immédiate* il faut appartenir à l'A. G. S. D. F. et donner spécialement son adhésion à cette Caisse, adhésion purement facultative et nullement obligatoire. La cotisation à verser à chaque décès par les membres adhérents est de 10 francs, plus les frais de recouvrement ; un droit d'entrée de 12 francs est versé lors de l'admission.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. ayant approuvé le règlement qui lui a été soumis, nous venons solliciter aujourd'hui votre adhésion, pensant que vous en comprendrez tout l'intérêt.

D'ailleurs les difficultés croissantes de la vie rendent de plus en plus impérieuses les mesures de prévoyance sociale, collectives ou individuelles, et c'est incontestablement une bonne précaution à prendre que d'assurer le versement *immédiat* et sans formalités, lors de son décès, à sa veuve ou à toute autre personne y ayant droit d'une somme en argent liquide, pour faire face aux dépenses de toute nature inévitables à ce moment.

1. Si l'on contracte une assurance en cas de décès, on le fait avec l'intention bien arrêtée que le paiement de la somme assurée soit effectué selon son désir : mais pour cela il ne faut pas oublier « que le bénéfice d'une assurance quelconque sur la vie peut être attribué au patrimoine soit du contractant lui-même (s'il n'a pas désigné de bénéficiaire), soit d'un tiers (s'il a désigné ce bénéficiaire) ; s'il fait partie du patrimoine du contractant, *il peut être revendiqué par les créanciers* (ce qui n'est pas notre but) ; s'il fait partie du patrimoine d'un tiers désigné avant le décès, *il est insaisissable* ».

Il fait partie du patrimoine du contractant lorsque le bénéfice est stipulé payable à ses héritiers ou ayants droit sans indication de bénéficiaires déterminés ; en effet, ce capital assuré fait partie de son actif tant qu'il est vivant, il tombe donc à sa mort dans l'héritage et peut par suite être revendiqué par les créanciers ; il n'en est pas de même lorsque de son vivant l'assuré constitue une stipulation pour autrui en *désignant nominativement* un ou plusieurs bénéficiaires, car alors à son décès il n'est plus en possession de ce capital assuré, l'ayant fait passer de son vivant dans le patrimoine d'un tiers ; il ne peut donc être revendiqué à sa mort que par le bénéficiaire et est insaisissable.

L'aisance dans laquelle on se trouve de son vivant n'exclut pas la nécessité ou tout au moins la possibilité du recours à une idée des plus appréciables, même en admettant que le besoin ne soit que temporaire et que la situation doive redevenir bonne par la suite, et des cas malheureusement trop fréquents ont fait apparaître la profonde utilité d'une organisation de ce genre.

Deux corporations voisines de la nôtre, les médecins et les pharmaciens, ont depuis longtemps créé des caisses de cette nature, avec limitation du nombre de leurs membres et l'institution est si prospère qu'en raison de cette limitation une grande quantité de candidats attendent des vides pour se faire admettre.

Ce qui est réalisé par les médecins et les pharmaciens est réalisable par et pour les chirurgiens-dentistes. Nous adressons donc un pressant appel à tous les sociétaires de l'A. G. S. D. F. pour qu'ils envoient leur adhésion dès à présent à l'*Aide immédiate en cas de décès*, afin que l'organe puisse fonctionner dès le début de 1925.

Remplir et adresser le bulletin d'adhésion ci-joint avec le montant du droit d'entrée (12 francs) au Trésorier de l'A. G. S. D. F., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

La Commission de Prévoyance.

Association générale syndicale des Dentistes de France

45, Rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, IX^e^.

AIDE IMMÉDIATE EN CAS DE DÉCÈS [1]

Nom ..... prénoms .....
membre ou épouse de membre de l'A. G. S. D. F.[2],
né... le ..... à ..... département .....
domicile actuel : .....
à ..... département .....

Je soussigné..., déclare, après avoir pris connaissance des statuts et les accepter sans réserve.

1° Faire partie de l'A. G. S. D. F.[3] comme membre .....
Que mon mari est membre ..... de l'A. G. S. D. F.[4].

2° Être en parfait état de santé ;

3° Demander à être inscrit... comme membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès en vue de la constitution, à mon décès, de l'indemnité prévue par l'article 3 du règlement au profit de .....
adresse .....

4° M'engager à verser 10 francs plus les frais de recouvrement à chaque décès d'un membre adhérent à l'Aide immédiate en cas de décès.

5° Verser au trésorier de l'A. G. S. D. F. en déposant à la présente la somme de 12 fr. comme droit d'entrée (art. 3).

\+ .....

Signature :

\+ *Mettre à la main au-dessus de la signature les mots :* LU ET APPROUVÉ.

---

1. Le Règlement de l'Aide immédiate en cas de décès a été publié dans le numéro de janvier 1925 du Journal *L'Odontologie*.

2. Effacer la formule inutilisée.

3. Désigner à cette place le bénéficiaire de la prime. L'adhérent qui ne voudrait pas à l'avance faire connaître le nom du bénéficiaire peut le désigner sous pli cacheté annexé au présent bulletin d'adhésion dans les conditions suivantes :

a) Désigner par écrit sur feuille de papier timbré à 2 fr. 40 son ou ses bénéficiaires avec leur adresse actuelle, etc. ;

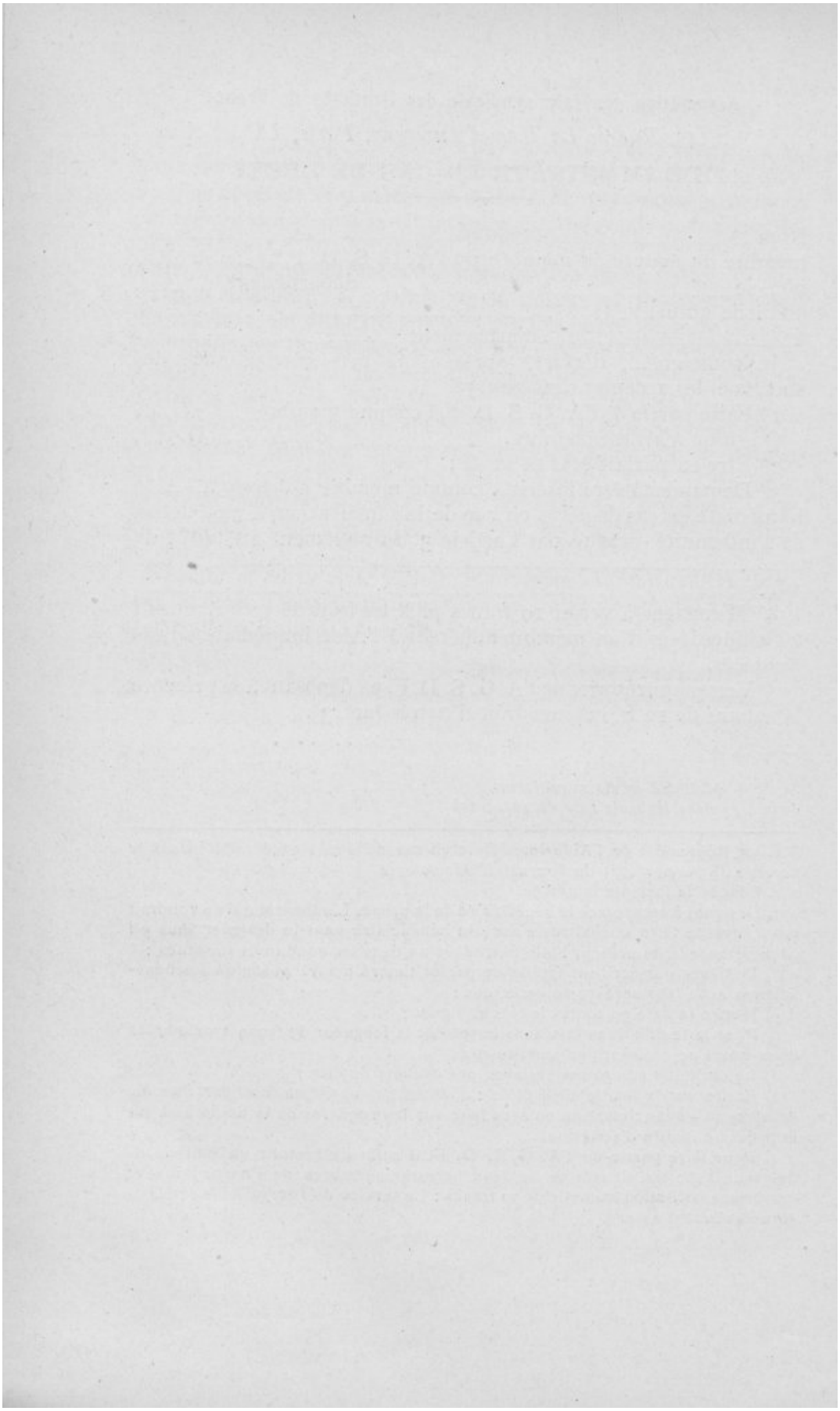
b) Mettre la date en toutes lettres et signer ;

c) Plier la feuille deux fois dans le sens de la longueur de façon à ce que les deux bouts se croisent l'un sur l'autre ;

d) La cacheter au croisement avec des cachets de cire ;

e) Écrire sur la feuille ainsi pliée : *à décacheter après ma mort par l'un des membres du bureau* ; mention en sera faite sur les registres de la Société et sur la présente feuille d'adhésion.

4. Pour faire partie de l'A. G. S. D. F. il suffit de remplir un bulletin de demande avec les signatures de deux parrains, membres de l'Association, et verser une cotisation annuelle de 30 francs : Le service du Journal *L'Odontologie* sera également assuré.



45e ANNÉE. N° 9. 30 SEPTEMBRE 1925 VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

BULLETIN

LE 7e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

C'est à la France que revient le mérite de l'organisation du 1er Congrès Dentaire International. *Cette première assise de la profession dentaire mondiale, organisée par l'Ecole dentaire de Paris et l'Ecole Odontotechnique fraternellement unies, se tint à Paris en* 1889 ; *ce fut un très grand succès qui suscita un enthousiasme considérable parmi les confrères de toutes les nations qui y vinrent très nombreux. En* 1893, *à Chicago, se tint le* 2e Congrès International, *puis, à Paris, en* 1900, *eut lieu le* 3e Congrès Dentaire International, *réunion splendide dont le souvenir est gravé dans la mémoire de tous ceux qui y ont assisté ; c'est à ce Congrès que fut créée, sur l'initiative de notre regretté directeur Charles Godon, qui était président du Congrès, la* Fédération Dentaire Internationale (F. D. I.) *chargée de maintenir l'union professionnelle internationale qui s'était si brillamment manifestée au Congrès de Paris ; la Fédération avait pour mission d'étudier les grandes questions d'intérêt général, principalement d'enseignement et d'hygiène et elle était chargée en outre de préparer les futurs Congrès internationaux qui, suivant une décision prise après le* 4e Congrès International *qui eut lieu aux Etats-Unis, à Saint-Louis, en* 1904, *devaient se tenir tous les cinq ans.*

Conformément à cette décision le 5e Congrès International *se réunit en* 1909 *à Berlin et le* 6e *s'ouvrait à Londres le* 4 *août* 1914, *à l'heure où commençait l'effroyable cataclysme qui devait ravager le monde pendant près de cinq années et dont le douloureux souvenir n'est malheureusement pas près de s'éteindre.*

Pendant toute la période qui s'est écoulée depuis ces tragiques

événements et les bouleversements profonds de toute nature qui se sont produits par la suite et dont nous ressentons encore les effets, il n'a naturellement pu être question de reprendre ces grandes réunions internationales ; cependant le temps commence son œuvre, la F. D. I. a, depuis l'année dernière, repris ses sessions annuelles et l'heure a sonné de reprendre la tradition de nos Congrès Internationaux, de ces assises professionnelles mondiales dans lesquelles la science dentaire établit le bilan de ses progrès.

A l'occasion du 150e *anniversaire de l'Indépendance des Etats-Unis d'Amérique nos confrères américains ont proposé à la F. D. I. de convier les confrères de tous les pays à se réunir en un* 7e Congrès Dentaire International ; *cette proposition a été adoptée et ce Congrès aura lieu l'année prochaine du* 23 *au* 28 *août* 1926.

La F. D. I. *en a discuté le règlement l'année dernière, à Luxembourg, et, cette année, à Genève, MM. William H. G. Logan, de Chicago et M. Otto U. King, de Chicago, président et secrétaire du Comité d'organisation, sont venus exposer à la F. D. I. l'organisation générale du Congrès ; ils nous ont ainsi permis de nous rendre compte du soin qui a été pris pour faire de cette réunion un événement mondial appelé à un succès considérable tant par le nombre des Congressistes que par la valeur des communications qui y seront lues et discutées, et des démonstrations qui y seront faites par les plus éminents praticiens du monde entier.*

On trouvera plus loin (v. p. 647) *la liste des Sections, au nombre de* 14, *et de leurs bureaux, des divers Comités, des interprètes, etc., et le règlement du Congrès.*

Dans ce Congrès, où vont se rencontrer les dentistes de tous les pays, il importe au plus haut point que la profession dentaire française soit représentée par un nombre très important de confrères, en rapport avec le développement de l'art dentaire dans notre pays ; il serait des plus fâcheux, ne serait-ce qu'au point de vue de notre amour-propre national, que, dans cette grande réunion où se confronteront les travaux et les procédés des praticiens du monde, la France n'eut pas une représenta-

tion digne d'elle et par le nombre et par la valeur des dentistes qui y prendront part ; aussi faisons-nous un pressant appel à tous les confrères français pour qu'ils prennent dès maintenant leurs dispositions pour se rendre à Philadelphie au mois d'août prochain. Aller en Amérique, à cette occasion, n'est pas seulement un devoir patriotique et professionnel. C'est une occasion exceptionnelle pour tous les confrères qui ne sont pas encore allé aux Etats-Unis de voir ce pays, particulièrement important au point de vue de notre profession. Il y a, en effet, dans l'Amérique du Nord 56.000 *dentistes, nombre supérieur à celui des praticiens exerçant dans le reste du monde ; cette situation a amené la création d'un nombre très important d'écoles, d'hôpitaux, de sociétés, de fondations diverses dont le développement est remarquable dans ce pays disposant de grandes ressources financières et où notre profession est particulièrement bien considérée par tous.*

J'ai déjà, en maintes circonstances, appelé l'attention de mes confrères sur l'importance des Congrès pour le perfectionnement et le progrès de ceux qui y prennent part; on ne saurait trop insister sur ce point. Dans une profession comme la nôtre, en continuelle évolution, en continuel progrès, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue technique, le fait de se trouver en contact avec des confrères que l'on n'a pas coutume de rencontrer habituellement, d'échanger des idées avec eux, de confronter sa technique avec la leur, de voir exposer et discuter des questions intéressantes, de voir démontrer des techniques nouvelles, constitue pour un dentiste un élément d'instruction, de perfectionnement et de progrès tellement considérable que, moi, vieux praticien qui ne suis jamais allé à un congrès sans y avoir appris quelque chose d'utile pour ma pratique personnelle, je ne puis comprendre comment l'universalité des dentistes ne vient pas à chacun des Congrès nationaux et internationaux. Et quand ce Congrès se tient aux Etats-Unis, dans ce milieu si favorable au développement professionnel, c'est un devoir particulièrement impérieux pour tous.

Dans les circonstances économiques actuelles et pour un voyage en Amérique, nos confrères des Etats-Unis n'ont pas

*manqué de se préoccuper d'en faciliter la réalisation aux confrères européens ; à cet effet, d'accord avec une compagnie américaine, l'*American Express, *ils ont préparé, avec un soin dont nous ne saurions trop féliciter les membres du Comité et en particulier MM. Logan et King, un projet de voyage que nous publierons dans notre prochain numéro, qui comporte la traversée de Boulogne-sur-Mer à New-York et, en outre du voyage à Philadelphie pour assister au Congrès, prévoit un voyage circulaire permettant de visiter New-York, Washington, Baltimore, Pittsburg, Chicago, Détroit, les chutes du Niagara, Rochester, Boston.*

Ce voyage, dont le prix est établi à forfait *et qui comprend tous les frais de voyage, bateau, chemin de fer en salon pullman, hôtels, auto-cars, nourriture, offre donc une garantie précise, quant au montant de la dépense que devront engager les congressistes européens pour leurs frais de voyage, ce qui dans les conditions économiques présentes est un point des plus importants à déterminer à l'avance pour nous autres Français. Nous devons ajouter que le prix qui a été fixé est un prix exceptionnel qui ne répond pas du tout au coût véritable du voyage, tel qu'il a été établi, car le Comité d'Organisation du Congrès prend à sa charge une partie importante des frais de voyage des Congressistes européens dans le très important circuit qu'ils effectueront aux Etats-Unis qui, ainsi que l'exposaient MM. Logan et King à la F. D. I., représente l'équivalent du trajet de Paris à Constantinople, kilométriquement parlant.*

Ces considérations matérielles, qui montrent le souci de nos confrères américains de rendre aussi agréable que possible le voyage des confrères étrangers dans leur pays, permettront donc à un plus grand nombre de nos confrères de se rendre à ces grandes assises dentaires mondiales et d'aller y représenter brillamment la France et montrer que le pays de Fauchard, de Bourdet, de Jourdain et de leur élève Gardette, qui importa l'art dentaire en Amérique, continue les belles traditions des fondateurs de la science dentaire.

Maurice Roy.

REVUE DES REVUES

ETUDE HISTOLOGIQUE DE LA GENCIVE DANS LA PYORRHÉE

Par T. D. BECKWITH, F. V. SIMONTON et ADRIENNE WILLIAMS
(San Francisco)

La cause de la pyorrhée est demeurée inconnue jusqu'ici, quoique de nombreuses tentatives aient été faites pour la déterminer. D'aucuns croient que son étiologie dépend d'un état plus ou moins généralisé de l'être physiologique. Cette doctrine est celle de Hopewell-Smith, qui considère que la lésion initiale est une décalcification et une raréfaction du procès alvéolaire ayant pour conséquence une perte définie de tissu osseux adjacent à la surface de la dent. Howe soutient qu'un facteur considérable amenant la rupture des fibres périodontiques doit être recherché dans une insuffisance d'alimentation, puisque l'inoculation seule ne suffit pas à produire une lésion caractéristique. Des résultats positifs ont été obtenus par des changements de régime expérimentalement. Goadby, Eyre, Payne, Kritchewsky et Séguin considèrent que le facteur causal de cette maladie est bactériel et implique ainsi différentes formes, y compris les trois types morphologiques : bâtonnets, spirales, cocci. Un autre groupe invoque la faune protozoaire de la bouche. Contrairement aux précédents, beaucoup, notamment Merritt, Lescohier, Brown, pensent qu'il n'existe pas actuellement de preuve suffisante pour attribuer l'étiologie de cette affection à un micro-organisme quelconque connu. La vérité est probablement que, dans la pyorrhée, des changements précoces surviennent dans la région gingivale, puisque de là il y a une voie parfaitement logique d'extension dans la membrane périodontique pour des organismes envahisseurs, primaires ou secondaires. Nombreuses sont les raisons d'examiner l'état des gencives dans la pyorrhée. Si le processus débute dans cette zone, comme cela semble probable, cela a une importance considérable. C'est l'opinion de Znamensky, Endelman, Wagner, Talbot que le début peut être trouvé dans les zones adjacentes au sillon sous-gingival. Dans cet ordre d'idées, considérons les divers facteurs susceptibles de laisser l'infection pénétrer plus ou moins facilement dans cette zone, quoique nous ne soyons pas encore autorisés à attribuer la cause de la pyorrhée à un agent infectieux primaire. On a prétendu

qu'il y a là une certaine faiblesse mécanique, que le contour du bord gingival est tel que des aliments et des détritus peuvent aisément se loger entre la surface épithéliale et l'émail de la dent, que la ligne d'attachement entre ces deux tissus ne semble pas solide quand on l'examine au microscope, que l'épithélium de couverture s'amincit à mesure qu'il approche de la jonction de l'émail, avec cette conséquence qu'il reste une couverture moins protectrice pour les fibres de tissu conjonctif sous-jacentes.

Hartzell dit également que la ligne d'union est toujours défectueuse, quant à la structure, depuis l'éruption des dents. Box développe la même idée. En partant de là, une lésion traumatique avec une voie d'infection consécutive pour une forme microbienne peut être conçue comme se produisant facilement. L'agent de cette lésion peut être un cure-dent ou la pression d'aliments encastrés (surtout s'il y a malocclusion ou excès de mouvement de la dent dans l'alvéole) ou l'existence de dépôts de calcul dentaire. Hartzell et Henrici soutiennent que les matières incluses agissent au point de vue physique, comme un coin et peuvent amener ainsi une lésion progressive. L'irritation peut résulter d'un certain nombre de causes possibles : elle peut provenir d'un calcul (annulaire) sous-gingival, restant, comme un corps étranger, en contact étroit avec les tissus. Des débris alimentaires peuvent être influencés à la fois par des enzymes de la cavité buccale et par la flore bactérienne qui s'y trouve en abondance, et l'on conçoit que ces deux catégories d'agents puissent agir ensemble. Comme conséquence des changements chimiques ainsi produits il peut se former des produits de nature toxique ou irritante. Vaughan a discuté la question. Incontestablement ces produits sont entraînés hors de cette zone par la salive, mais il doit persister une concentration certaine, quoique légère, de ces substances. Par érosion, mécaniquement ou chimiquement par dissolution, peut-être par interruption d'évaporation par contact ou par combinaison de quelques-uns de ces facteurs, le revêtement épithélial protecteur adjacent à la dent s'amincit, comme on le verra plus tard. Nous savons que les structures cellulaires des papilles de la sous-muqueuse sont fortement vasculaires et que les vaisseaux s'étendent jusqu'à leurs pointes. Il s'ensuit nécessairement que la perte d'épithélium, tant que cet état persiste, est accompagnée du danger croissant de l'exposition des papilles, avec hémorragie, ce qui offre ainsi un canal d'infection directe des divers canaux circulatoires existants. Il y a lieu de noter que cette discussion ne tient pas compte des facteurs possibles d'immunité locale ou générale susceptibles d'intervenir, mais sur lesquels notre connaissance est incomplète actuellement, surtout en ce qui concerne les

gencives. De plus, ne pas oublier que la sous-muqueuse est composée de faisceaux lâches de tissu conjonctif qui présentent mécaniquement des voies relativement libres à un agent infectieux, une fois que celui-ci s'est frayé un chemin par suite de la perte d'épithélium ou de sa rupture. Pour les raisons indiquées ci-dessus et même quoique quelques-unes puissent être hypothétiques, il a été jugé suffisamment important d'entreprendre l'étude suivante pour obtenir plus tard plus de clarté sur les suites de l'état pathologique constaté dans les gencives des pyorrhéiques.

Presque tous les sujets examinés provenaient du pénitencier de Saint-Quentin (Californie). Le diagnostic préalable avait été établi par des spécialistes et les opérations nécessaires pour se procurer des tissus ont été faites par l'un d'entre nous, ainsi que par W. Fleming et L. B. Shone. L'examen histologique a été fait par l'un de nous. Nous avons tous contribué aux interprétations.

Tous les spécimens de tissus ont été fixés dans le liquide Zenker et presque tous y ont été mis immédiatement après l'excision. Ceux qui restaient ont été plongés dans de la formaldéhyde à 4 % immédiatement, puis mis dans le Zenker peu après. Des coupes furent pratiquées dans des blocs entourés de paraffine et préparées d'ordinaire à 6 microns. Il y a lieu de signaler que la coloration habituelle hématoxyline-éosine est insuffisante pour les points d'un examen plus minutieux, de sorte que divers procédés de coloration furent employés pour des buts spéciaux. De plus l'hématoxyline de fer permet de différencier plus soigneusement les structures nucléaires. La coloration de Van Giesen à l'hématoxyline, la fuchsine acide et l'acide picrique conviennent spécialement pour déterminer la morphologie et l'état des tissus conjonctifs et pour différencier les fibres blanches et les éléments élastiques.

La méthode de Levaditi pour précipiter et oxyder l'argent sur et dans les tissus révèle beaucoup de choses qui ne peuvent être vues autrement, entre autres la présence de certains organismes en spirale et certains changements dégénératifs intra-cellulaires et extra-nucléaires, qu'on peut aisément confondre s'ils ne sont pas examinés avec soin, car on peut aisément les prendre pour des organismes dans du cytoplasme. Toutefois, cette méthode de préparation décèle dans les tissus certains organismes semblant être des spires, mais qui sont en réalité des formes particulières constituées par des fibres de tissu conjonctif désagrégé. Nous sommes donc convaincus que la technique de Levaditi convient parfaitement pour montrer les phases de désagrégation dans le cytoplasme, ainsi que pour démontrer la présence des bactéries.

Nous nous sommes efforcés de montrer les micro-organismes

se trouvant dans nos matériaux, démonstration relativement simple s'ils sont positifs au Gram, car alors le Gram-Weigert qui colore en violet d'aniline et en carmin de lithium est très précieux. La grande difficulté réside dans les tentatives pour révéler les formes négatives au Gram, parce qu'elles sont beaucoup plus difficiles à différencier des matériaux nucléaires. Pour ce motif nous nous sommes servis de la méthode de Nicole, où la thionine est employée avec l'éosine pour la contre coloration. Nous avons essayé de nous servir du bleu de méthylène polychromé, décrit par Schmorl, mais sans résultats satisfaisants. La coloration de Goodpasture, très bonne pour étudier le tissu pulmonaire, ne répondit pas à notre attente quand elle était employée pour des coupes de gencive. Il se peut que nos procédés de fixation ne fussent pas appropriés à cela.

Finalement, après avoir fait des observations convenables, il fut fait des lectures au vernier des meilleurs champs des diverses plaques de verre pour nous y reporter. Les photographies furent préparées avec l'appareil photographique habituel. Des écrans colorés, avec des plaques orthochromatiques ou panchromatiques, furent employés pour agrandir ou supprimer certaines particularités pour le but spécial que nous poursuivions. Cette technique a été très satisfaisante.

Cette étude a donc pour but de suivre les événements amenant la désagrégation du tissu gingival dans ce qui est considéré par d'aucuns comme une gingivite, mais peut devenir un état pathologique de la membrane du périodonte avec destruction du procès osseux, c'est-à-dire la pyorrhée comme elle est conçue d'ordinaire. Il est donc à souhaiter que nous apprenions davantage sur les micro-organismes qui peuvent être présents dans cette affection, même s'ils ne peuvent être considérés que comme des envahisseurs secondaires ou même comme des saprophytes. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire par des examens histologiques.

Naturellement, notre première préoccupation fut de nous procurer des matériaux à classer comme normaux, car les caractéristiques normales doivent être établies si l'on veut en reconnaître les déviations ; mais nous fûmes surpris d'éprouver des difficultés à nous procurer des tissus pouvant être considérés comme complètement normaux. On discernait des lésions dans la zone adjacente à la dent, dans la sertissure gingivale du moins. D'autre part, de grandes altérations entre des zones probablement normales et des portions pathologiques peuvent apparaître relativement à une distance microscopique, par exemple une fraction de millimètre. Après une très longue étude nous avons choisi deux spécimens que

nous avons considérés comme dépourvus d'altérations pathologiques.

Le premier provient d'un homme de 35 ans, dont les tissus furent prélevés peu après sa mort. Un examen dentaire antérieur avait indiqué que les gencives étaient saines macroscopiquement. Cette coupe, pour les besoins de l'orientation, peut être décrite comme reposant sur le côté lingual de l'incisive latérale supérieure droite. Le plan de la coupe est parallèle au palais et est, par suite, labiolingual. La surface de cet épithélium sous-gingival manque à cause d'une légère négligence dans l'autopsie.

Le deuxième provient d'un Chinois de 47 ans, d'une portion de gencive semblant normale, bien que la dent adjacente présentât une poche pyorrhéique. Cette zone est immédiatement labiale par rapport à la cuspide droite inférieure. Son plan est horizontal.

Dans ces zones supposées normales préparées avec de l'hématoxyline-éosine, l'épithélium recouvre la sous-muqueuse et celle-ci a de nombreuses extensions de la forme d'un doigt : les papilles. La papille est fortement vasculaire. Quand il est sain, cet épithélium couvre la coloration presque également, quoiqu'il présente la différenciation habituelle entre les éléments nucléaires et cytoplasmiques. La substance consiste en un réseau intertissé de faisceaux de fibres blanches de tissu conjonctif. Ceux-ci varient de direction et permettent ainsi aisément au tissu des tensions et des efforts de tout angle. Ils sont peu serrés. On peut dès lors saisir facilement ce que disent Hartzell et Henrici : quand on introduit de l'oxygène, avec une seringue avec une pression légère sous la fissure gingivale, le tissu se boursoufle sur une zone d'un diamètre de 36 millimètres. Ce caractère de la sous-muqueuse laisse mécaniquement libre passage à l'invasion des organismes ou aux solutions toxiques. La sous-muqueuse est très vascularisée, garnie de canaux capillaires et lymphatiques, plus nombreux dans la partie profonde de la structure. On a soutenu que des nids de lymphocytes relativement petits comme ceux présentés par le second spécimen ne sont pas anormaux. On conçoit que leur présence soit due à de petites quantités de matière toxique provenant de la fermentation de matières alimentaires dans la fissure gingivale ou que le frottement d'une brosse à dents suffise à provoquer cette migration relativement légère. Une autre zone plus petite d'infiltration de ce genre se voit près de la membrane de base au point de développement le plus profond de l'épithélium dans le premier spécimen. Il est tout à fait possible que ces îlots très petits et presque insignifiants de lymphocytes soient les stades initiaux d'un processus inflammatoire qui s'étendrait beaucoup plus loin si la source d'irritation persistait sans interruption.

Une troisième coupe présente ce qu'on peut qualifier de phase primitive de la séquelle : elle provient de la gencive, face labiale de la cuspide droite supérieure d'une femme de 76 ans ; elle est labio-linguale, à angles droits avec l'axe principal de la dent. L'infiltration commence. La majeure partie des cellules envahissantes se compose de lymphocytes, quoiqu'il y ait un grand nombre de cellules de plasma dont les noyaux sont placés excentriquement en roues de charrettes. Les leucocytes polymorphonucléaires sont relativement peu nombreux, mais ils le sont proportionnellement davantage à la périphérie de la zone enflammée, où l'activité est plus récente, qu'au centre. Il y a également des cellules en mât, mais les éosinophiles font presque totalement défaut. L'œdème n'est pas marqué. La migration des lymphocytes dans l'épithélium par la membrane de base commence. Pas d'hémorragie visible. Suivant Hatton l'infiltration est périvasculaire. Nous n'avons pas trouvé de micro-organismes par le Gram-Weigert ou par la phéno-thionine. Le procédé de Levaditi n'a pas donné de résultats catégoriques. La lésion est sous-jacente aux bases des papilles de tissu conjonctif plutôt qu'aux papilles, et c'est en réalité l'endroit où nous avons observé presque tous ces stades que nous considérons devoir qualifier de primitifs. Nous les avons rarement observés dans les papilles. Leur présence à cet endroit coïncide avec la zone de vascularité maxima.

Dans une quatrième coupe, provenant d'un pyorrhéique de 47 ans, le processus est notablement étendu. Cette coupe horizontale en position labio-linguale, a été faite dans la gencive, côté labial de l'incisive latérale droite, dont le tissu était cependant moins enflammé que dans les autres zones. L'inflammation était manifeste, mais la dent n'était ni branlante ni déchaussée. Coloration : hématoxyline-oésine.

La cellule infiltrante est le lymphocyte, avec beaucoup de cellules de plasma disséminées, avec quelques basophiles. L'œdème a progressé au point où une rupture considérable du tissu s'est produite. Les canaux circulatoires sont engorgés de leucocytes. Les zones présentant la concentration maxima des cellules infiltrantes suivent de très près les relations de direction des faisceaux de tissu conjonctif dans la portion centrale de la sous-muqueuse. Les fibres elles-mêmes présentent de l'épaississement. Quelques-unes de celles-ci étant horizontales, le processus s'étend horizontalement. Ces zones sont périvasculaires. L'épithélium est encore adhérent, mais dans certaines portions des lymphocytes en nombre relativement grand l'envahissent. Il apparaît du lysis de cellules individuelles. Notre conclusion ici semble bien établie si nous disons que l'extension du processus suit les faisceaux de tissu

conjonctif par les canaux circulatoires. Elle est subaiguë. Nous sommes portés à croire que l'extension horizontale est relativement lente, car nous considérons la circulation dans la gencive comme verticale plutôt que comme horizontale.

Comme séquelle, la rupture des vaisseaux sanguins, accompagnée par la dissociation des fibres élastiques autour des canaux, ainsi que nous l'avons démontré à plusieurs reprises par la coloration Van Giessen. L'œdème et l'intoxication la produisent et de la sorte l'hémorragie devient manifeste. Il y a également diapédèse des érythrocytes par les parois des canaux rétenteurs. Les leucocytes sont encore nombreux, mais le changement est plutôt une augmentation dans la proportion du nombre des globules rouges par rapport aux blancs. Le leucocyte prédominant reste le lymphocyte. A la suite de la rupture le degré de destruction encore plus avancé des tissus de revêtement n'est pas seulement mécanique par l'augmentation de pression, mais il est de caractère cytolitique, amené par des toxines, la phagocytose et les enzymes et aussi par des enzymes de leucocytes détruits. Le changement semble surtout intense dans la sous-muqueuse.

Ces altérations sont visibles dans une cinquième coupe, horizontale et labio-linguale. Là, après emploi d'une série de colorations à l'hématoxyline-éosine, nous avons essayé dans la photographie, de supprimer le pourpre en partie et d'accentuer le rouge. Il est manifeste qu'il y a eu une forte perte de tissu, car des érythrocites et de la fibrine occupent beaucoup de champ. De la sorte l'œdème et les effets du lysis sont évidents. La coloration de l'épithélioma varie notablement. De l'œdème et de l'infiltration sont visibles dans les zones supérieures. Des portions entières d'épithélium dans cette région subissent de la dégénérescence, indiquée par l'effacement du noyau. Peu dénotaient de la pyknose, c'est-à-dire, de la contraction et une augmentation de la colorabilité des noyaux ; mais nous n'avons pas observé de rupture de la membrane nucléaire avec migration des éléments chromatiques. De plus, le revêtement épithélial des papilles, qui comprenait la partie supérieure du champ, s'est aminci prodigieusement et quelques-unes des parties adjacentes sont sur le point de se scarifier. Les résultats de l'irritation sont marqués, mais une preuve supplémentaire de ce fait est fournie par la présence de grands nombres de corps fuchsinophiles de Russell.

Une sixième coupe représente une phase plus avancée de la désagrégation tissulaire : tissu gingival de l'aspect labial de la dent (incisive centrale droite inférieure), section horizontale pratiquée labio-lingualement, colorée à l'hématoxyline-éosine. Le grossissement est relativement faible et, au moyen d'un écran de couleur

on a essayé d'égaliser partiellement les effets chromatiques sur la plaque des pourpres et des rouges. La séquelle inflammatoire a son plein essor et les résultats terminaux commencent à apparaître. L'épithélium a presque totalement disparu. Cet état n'est pas dû à une cause artificielle. Les papilles, dénudées de leur revêtement normal, sont devenues les orifices des abcès se déversant du milieu de la sous-muqueuse. Des enduits faits avec la surface de cette gencive ont montré de grandes quantités d'exsudat consistant en cellules aux diverses phases de désagrégation. Une lysis extensive et la phacocytose ont dissous de grandes quantités de tissu original. Le milieu de la sous-muqueuse est occupé par des zones hémorragiques, du dépôt de fibrine et de l'infiltration lymphocytaire. Cet état demeure subaigu, comme cela est montré par le lymphocyte. Des tentatives de guérison sont évidentes, mais ce tissu de nouvelle formation est attaqué de nouveau par la réaction inflammatoire habituelle. Il semble que c'est toujours le lymphocyte qui montre une chémotaxie bien nette à l'égard du stimulant : de sorte que la véritable réparation n'avance pas loin. Nos procédés techniques destinés à révéler la présence des microorganismes dans ce tissu n'ont presque pas donné de résultat. Quelques cocci ont été aperçus et l'affirmation de Glynn que très peu de bactéries sont visibles a été ainsi vérifiée. Les corps fuchsinophiles de Russell réapparaissent.

Glynn croit que les agents infectieux trouvés dans la gencive proviennent de la cavité buccale par entrée directe dans les tissus affaiblis couvrant la sous-muqueuse et il cite une abondante littérature pour appuyer son affirmation. D'autres auteurs croient que leur origine est hématogène, car on démontre qu'à la suite de l'injection intraveineuse de streptocoques, quelques-unes de ces formes peuvent se localiser dans des tissus pulpaires ou apicaux, quoique ce ne soit pas apparent dans la gencive. Ces formes peuvent présenter des lésions qui sont invisibles même dans les radiographies, suivant ce qu'ont dit Bumpus et Meisser. L'un de nous a isolé le streptocoque fécal (classification Holman) dans un état pathologique de l'apex qui ne put être établi par des tentatives répétées de radiographie. Toutes les précautions possibles furent prises pour exclure les organismes étrangers au moyen de la digue qui, avec la dent, fut arrosée de 70 % d'alcool. La dent, dévitalisée plusieurs années auparavant, fut recouverte alors de trois applications d'iode. Les fraises, broches, autres instruments et les mains de l'opérateur avaient été soigneusement stérilisés. Une culture pure de streptocoque fécal fut obtenue après inoculation dans un bouillon épais de sang et glucose, et des enduits teintés de cette matière prélevés dans cette zone lors de l'opération

présentèrent un streptocoque microscopiquement. Nous pouvons donc confirmer les observations des deux auteurs précités.

Urbantschitsch a signalé récemment que la dentine communique avec le cément par un abondant système de canaux ; il base ses conclusions sur des méthodes expérimentales de coloration des os. Box a montré récemment par une série admirable de photomicrographies que de nombreux canaux anastomotiques relient la dentine et le cément au tiers apical de la dent, ce qui confirme l'assertion du précédent auteur. On peut donc concevoir la présence dans la gencive d'organismes dérivant de la pulpe ou de l'apex. La difficulté avec conception réside dans ce fait que la lymphe tend à entraîner des matières infectieuses par le périodonte dans une direction à partir du collet de la dent vers son apex, comme cela a été discuté par Hatton, puis par Skillen. Il y a donc une barrière mécanique à une voie d'infection vers la gencive, soit de l'apex, soit de la pulpe. Ce canal nous semble déraisonnable à nous et nous sommes inclinés à penser comme Glynn.

Comme on sait, d'après certains auteurs, il existe une simple porte d'entrée pour les micro-organismes infectieux, primaires ou secondaires, au point d'attache des tissus mous au ciment-émail. Toutefois, l'un des effets immédiats du processus inflammatoire sur le bord épithélial est d'ouvrir des voies supplémentaires à l'infection. Il se peut que l'usure de ce revêtement protecteur par frottement produise un résultat analogue. L'augmentation du nombre des portes d'entrée due à une infection primaire ou à une lésion mécanique permet l'extension de la zone et de l'absorption supplémentaire des solutions irritantes. Cet état est bien représenté par une septième coupe pratiquée dans la position buccale de la deuxième molaire inférieure gauche d'un Mexicain de 19 ans. C'est une position verticale et bucco-linguale. Le champ comprend une portion du tissu qui est en contact avec la surface de la dent. Le revêtement épithélial des sommets des papilles a l'épaisseur de deux ou trois cellules et a presque entièrement disparu au centre. L'œdème est manifeste dans le tissu conjonctif, surtout dans la région papillaire. Les canaux circulatoires sont fortement engorgés. Une grande quantité de matière désagrégeante (cellules desquamées, exsudat, matière blanche) se trouve à l'extérieur de l'épithélium. L'épithélium est fortement plissé, suivant la description d'Endelman, de Walker et Hatton, qui considèrent ce changement comme une partie d'un processus inflammatoire dénotant la tentative du tissu d'obtenir un revêtement protecteur supplémentaire de défense contre l'invasion. Mais cette tentative est vaine, comme le montre sa ténuité extrême sur les papilles avec leurs vaisseaux sanguins élargis. L'épithélium lui-même

présente une dégénérescence marquée avec de l'œdème, de l'infiltration par les lymphocytes et la kariolyse des noyaux. Il est clair que ce tissu, dans cet état, loin de protéger, présente de nombreuses ouvertures pour l'entrée des éléments microbiens et pour l'absorption des produits toxiques.

Une huitième et une neuvième coupe prouvent que l'absorption de produits toxiques ou bactériens peut amener la rupture de l'épithélium ; elles proviennent d'un spécimen qui serait sans doute considéré comme normal dans ses éléments histologiques. Elles viennent du côté lingual de l'incisive latérale supérieure droite, mais en étaient distantes de 2 ou 3 millimètres ; elles sont horizontales, labio-linguales. Ce tissu n'est certainement pas normal, car l'épithélium œdémateux, a été brisé nettement, comme le montrent l'hématoxyline et l'éosine. Les noyaux sont fortement désagrégés. Il y a infiltration lymphocytique, surtout sur les papilles. L'épithélium s'écarte tellement de la normale qu'il fut examiné avec les colorations employées spécialement pour l'examen bactériologique : le Gram-Weigert. Une masse de bactéries fut révélée par cet examen. Un examen avec les lentilles à immersion d'huile montra que ces bactéries étaient des bâtonnets, dont quelques-uns sans doute des diphtéroïdes, à en juger par leur pléomorphisme, des streptocoques et des staphylocoques. Un précipité d'argent ne révéla pas de spirales.

Dans trois autres coupes (10, 11, 12) même aspect que dans la neuvième ; des organismes Gram-positif et Gram-négatif sont incorporés dans l'épithélium après l'emploi de la coloration Gram-Weigert. Dans chaque cas ce revêtement était dégénéré. La dixième coupe a été pratiquée horizontalement et bucco-lingualement dans la gencive immédiatement en dehors de la deuxième molaire inférieure gauche d'un jeune homme de 19 ans. La onzième coupe provient de la gencive de la face extérieure de la deuxième molaire supérieure droite d'un jeune homme de 26 ans ; elle est verticale, bucco-linguale et le champ est au bord supérieur de la gencive.

La douzième coupe a été pratiquée chez un homme de 25 ans, à la face buccale adjacente à la première molaire supérieure droite, dans un plan vertical et bucco-lingual. Un écran offrit moins de résistance à la masse des rayons rouges. Un examen avec des lentilles à immersion d'huile montra que les organismes trouvés sont des bâtonnets et des sphères. Les réactions tinctoriales inégales de quelques-uns de ces bâtonnets firent penser qu'ils étaient diphtéroïdes en partie. D'autres étaient de simples saprophytes ; pas de spores. Les éléments sphériques étaient des streptocoques et des staphylocoques. La technique appliquée révéla peu de spirales et même l'absence de celles-ci.

Pas de zone d'infiltration en contact intime avec les organismes présents dans ces trois coupes. D'aucuns peuvent en conclure que le tissu est nécrosé. Des sections à l'hématoxyline-éosine dans cette coupe présentèrent des altérations des structures cellulaires, mais les noyaux et les cytoplasmes restèrent bien différenciés. Cela ne prouve pas qu'il n'y a pas eu coagulation comme phase précoce de nécrose. De plus nous ne connaissons rien qui prouve l'existence d'une chémotaxie cellulaire positive dans les tissus, en raison de ces espèces d'organismes en forme de bâtonnets. Nous ne ferons donc aucune affirmation précise touchant l'état de vie ou de mort de ces portions d'épithélium. Si l'on veut considérer ce tissu comme nécrosé, ne pas perdre de vue qu'il se peut que ce soient des saprophytes, mais Goadby, en 1904, a essayé de prouver que les bactéries buccales non pathogènes sont puissamment infectieuses. Si ces conclusions sont justes elles peuvent s'appliquer à des micro-organismes placés dans les mêmes endroits que ceux-ci. De plus ces champs comprennent beaucoup de sphères disséminées au milieu des bâtonnets plus nombreux. Certainement ceux-ci doivent être classés comme puissamment pathogènes.

La treizième coupe, pratiquée horizontalement dans la gencive buccalement à la deuxième molaire supérieure droite, est bucco-linguale. La face est voisine de la dent. Coloration à la thionine phéniquée. Elle montre l'avance de micro-organismes par l'épithélium rompu dans la sous-muqueuse. Ici destruction complète de l'épithélium contre l'émail, et cette zone de dissociation s'étend dans le tissu fibreux intérieur, très enflammé. On note des masses d'organismes, dont la voie mécanique pour une avance ultérieure est manifeste. Microscopiquement ce sont de petits bâtonnets Gram-négatif.

Les caillots de sang et la fibrine peuvent constituer un aliment satisfaisant pour la prolifération et la marche de ces éléments bactériens. Une hémorragie spontanée peut, de plus, favoriser leur marche.

Une quatorzième coupe, préparée par la méthode de Levaditi avec imprégnation d'argent, présente principalement des bâtonnets, venus en masses avec des individus isolés émigrant dans les portions intérieures. Pas de spirales visibles. Elle provient du côté buccal de la première bicuspide inférieure gauche d'un homme de 31 ans. La coupe a été faite verticalement, dans un plan bucco-linguale. Le siège de l'hémorragie était voisin de l'épithélium.

Un certain nombre d'auteurs, Massia, Grigorakis, Kritchevsky, Seguin, Cavalié, Mandoul, Keity, croient que les organismes en spirale doivent être considérés comme causatifs de la pyorrhée. Meyer et Glynn pensent qu'ils sont simplement adventices. Il

est certain que ces éléments sont très nombreux dans les zones de nécrose, que leur présence peut indiquer un processus de dissociation. Par conséquent, cet examen est pathognamonique quand il est positif. Cela ne prouve pas que les spirales soient des envahisseurs primaires, mais plutôt qu'elles sont incitées à proliférer par augmentation de l'alimentation, c'est-à-dire par des structures cellulaires dégénérées. Nos préparations histologiques n'ont pas présenté de spirales en voie de pénétration dans le tissu gingival, quoique la méthode de Levaditi en ait révélé beaucoup à la surface de la gencive. Nous pensons donc que l'opinion des auteurs ci-dessus n'est pas d'une application générale, du moins nous ne pouvons pas la confirmer.

Turner et Drew décrivent des bactéries en bâtonnets dans les canaux lymphatiques et d'autres auteurs ont assigné à ces canaux le rôle de distributeurs d'agents bactériens infectieux. On peut concevoir qu'un bâtonnet mobile se fraye un chemin lui-même par voie intra-cellulaire dans un conduit aussi ténu. De plus, il est permis de penser que ces éléments puissent croître dans les tissus et finalement pénétrer dans l'orifice d'un sac lymphatique, pourvu qu'une défense suffisamment vigoureuse ne soit pas opposée par le tissu ainsi envahi. Nous nous sommes efforcés de montrer qu'il peut y avoir une voie d'invasion dans les canaux lymphatiques plus directe et plus simple que celles précédemment indiquées et dans les coupes quinze et seize nous avons trouvé ces canaux avec des parois définitivement perdues en partie dans les zones enflammées.

La quinzième coupe a été préparée avec une coloration d'hématoxyline de fer : labiale à la cuspide supérieure droite et horizontale au plan, c'est-à-dire labio-linguale. Elle est au milieu de la sous-muqueuse avec épithélium périphérique au bord et provient d'un homme de 51 ans.

La seizième coupe est adjacente et buccale à la deuxième molaire supérieure droite et bucco-linguale à angles droits avec l'axe principal de la dent. Cette zone est submergée dans le tissu conjonctif de la sous-muqueuse. La coloration, hématoxyline-éosine, indique un stade avancé de destruction de la portion avec œdème et dissociation. On n'y distingue qu'avec peine les contours irréguliers des lymphatiques.

Une dix-septième coupe montre les effets destructifs sur ces canaux. Ces tissus limitrophes, délicats à l'excès, ont été endommagés dans cet état pathologique. La voie d'invasion des microorganismes en contact intime est libre pour leur avance et leur dissémination ultérieure. Si la réaction humorale et cellulaire n'est pas active et définitive il n'y a pas de raison pour que les micro-

organismes envahisseurs, primaires ou secondaires, ne se répandent pas mécaniquement dans des parties du corps éloignées. Dans cet ordre d'idées se rappeler le travail de Gay, qui signale la dispersion de streptocoque dans les canaux lymphatiques.

Il est logique d'attendre, d'après ce qui précède, la preuve de la présence de micro-organismes infecticux. C'est ce que nous faisons au moyen des coupes dix-huit et dix-neuf préparées à la phénothionine de Nicole. Chacune a été examinée avec des lentilles à immersion d'huile donnant un grossissement de 3.000 diamètres. On y constate la présence de masses de petits coccus ou de bâtonnets excessivement courts et ténus. Chaque zone est au milieu de la sous-muqueuse, juste en dehors de la périphérie d'un champ d'infiltration. Œdème léger, mais positif.

Ces deux coupes proviennent de la gencive buccale par rapport à la première bicuspide droite supérieure d'un homme de 29 ans ; elles ont été pratiquées verticalement dans le plan bucco-lingual. A noter que l'inclusion de ces micro-organismes n'était pas suffisamment complète dans la coupe dix-neuf pour obstruer complètement l'orifice du canal lymphatique, puisque cet orifice est encore net dans la portion centrale de la masse. Ces éléments doivent être Gram-négatif, car le Gram ne les a pas révélés dans d'autres coupes parallèles voisines et traitées par le procédé Gram-Weigert.

La bactérie filamenteuse qu'on rencontre sous le nom de leptothrix a été décrite pour la première fois par Vincentini. Il n'y a pas de raison pour la considérer comme pathogène, mais il est probable que c'est un saprophyte vivant sur des débris de tissu. Les travaux de Goodrich et Moseley tendent à augmenter l'importance de ces éléments, puisque ces auteurs leur attribuent un rôle déterminé dans la précipitation des composés calciques et dans la formation de calculs. Kofoid et Swezy ont signalé plus récemment une relation probable entre eux et les amibes buccaux. Dans deux coupes, vingt et vingt et un, nous avons établi des colonies de ces organismes. Chacune d'elles est une zone comprenant de l'épithélium nécrosé avec un champ adjacent montrant du tissu liquéfié. La coupe vingt provient de la gencive adjacente au côté buccal de la première molaire supérieure droite d'un homme de 25 ans ; elle a été pratiquée verticalement et est bucco-linguale. La vingt et unième coupe présente du tissu provenant d'un homme de 55 ans (même position), mais le plan de la section est horizontal, bucco-lingual. Dans chacune la prolifération est sur l'épithélium.

Dans une vingt-deuxième coupe, nous avons remarqué des fongus : du mycelium et des corps fructifères, révélés par le Gram-

Weigert, avec de l'épithélium dissocié. Elle a été pratiquée dans la fissure gingivale de la deuxième molaire supérieure droite à pyorrhée avancée. Nous pensons qu'il s'agit là de saprophytes.

Résumé

Nous n'avons pas de raison d'attribuer la pyorrhée à la présence d'un organisme. Il y a de fortes raisons de croire qu'il y a pour des organismes infectieux une voie logique et simple à suivre de la gencive à l'apex par la membrane périodontique. Bien plus, nous pensons que des processus infectieux compliquent et intensifient l'entité dentaire connue sous le nom de pyorrhée. La porte d'entrée doit être trouvée dans l'attachement de l'épithélium gingival à la surface de la dent dans la sertissure gingivale. Un traumatisme mécanique ou une irritation par une matière toxique dissociante peut produire la lésion relativement légère nécessaire pour ouvrir cette voie. Le tissu conjonctif dans la sous-muqueuse est extrêmement lâche et peut aisément être traversé par l'infection. De plus les papilles sont vasculaires aux sommets. Les micro-organismes ont donc toute liberté de pénétrer jusqu'au fond de la sous-muqueuse. Là, l'infiltration est péri-vasculaire et la réaction inflammatoire subaiguë, avec infiltration lymphocyte. Noyaux polymorphiques peu nombreux ou totalement absents. La réaction inflammatoire suit les influences de direction du faisceau de tissu conjonctif et se répand plus ou moins lentement parallèlement à la fissure gingivale, mais dans la sous-muqueuse, elle progresse en forme d'abcès. La réparation est difficile et fréquemment interrompue. Les agents d'infection pénètrent dans les canaux lymphatiques par leur propre mouvement ou par prolifération ou comme conséquence d'une action lytique sur les parois de ces espaces. Comme le drainage de cette zone s'étend jusqu'à la membrane périodontique vers l'apex, c'est la route logique pour cette avance jusqu'à la racine ou à des parties du corps même plus éloignées. On trouve des microbes dans les sacs lymphatiques à cet endroit.

La survenance d'organismes puissamment et activement pathogènes dans la sertissure gingivale est telle qu'il est extraordinairement difficile de rencontrer du tissu gingival véritablement normal. Les effets produits par ces organismes sont connus, ainsi que les colonies de ces bactéries elles-mêmes. C'est par le chemin frayé par la dissociation du tissu, par hémorragie et peut-être par d'autres moyens que l'avance s'opère.

Nous ne trouvons pas de motifs basés sur la technique histologique pour affirmer que l'infection a été produite dans les cas particuliers que nous avons examinés par des spirilles ou des

spirochètes. D'autre part, les éléments que nous avons vus étaient des bâtonnets, dont quelques-uns diphtéroïdes en apparence, avec des streptocoques et des staphylocoques.

Finalement nous avons constaté la présence et la prolifération de leptothrix et d'un fongus.

(*J. of the American dental Association*, février 1925).

LES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES DES MATÉRIAUX DENTAIRES [1]

Par W. SOUDER.

L'auteur répond à diverses questions posées par nos confrères américains dans un but de recherches scientifiques.

I. — La dilatabilité de la dent et celle d'un amalgame sont très différentes. Une dent augmente de huit millimètres cubes ($K : 8 \times 10^{-6}$) quand on porte sa température de 0° à 100° C ; tandis qu'un amalgame augmente de vingt-cinq millimètres cubes ($K : 25 \times 10^{-6}$). La différence est sérieuse et reste importante pour l'usage buccal. Il y faut une compensation qui est fournie par l'expansion de l'amalgame pendant sa prise, qui agit alors sur l'élasticité de la dent et assure l'adhérence aux parois de la cavité.

Black veut pour un amalgame un à cinq microns d'expansion par centimètre. L'auteur indique 4 microns.

II. — Le travail de coulée des alliages d'or dépend de divers facteurs : la manipulation des cires, le revêtement, la ségrégation des alliages, les gaz ou oxydes dissous, le traitement thermique et la composition chimique.

L'auteur a trouvé pour le revêtement silice 70, plâtre 30 une légère expansion de 0,2 % au chauffage jusqu'à 300° C, puis au-dessus du retrait qui s'accentue au refroidissement.

La résistance à la compression en fonction de la température donne :

à 200° C	87,4	kilogs	par	centimètre	carré
à 300° C	122,5	»	»	»	»
à 500° C	130	»	»	»	»

Refroidi de 300 c et au-dessus le revêtement perd 70 % de sa ténacité. Ceci est dû au plâtre qui, au refroidissement, se comporte mal.

III. — Au sujet des gaz ou oxydes dissous dans les alliages d'or, l'auteur s'est occupé de l'oxygène plus particulièrement.

Un échantillon d'or commercial donne 0.0003 d'oxygène, tandis qu'un alliage or-cuivre à 10 % de cuivre n'en décèle pas.

1. Analyse du Dr Ch. Bennejeant, d'Oran.

En granulant l'or par projection du métal dans un liquide on trouve 0,0025 %.

Pour le travail à l'atelier on trouve pour cinq fusions consécutives au chalumeau 0.0150 ; tandis que la fusion au four électrique donne 0.0289 et 0.0471 et pour l'alliage 10 % de cuivre 0.0116.

(*Journal of the American Dental Association*, mai 1925).

LE CHOIX APPROPRIÉ DE MATIÈRES OBTURATRICES DANS LA PRATIQUE DENTAIRE

Par WILLIAM D. TRACY.

En étudiant cette question l'auteur formule les remarques suivantes :

Il y a cependant un grand nombre de gens recevant des soins dentaires qui ne sont pas traités comme il faudrait à cause de l'enthousiasme que la profession a éprouvé pendant plusieurs années pour le ciment au silicate. Peut-être parce qu'il est plaisant à l'œil, qu'il prend vite et aisément, peut-être par ignorance de ses défauts physiques, l'abus et l'emploi inconsidéré de cette matière sont devenus si grands qu'ils constituent, à mon avis, une tache sur la dentisterie américaine.

Actuellement une étude des matières obturatrices serait incomplète si elle ne s'occupait pas spécialement des ciments au silicate. Quel qu'en soit le fabricant, ils ont tous des défauts comme restaurateurs des dents.

Ils occupent une place importante dans notre liste de matières obturatrices et c'est plutôt l'abus de leur emploi que leur emploi légitime qui leur a fait perdre leur réputation auprès d'opérateurs soigneux, qui s'en servaient depuis 1920, époque à laquelle l'émail artificiel d'Asber fut introduit en Amérique.

En s'en servant pour restaurer de grandes cavités mésio-occlusales, disto-occlusales et mésio-occluso-distales dans les bicuspides et les molaires, les dentistes causent un grand tort à leurs patients et à leur profession.

L'incommodité et la maladie qui suivent l'emploi du ciment au silicate sont si étendues et si constantes que cet emploi devrait être condamné comme malsain et indigne de praticiens ayant à cœur l'intérêt de leurs patients.

Les réclames séduisantes des fabricants vantant les qualités adhésives de certains ciments au silicate sont sincères en ce qui concerne l'adhérence de la masse à la spatule d'agate. Mais il n'en

est plus de même quand ils sont employés comme obturants dans une dent où il peut ne pas y avoir adhérence permanente et où il n'y en a pas quand l'obturation a été en place assez longtemps pour que l'humidité naturelle de la dent, jointe à l'influence de l'attraction capillaire des liquides buccaux, pénètre dans la masse.

La raison pour laquelle c'est une matière obturatrice convenant si mal pour la restauration des contours proximaux et des points de contact des bicuspides et des molaires, c'est qu'il perd de sa masse avec le temps, non seulement sur les bords, mais sur les faces proximales ; les aliments pénètrent entre les dents, le septum transversal de la gençive et le septum osseux du procès alvéolaire deviennent intéressés et la périodontoclasie se déclare. La destruction survient au bord cervical, la carie secondaire progresse au-dessus de l'obturation et la pulpe est fréquemment atteinte quand cet état règne.

Souvent les bicuspides et les molaires sont si poussées l'une contre l'autre par la perte de contact proximal qu'elles arrivent en contact à la partie cervicale, ce qui rend très difficile, sinon impossible toute restauration future satisfaisante.

Des milliers d'obturations cervicales de ciment au silicate sont certainement en place à des endroits peu visibles où une porcelaine bien adaptée ou un amalgame bien poli aurait mieux valu.

Quand le bord d'une cavité cervicale, après une préparation soignée, est sous le bord libre de la gencive, il faut tenir compte de deux facteurs importants pour choisir la matière obturatrice : la restauration permanente de la tension normale de la gencive et l'influence de la matière obturatrice sur le tissu gingival lui-même.

Avec une obturation de ciment au silicate le contour peut être donné à la masse de façon à produire une tension normale de la gencive quand l'obturation est récente ; mais avec le temps il y a une perte de la masse de l'obturation, à la suite de laquelle la gencive prend un aspect flasque et irrité. De plus, la surface rude et granuleuse du ciment lui-même agit comme une source constante d'irritation pour le tissu gingival.

Si l'on emploie une porcelaine à contours bien fins, le tissu gingival l'accepte et l'on peut s'attendre raisonnablement à un résultat plus durable en conservant la tension de la gencive et la dent elle-même. Il semble donc que dans les cavités de ce genre les inlays de porcelaine sont indiqués de préférence aux ciments au silicate et quand ces cavités ne sont pas exposées à la vue, l'amalgamee avec de bons contours et bien poli est préférable au silicate.

Un problème délicat, c'est la restauration des coins des incisives supérieures quant un quart ou même un tiers du contour de la dent est perdu. Là, trois alternatives se présentent : 1° le coin

avec arrière de porcelaine ; 2° l'or coulé avec une petite fenêtre pour obturation avec du ciment au silicate ; 3° le placement d'une couronne-jaquette de porcelaine.

Celle-ci, sauf dans les cas rares où pour des raisons professionnelles l'esthétique de la dent joue le principal rôle, ne doit être employée que comme moyen extrême.

Si la dent à restaurer est massive, nettement épaisse labio-lingualement, la perspective d'une restauration heureuse avec un coin à arrière de porcelaine est nettement bonne. Si la dent est délicate et mince labio-lingualement, une restauration en or coulé exécutée à l'arrière de la portion cervicale de la couronne pour la rétention mécanique, avec une petite fenêtre sur la portion labiale pour recevoir une petite portion de ciment au silicate, sera souvent très satisfaisante.

Le coin fait en ciment au silicate donnera parfois de bons résultats, mais doit toujours être regardé comme plus ou moins précaire.

Il semble y avoir tendance dans la profession à employer plus d'or en feuilles et plus d'inlays qu'il y a 5 ou 6 ans.

C'est là une indication de bonne augure, car avec l'usage répandu des inlays d'or et celui des ciments au silicate on pouvait craindre la disparition de l'or en feuilles, ce qui serait très regrettable, car le dentiste qui par une pratique continue, développe son habileté et sa dextérité manuelle dans l'emploi de l'or pour obturation est habituellement un maître en tous genres d'opérations.

(*Dental Items of Interest*, novembre 1924).

NOUVELLES ÉTUDES SUR LA LOCALISATION ÉLECTIVE DES BACTÉRIES PROVENANT DE DENTS INFECTÉES

Par JOHN G. MEISSER, de Cleveland.

Il m'a été donné pendant les quatre dernières années, grâce à la collaboration de médecins dans plusieurs services de la clinique Mayo, d'étudier expérimentalement et cliniquement les rapports entre les infections dentaires et diverses maladies constitutionnelles. Les résultats de ces recherches ont été publiés de temps en temps en collaboration avec Rosenow, H. Mayo, Bumpus et autres membres du personnel traitant. Je vais passer brièvement en revue ici les résultats des premières expériences et donner en détail les résultats de nouvelles expériences entreprises d'après les mêmes principes.

Dans les premières le pouvoir de localisation de chapelets de bactéries récemment isolées de dents infectées était mesuré par

TABLEAU I. — **Localisation de streptocoques de foyers dentaires infectieux.**

	Chapelets, 210	Animaux injectés, 660	POURCENTAGE DE LA SURVENANCE DES LÉSIONS DANS											
			Rein	Vessie	Canal de l'urèthre	Articulations	Muscles	Estomac: Hémorragies	Estomac: Hémorragie et ulcère	Duodénum	Endocarde	Myocarde	Nerfs	Vésicule biliaire
Ulcère de l'estomac	22	81	15		15	12	9	67	33	1	1		1	
Pyélonéphrite	29	111	76	14	18	17	7	10				4		2
Cystite	10	48	71	46	87	4	10	8		2	4			6
Arthrite	75	239	10		10	67	35	9	1		1	1		1
Myosite	8	26	8		8	27	81	15				8	8	
Hématurie	7	22	32		32	14	5	9						5
Diagnostic indéfini	59	133	5		5	10	15	8				5		

une injection intra-veineuse chez des lapins. La techinque employée pour isoler les bactéries et injecter les animaux était celle de Rosenow dans ses recherches sur les infections locales. Des streptocoques furent trouvés dans des cultures pures ou comme agents prédominants dans des cultures faites avec des granulomes et avec le raclage des apex et des canaux de dents sans pulpe. Ces streptocoques étaient toujours du type nonhémolytique et peu virulents. Quoique très ressemblants culturellement une fois injectés dans des animaux, ils produisent différentes lésions, semblables à celles constatées chez le patient duquel provenaient les bactéries.

Depuis notre travail de 1922 sur la localisation élective des bactéries provenant de dents infectées de patients atteints de diverses maladies, beaucoup d'autres patients ont été examinés et beaucoup d'animaux infectés, les uns par l'injection intra-veineuse de bactéries provenant des dents infectées de patients, les autres par la production de foyers chroniques (Tableau I).

Les chiffres du tableau I indiquent le pourcentage de la survenance des lésions dans les divers organes de tous les animaux

ayant servi aux expériences : à 660 lapins furent injectées des bactéries provenant des dents infectées de 210 patients.

Sur les 81 lapins injectés de cultures provenant des dents infectées de 22 patients atteints d'ulcère de l'estomac, 67 % présentèrent des lésions hémorragiques de l'estomac et 33 % des ulcères et des hémorragies. Les lésions des autres organes étaient comparativement légères. Deux patients avaient eu des récidives d'ulcère avec hémorragie et chacun avait subi la gastro-intérostomie. Lors de l'opération, les foyers d'infection furent négligés. Un patient eut une récidive de symptômes gastriques dans les quinze mois qui suivirent l'opération et la radiographie révéla un ulcère le long de la petite courbure. La recherche de ces foyers révéla des amygdales infectées et neuf dents sans pulpe, toutes présentant des signes d'infection péri-apicale. Ces dents et amygdales furent enlevées, vingt-six lapins reçurent des injections intra-veineuses de cultures provenant des dents infectées ; vingt-deux de ces lapins eurent des lésions hémorragiques de l'estomac ; treize eurent également des ulcères.

Le rein fut affecté chez trois seulement. Un eut quelques lésions des muscles, chez un autre l'articulation fut intéressée, un eut une endocardite. Ces lésions étaient relativement légères, comparativement à celles de l'estomac. Après enlèvement des amygdales et dents infectées et l'administration d'un vaccin autogène, les symptômes gastriques disparurent graduellement.

L'autre patient qui avait eu une gastro-entérostomie était porteur de cinq dents sans pulpe, dont quatre donnaient des signes d'infection à la radiographie. Les dents furent enlevées et mises en culture : chacune, y compris celle qui était négative à la radiographie, donna un streptocoque produisant du vert. Six lapins reçurent des injections intra-veineuses et cinq eurent des lésions hémorragiques de l'estomac ; quatre de ces cinq eurent des ulcères bien nets. Après enlèvement des dents infectées (il y a quatre ans environ), les symptômes disparurent graduellement ; l'ulcère ne récidiva pas.

Des lésions se produisirent dans le rein de 76 % des cent onze lapins ayant reçu des injections intra-veineuses avec le streptocoque des foyers dentaires de vingt-neuf patients atteints de pyélonéphrite. Des lésions d'autres étaient comparativement légères. La spécificité marquée des streptocoques pour le tissu rénal chez ces patients offre un intérêt particulier parce qu'on a cru généralement que la pyélonéphrite était due à une infection du bacille colon. L'urine de ces patients contient toujours ce bacille. Une étude expérimentale et clinique attentive a prouvé que le streptocoque est généralement la cause de la maladie et que le

bacille colon n'est qu'un envahisseur secondaire. Dans beaucoup de cas, après enlèvement des dents infectées qui contenaient seulement des streptocoques, le pus, l'albumine et le bacille colon disparurent graduellement de l'urine.

Quarante-huit lapins reçurent des injections intra-veineuses de streptocoques isolés des dents infectés de dix patients atteints principalement de cystite, mais également de néphrite bénigne. 46 % présentèrent des lésions de la vessie et 71 % des lésions du rein. Il est intéressant de comparer les 87 % de localisation dans l'urèthre avec les lésions en petit nombre ailleurs relativement (tableau I).

Les streptocoques isolés des dents infectées de 75 patients avec divers types d'arthrite chronique furent injectés à deux cent trente-neuf lapins. Les articulations furent infectées chez 67 % et certains muscles chez 35 %. Ce pourcentage est un peu moindre que celui de ma première étude sur la localisation élective, où 81 % des animaux injectés présentèrent de l'arthrite. Cependant la première série de patients fut choisie et tous présentaient une forme aiguë ou subaiguë de la maladie, tandis que la présente série comprend des patients examinés sans avoir égard au type ou à la durée de la maladie.

Dans un travail antérieur j'ai démontré que l'arthrite ne survient pas aussi souvent chez les animaux infectés de streptocoques provenant de foyers dentaires en cas d'arthrite chronique proliférative ou dégénérative que chez ceux injectés de streptocoques dans des cas plus aigus.

Huit patients seulement atteints de myosite furent étudiés et, sur vingt-six animaux injectés, vingt et un présentèrent des lésions musculaires. Plusieurs de ces huit patients se plaignaient de douleurs articulaires, tandis que plusieurs arthritiques se plaignaient de douleurs musculaires. Cela explique la proportion relativement élevée de la localisation des lésions dans les muscles de lapins avec arthrite et dans les jointures de lapins avec myosite et concorde avec ce qui a été constaté dans un groupe beaucoup plus large de cas semblables. Les lésions dans les organes et tissus autres que les muscles et les jointures étaient relativement légères.

Sept patients atteints d'hématurie furent étudiés. Bien qu'aucun des animaux injectés n'ait présenté d'hématurie typique, sept sur vingt-deux présentèrent des lésions rénales. L'état des patients s'améliora notablement après la suppression des foyers dentaires d'où avaient été isolés les organismes injectés dans les animaux. Pour produire expérimentalement l'hématurie il peut être nécessaire d'employer une méthode autre que l'injection intra-veineuse.

Les résultats chez les cent trente-trois animaux injectés de cultures d'un groupe de patients exempts de maladies constitutionnelles servirent de contrôle. La dose et la durée de l'expérience dans les différents groupes étaient comparables.

Résultats de foyers dentaires chroniqus infectieux.

On a cru possible d'obtenir des effets encore plus spécifiques en stimulant plus intimement l'état constaté chez les patients et en produisant des foyers chroniques chez les animaux par la dévitalisation et l'infection de dents. Les foyers chroniques expérimentalement devaient fournir d'une façon continue des bactéries pendant longtemps et l'on pouvait ainsi provoquer certaines maladies chroniques que l'observation clinique indiquait être le résultat de l'infection et qui n'ont pas été produites par l'injection intra-veineuse. Il a été procédé ainsi dans des cas de néphrite et de néphrolithiase avec la technique suivante.

Les animaux étaient des chiens bien portants et bien nourris qui, pour la dévitalisation de leurs dents d'une façon stérile, furent placés sur la table d'opérations et éthérisés par la méthode intra-trachéale. Les dents à infecter furent isolées par une digue recouvrant les maxillaires haut et bas. Les animaux étaient recouverts d'un drap et de serviettes stériles, la digue et les dents isolées restant seules visibles. Ces dernières furent soigneusement badigeonnées de teinture d'iode et d'alcool et coupées au milieu entre le bord incisif et le bord marginal avec des pinces à os stérilisées. Les pulpes furent enlevées avec des tire-nerfs flambés et les bactéries des foyers du patient introduites dans des chambres pulpaires. Les canaux furent alors scellés avec de la gutta stérile et de l'amalgame de cuivre chauffé.

Sur les vingt chiens à chacun desquels quatre cuspides furent infectées de streptocoques isolés des dents infectées de trois patients atteints d'ulcère de l'estomac, treize (65 %) présentèrent des lésions hémorragiques de l'estomac et 45 % un commencement d'ulcération (tableau 2). Pas de lésions dans les autres organes. Les ulcères stomacaux de ces chiens ressemblaient à maints égards à ceux provoqués par Rosenow chez des chiens par injection intra-veineuse. Ils étaient très nombreux près du pylore et le long de la petite courbure et ressemblaient d'ordinaire à ce qu'on appelle des ulcères peptiques parce que la muqueuse avait un aspect découpé avec bords et base nets. Parfois les bords étaient enflés, opaques et granulaires ; quelquefois la muqueuse était enflée et opaque, mais pas encore ulcérée.

L'examen microscopique de coupes de la surface ulcérée et de zones présentant de l'infiltration et de l'enflure sans ulcération

révéla un degré variable d'infiltration leucocytique et de cellules rondes, plus marquée d'ordinaire entre les tubuli, mais s'étendant souvent dans la sous-muqueuse à une distance considérable au delà de la zone ulcérée ou enflée. Une seule fois de la thrombose fut découverte, quoique une accumulation leucocytique modérée fût constatée parfois dans les vaisseaux sanguins de la sous-muqueuse. Dans certains cas il y avait du tissu conjonctif hyperplasié avec des nids de réaction inflammatoire plus aiguë, indiquée par l'infiltration de leucocytes polymorphonucléaires.

Un examen attentif des micro-organismes dans des coupes colorées par le Gram révéla des diplocoques et de courts chaînons, très nombreux dans les tissus rabattus, les espaces interstitiels entourant les tubuli dans les zones ulcérées et à la base de ces zones. On pourrait également les constater à une distance considérable de la surface ulcérée dans les zones infiltrées de la sous-muqueuse, mais non dans les tissus normaux éloignés des zones ulcérées ou infiltrées.

Les expériences sur les treize chiens qui présentèrent des lésions stomacales durèrent de quinze jours à un mois dans quatre cas, de trois mois et demi à cinq mois et demi dans trois cas, neuf mois dans deux, et de douze à quinze mois dans quatre cas. Les sept expériences négatives durèrent cinq mois dans un cas, quinze mois dans un autre, de huit mois et demi à neuf mois dans cinq cas.

Des radiographies des maxillaires décelèrent de la raréfaction autour des apex des dents dévitalisées chez la plupart des chiens. Les quelques chiens qui donnèrent des radiographies négatives étaient très vieux et les canaux pulpaires si étroits qu'un tire-nerfs très fin ne put y pénétrer qu'à moitié. Des coupes de granulomes provenant des apex des dents dévitalisées contenaient des degrés variables d'infiltration leucocytique et cellulaire. Des diplocoques et des streptocoques furent trouvés dans les zones d'infiltration cellulaire.

A l'autopsie il fut fait des cultures de la matière trouvée dans les canaux pulpaires d'une ou plusieurs des dents dévitalisées chez chaque chien. Le streptocoque fut obtenu dans une culture pure provenant des dents infectées de sept des treize chiens présentant des lésions gastriques et était l'organisme prédominant avec des bacilles produisant des gaz par fermentation négatifs au Gram et positifs au Gram chez les six autres. Ces cultures furent injectées à des lapins pour essayer leur pouvoir de localisation et de l'ulcère de l'estomac se produisit presque chez tous. Elles ressemblaient beaucoup à celles qu'on obtient après dévitalisation et infection des dents chez les chiens, sauf que ces lésions étaient plus aiguës et que le streptocoque était plus facile à démontrer dans ces lésions.

Des cultures faites avec les cuspides dévitalisées des sept chiens à radiographie négative donnèrent des streptocoques chez quatre, des bacilles producteurs de gaz négatifs au Gram et positifs au Gram chez deux, des bacilles négatifs au Gram et des streptocoques chez un. Le streptocoque introduit dans les dents lors de la dévitalisation avait disparu chez deux chiens et presque disparu chez un troisième, à cause d'une invasion secondaire de bacilles producteurs de gaz, négatifs et positifs au Gram. Cela explique nettement pourquoi il ne s'est pas produit d'ulcère de l'estomac. Dans les dents sans pulpe de quatre chiens les streptocoques étaient encore présents en culture pure et furent injectés sous les veines à des lapins pour essayer le pouvoir infectant des organismes, cinq lapins furent injectés avec des cultures d'un chien. Les résultats négatifs montrèrent que le streptocoque avait perdu sa spécificité chez ce chien. Onze lapins furent injectés avec des cultures provenant des trois chiens restants : sept présentèrent des ulcères. Deux des chiens avaient les petits canaux pulpaires dont il a été question. L'infection existante n'était manifestement pas assez grave pour vaincre la forte résistance de ces trois chiens pendant les 9 mois où ils conservèrent les quatre dents infectées.

Des maladies du canal de l'urèthre furent aussi produites chez des chiens en dévitalisant et en infectant leurs dents par des bactéries provenant de foyers de patients atteints de néphrite et de néphrolithiase. Les résultats constatés chez les animaux ayant reçu des injections intra-veineuses (tableau 2) démontrent nettement la relation existant entre les infections dentaires et la néphrite. Des foyers chroniques avec bactéries provenant de patients atteints de néphrite furent donc produits chez six chiens seulement, cinq de ces six (85 %) eurent de la néphrite.

Aucun n'eut de lésions en dehors du canal de l'urèthre. Un cas fut particulièrement intéressant : des amygdales infectées et du sinus gauche d'un patient atteint de néphrite chronique fut isolé un staphylocoque qui causa de la néphrite chez trente des trente-deux lapins injectés entre les veines. L'organisme fut alors introduit dans les chambres pulpaires de deux cuspides inférieures de chacun des quatre chiens qu'on laissa vivre plusieurs mois. A l'autopsie les quatre chiens furent reconnus avoir de la néphrite et des granulomes à l'apex des dents dévitalisées. Le staphylocoque provenant des lésions du rein et des dents infectées, après réinjection intra-veineuse chez les lapins, produisit à nouveau de la néphrite. L'organisme fut alors injecté dans la cavité péritonéale de plusieurs cobayes. Au bout de quelques jours il fut retiré de cette cavité et réinjecté à fortes doses à des lapins : pas de néphrite. Le staphylocoque dans ce cas présenta pour le tissu rénal une

spécificité marquée qu'il conserva pendant les mois où il resta dans les cavités pulpaires et les abcès périapicaux des dents de chien, mais qu'il perdit dans l'abcès du péritoine du cobaye.

TABLEAU II. — **Lésions chez des chiens à la suite de dévitalisation et d'infection de dents par des bactéries isolées de foyers dentaires et autres.**

	Colonies, 20 (Strains)	Chiens avec foyers chroniques, 20	PROPORTION DE LA SURVENANCE DES LÉSIONS								
			Calculs	Reins	Vessie	Canal de l'urèthre	Estomac : Hémorragie	Estomac : Ulcère commençant	Articulations	Muscles	Nerfs
Ulcère de l'estomac....	3	20					65	45			
Néphrite	2		17	68	34	85					
Néphrolithiase	9	34	75	12		7					
Cystite phosphatique alcaline.....	2	5	60	20	80	100					
Arthrite chronique....	4	8									

L'hypothèse de l'origine bactérienne de la néphrolithiase fut émise en 1918 par C.-H. Mayo. Cette maladie ne fut toutefois jamais reproduite expérimentalement chez des animaux par l'injection de bactéries et cette théorie ne fut pas acceptée généralement. La production expérimentale de la néphrolithiase par celle de foyers chroniques chez des animaux fut envisagée à la suite des résultats d'autres expériences dans lesquelles des animaux furent infectés pendant longtemps. Rosenow et moi nous avons eu l'occasion d'étudier neuf patients atteints de néphrolithiase. Sur trente-quatre chiens dont plusieurs cuspides avaient été infectés par des streptocoques provenant des dents, des amygdales ou de l'urine de patients, 75 % présentèrent des calculs. Des lésions du rein ou des calculs se produisirent dans 87 % des animaux infectés.

Les calculs constatés chez les chiens avaient les propriétés physiques et la composition chimique de ceux des patients. Les gros calculs étaient visibles dans les radiographies prises à l'autopsie bien qu'elles ne le fussent pas lorsque les dents furent dévitali-

sées et infectées. Le streptocoque inoculé dans les dents de chiens fut retrouvé à l'autopsie, dans les lésions du rein dans quelques-uns des calculs, dans des granulomes et dans des canaux pulpaires des dents dévitalisées et son affinité élective pour le canal de l'urèthre des lapins fut prouvée par l'injection intra-veineuse. Dans quelques dents une invasion secondaire de bacilles négatifs au Gram avait eu lieu, mais le streptocoque inoculé prédominait d'ordinaire. Des radiographies des maxillaires des chiens montrèrent de larges zones raréfiées autour des apex des dents sans pulpe. Chez dix des trente-quatre chiens soumis aux expériences, trois cuspides furent infectées et une quatrième fut dévitalisée et obturée avec des pointes de gutta-percha. Cette dent s'infecta secondairement sur chacun des dix chiens et le même type d'organismes que les trois cuspides infectées primairement y furent trouvés.

Deux patients seulement ayant une cystite phosphatique alcaline furent étudiés. Avec des bactéries isolées des dents infectées de ces deux patients il fut produit des foyers chroniques chez cinq chiens en dévitalisant et infectant plusieurs dents. Quoique aucun de ces chiens n'ait présenté de cystite phosphatique alcaline, tous présentèrent des lésions du canal de l'urèthre. Quatre sur les cinq eurent des hémorragies dans la vésicule biliaire et trois des cinq des calculs urinaires. Pas de lésions en dehors de ce canal. Chez chacun des cinq chiens une dent fut dévitalisée et obturée avec des pointes de gutta. A l'autopsie cette dent contenait le même type d'organismes que les dents infectées.

Des foyers chroniques furent produits expérimentalement chez huit chiens en infectant les cuspides avec des streptocoques isolés de quatre patients arthritiques chroniques. Aucun des chiens n'eut d'arthrite. Des lapins auxquels il fut fait des injections intra-veineuses des mêmes colonies de streptocoques présentèrent de l'arthrite. A l'autopsie les organismes infectés furent tirés des dents infectées de chaque chien et réinjectés sous les veines aux lapins.

De rechef les lapins présentèrent de l'arthrite.

Résumé et commentaire.

Les bactéries provenant des foyers dentaires des divers patients étudiés avaient une affinité élective pour les organes et tissus semblables à ceux des patients ; cela est démontré par les résultats chez les lapins à la suite de la production de foyers dentaires chroniques. Des résultats conformes furent obtenus pendant plusieurs années dans un grand nombre d'expériences. Les patients furent tous soigneusement étudiés au point de vue clinique par des praticiens de la clinique Mayo habiles en diagnostic. La

récidive de l'ulcère de l'estomac après une gastro-entérostomie a prouvé que les grandes opérations chirurgicales seules étaient souvent impuissantes à guérir une maladie chronique quand il subsiste encore des foyers dentaires et autres. L'importance de l'enlèvement de toute dent sans pulpe chez des patients à maladie chronique d'origine streptococique ne saurait trop être soulignée. Dans beaucoup de cas où la radiographie donnait des preuves d'infection dans quelques-unes des dents sans pulpe et pas dans les autres, les dents présentant des signes d'infection furent enlevées les premières et des organismes provenant des cultures furent injectés à des animaux. Si ceux-ci présentaient des lésions dans des organes ou tissus semblables à ceux affectés chez le patient, les dents sans pulpe restantes, qui étaient négatives en apparence dans la radiographie, furent extraites, firent l'objet de culture et l'on y constata le même type de bactéries ayant la même affinité élective pour les tissus des animaux. La quantité d'os qui peut avoir été détruite autour de l'apex d'une dent, comme le montre la radiographie, n'indique nullement la relation entre la maladie du patient et la dent en question. Quoique les radiographies fournissent des preuves de changements osseux, elles ne décèlent pas de bactéries.

La production expérimentale d'une maladie chez les animaux ne dépend pas de l'injection de quantités démesurées de bactéries; cela est démontré par les résultats constatés chez les chiens à la suite de la production de foyers dentaires chroniques. Aucun des chiens ne présentait plus de quatre dents infectées, mais les foyers chroniques produits expérimentalement étaient semblables à ceux des patients. Dans beaucoup de dents dévitalisées des granulomes se produisirent, dont l'histopathologie était semblable à celle des granulomes enlevés à des patients. Cette méthode d'infection des animaux qui fournit d'une façon continue des bactéries pendant longtemps a démontré les relations entre la néphrolithiase et l'infection.

Les résultats négatifs chez des chiens dont les cuspides étaient dévitalisées et infectées par des streptocoques provenant des dents infectées de patients atteints d'arthrite offrent un intérêt spécial. Les mêmes colonies, lorsqu'elles étaient isolées des foyers du patient, provoquaient l'arthrite chez des lapins par injection intra-veineuse. Un an plus tard environ, quand on les prélevait sur les dents de chiens infectées, elles produisaient de nouveau de l'arthrite sur injection intra-veineuse. Ces organismes conservaient donc leur spécificité pour le tissu des articulations tant qu'ils étaient dans les dents des chiens, mais ne produisaient pas d'arthrite parce que ces animaux sont très résistants ou parce que

l'expérience était trop courte. On fait souvent la même constatation chez des patients ayant eu des dents infectées des années avant d'avoir de l'arthrite ou une autre maladie constitutionnelle d'origine streptococique. Ce fait est confirmé par Price qui dit : « Les infections dentaires, tout en étant puissamment dangereuses, peuvent ne pas causer de mal apparent ou grave jusqu'à ce que le sujet soit atteint d'une autre affection, alors une rupture grave d'équilibre peut s'ensuivre ».

On dit souvent que la présence de quelques streptocoques à l'apex d'une dent sans pulpe peut n'avoir qu'une légère importance, parce que ces organismes sont toujours présents en grand nombre sur la muqueuse buccale de tous les individus sains. Antérieurement il a été prouvé que le pouvoir infectant des streptocoques qui prolifèrent et existent dans le milieu anaérobie entourant l'apex d'une dent sans pulpe diffère de celui des streptocoques provenant de la muqueuse de la bouche. Les animaux recevant des injections intra-veineuses de streptocoques provenant de dents infectées présentaient d'ordinaire des lésions analogues à celles des patients, tandis que des animaux recevant des injections intra-veineuses de fortes doses de streptocoques de la salive ou de la muqueuse ne provoquaient pas de lésions. Le cas de néphrite signalé ici offre un intérêt spécial parce qu'il montre combien le milieu influence la virulence des micro-organismes. Les bactéries provenant du foyer du patient avaient pour le tissu rénal une affinité marquée qu'elle conserva pendant des mois dans les dents de chiens, mais perdit totalement dans l'abcès du péritoine d'un cobaye.

Les dents dévitalisées et obturées d'une façon stérile s'infectent souvent secondairement par le courant circulatoire, cela est prouvé par les résultats constatés chez des chiens dont trois cuspides étaient infectées, tandis que dans une quatrième le canal radiculaire était obturé d'une façon stérile. Non seulement les cuspides dévitalisées et obturées furent infectées secondairement, mais elles contenaient le même type d'organismes qui fut introduit dans les trois cuspides de chaque chien soumis à l'opération.

La survenance chez l'être humain d'une infection secondaire de dents sans pulpe est indiquée par le fait que des cultures provenant de plusieurs dents infectées de la même bouche (même si celles-ci étaient des racines obturées par des opérateurs différents à des époques différentes) donnaient souvent un type d'organisme ayant la même affinité élective pour les organes et les tissus d'animaux.

Les infections dentaires ne sont souvent que l'un des foyers existant chez des patients à maladies chroniques en développe-

ment d'origine streptococique. Pour que l'état de ces patients s'améliore, il faut que tout foyer existant soit détruit, et cela ne se peut que par la coopération du médecin et du dentiste. Au début le pronostic est généralement favorable, pourvu que tous les foyers soient supprimés ; dans un cas avancé, tout ce qu'on peut espérer c'est d'arrêter le progrès de la maladie. L'extraction des dents infectées empêchera la réinfection par cette cause, mais ne peut avoir que peu d'effet sur une articulation où le cartilage a été détruit ou sur une rein dont le bassin est rempli de calculs.

Par suite des résultats de ces expériences confirmatives des travaux de Rosenow sur la localisation élective, il ne peut y avoir de doute sur la relation causale entre les foyers dentaires et certaines maladies constitutionnelles. Ces résultats montrent éloquemment l'importance de la dentisterie préventive.

(*J. of the Americ. Dent. Assoc.*, mai 1925).

REVUE ANALYTIQUE

WORMS et BERCHER. — ***Complications oculaires d'origine dentaire***

Les auteurs ont recherché dans quelles proportions les dents sont responsables d'états pathologiques oculaires. Sans croire que le domaine de ces complications oculaires soit aussi étendu que le pensent les auteurs américains, ils exposent que de tels faits sont loin d'être exceptionnels. Ne voulant tenir compte que d'observations bien établies ils réunissent pour chacune des preuves bactériologiques, radiographiques et cliniques. MM. Worms et Bercher ne pensent pas que les complications oculaires soient de nature septicémique et les faits qu'ils ont observés eux-mêmes peuvent se classer en deux catégories :

1° Les troubles oculaires s'associent à des désordres sensitifs homolatéraux, sous forme de névralgies du trijumeau, de troubles vasomoteurs ou troubles connexes de la muqueuse pituitaire. Les malades établissent souvent eux-mêmes la filiation. La manifestation oculaire la plus fréquente de cette catégorie est la kerato-conjonctivite récidivante, du type phlycténulaire ou ulcératif ; plus rarement l'iritis ou l'iridocyclite.

Il s'agit là de lésions d'ordre éruptif ou ulcératif par irritation du trijumeau dentaire, comme le démontrent la fréquence et la multiplicité des rechutes avant le traitement causal, l'action inconstante ou nulle des moyens thérapeutiques ordinaires et la guérison durable après l'avulsion dentaire.

2° Dans ces cas la complication oculaire éclate sans qu'on ait observé aucun signe de souffrance dentaire. La lésion dentaire existante passe inaperçue sans manifestations cliniques nettes. On pensera à l'origine dentaire lorsque, après l'échec des traitements oculaires classiques, on trouvera du même côté que la lésion oculaire des lésions apparentes ou cachées de prémolaires ou molaires supérieures. La radiographie sera d'un grand secours, mais seule l'épreuve thérapeutique permettra d'affirmer le diagnostic. Les résultats sont parfois impressionnants (cas d'iridocyclite tenace disparaissant en quelques jours après l'avulsion de la prémolaire causale). L'examen radiographique du sinus devra toujours être fait, car il existe souvent des réactions sinusales latentes simplement fluxionnaires, sans expression clinique nette, mais très bien visibles sur les clichés. Ces réactions paraissent dues à une réaction vaso-motrice et secrétoire de la muqueuse sinusale ethmoïdo-maxillaire, par irritation du système trijeminosympathique plutôt qu'à une inoculation venue de la dent coupable. Ces réactions du sinus sont parfois le chaînon intermédiaire entre la lésion dentaire et la complication oculaire.

(*Congrès de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

CHOMPRET et L'HIRONDEL. — ***Un accident muqueux de la dent de sagesse : l'abcès migrateur du vestibule inférieur ou buccinato-maxillaire.***

MM. Chompret et L'Hirondel décrivent sous ce nom un abcès né du sac péricoronaire et fusant très en avant et en dehors dans le vestibule.

Cette migration en avant et la fixation secondaire de l'abcès au niveau des prémolaires sont déterminées par diverses conditions anatomiques. La principale est la gouttière formée d'un côté par le maxillaire et de l'autre par le buccinateur qui vient s'insérer sur la ligne oblique externe ; d'où le nom d'*abcès buccinato-maxillaire* donné par les auteurs à cette lésion inflammatoire.

Comme symptômes, cet accident muqueux reproduit au point de vue fonctionnel l'accident profond et osseux, l'intensité en moins. Mais les signes physiques sont complètement différents. Alors que le phlegmon osseux évolue en dedans et en arrière, derrière l'angle mandibulaire, l'abcès buccinato-maxillaire siège à la partie mésio-latérale de la branche horizontale, où il soulève la joue ; le menton et l'angle mandibulaire sont normaux. Du côté de la bouche, le vestibule est soulevé en face des prémolaires. Etant donné l'origine de l'abcès, la pression à son niveau fait sourdre du pus au niveau de la dent de sagesse (signe pathognomonique).

Si l'on n'intervient pas, l'abcès peut s'évacuer soit dans le vestibule, soit à l'extérieur (fistule cutanée), d'où l'existence de deux formes cliniques importantes à connaître pour éviter les erreurs de diagnostic et de traitement.

Le diagnostic doit être fait avec les accidents osseux de la dent de sagesse, l'ostéopériostite banale des prémolaires et molaires, la fistule alvéolo-dentaire, l'adénite génienne.

Comme traitement, les auteurs conseillent l'extraction immédiate de la dent de sagesse, qui leur a donné toujours une guérison radicale, même dans un cas où l'abcès buccinato-maxillaire avait produit une fistule cutanée datant d'une année, et dans un autre cas de 6 ans.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

R. MIQUEL. — ***Le chancre de la gencive***

Le chancre de la gencive est une affection rare, mais non exceptionnelle, le chiffre des cas publiés dépassant de beaucoup la centaine. Sa connaissance est utile au syphiligraphe, au médecin, au dentiste.

Il est plus fréquent chez l'homme et son siège de prédilection est la face antérieure de la gencive supérieure. Il se présente sous deux aspects : la forme typique, la plus habituelle (lésion érosive bien limitée, se raccordant sans bord avec les tissus voisins, lisse de surface, de couleur rouge foncé carminé, « chair musculaire »), et la forme atypique, ulcéreuse, où la configuration régulière, l'état lisse et uni, la coloration tout à fait spéciale font défaut.

L'adénopathie du chancre de la gencive est assez souvent unique, volumineuse et inflammatoire, parfois fébrile. Cet aspect est surtout

fréquent au début du chancre ; ultérieurement et dans le reste des cas, l'adénopathie se présente avec ses caractères habituels.

Le diagnostic différentiel porte principalement sur les gingivites, la polyarthrite alvéolo-dentaire, les manifestations de la syphilis à ses autres périodes, les tumeurs des mâchoires. Le diagnostic précoce sera facilité par la recherche du tréponème dans la sérosité du chancre et la pratique de la réaction de Bordet Wassermann.

Par sa situation habituelle sur la gencive antérieure, le chancre des gencives est surtout un chancre vénérien ou osculatoire (Milian). Parmi les nombreux cas de contagion médiate rapportés, la plupart sont attribués aux instruments de dentisterie : quelques-uns ne paraissent pas probants ; les plus vraisemblables sont ceux développés au niveau des dernières molaires, au point d'extraction de ces dents.

Tous les traumatismes de la gencive, qu'ils soient produits par des interventions dentaires, des instruments de toilette ou des ustensiles divers, constituent des portes d'entrée par où pourra s'introduire le tréponème. L'asepsie instrumentale est donc obligatoire pour toute intervention dentaire.

Le pronostic est bon, mais nous reconnaîtrons parfois à ces chancres céphaliques une malignité spéciale due à leur localisation très voisine des centres nerveux que le tréponème peut atteindre précocement par les lymphatiques.

Le traitement sera d'autant plus heureux qu'il sera rapide et intensif. Il faudra frapper vite et fort en donnant la préférence aux arsénobenzols en injections intraveineuses.

(*Thèse de Paris* 1924).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

7e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le 7e Congrès dentaire international aura lieu à Philadelphie (Pensylvanie), au Musée commercial, du 23 au 28 août 1926, en même temps que la célébration du 150e anniversaire de l'Indépendance de l'Amérique.

Bureau du Congrès

Président. — Wm. H. G. Logan, Chicago, Ill.

Vice-présidents. — H. E. Friesell, Pittsburgh, Pa; William A. Giffen, Detroit, Michigan.

Vice-président honoraire. — Sheppard W. Foster (président de l'Association Américaine dentaire en 1926) Atlanta, Ga.

Secrétaire général. — Otto U. King, Chicago, Ill.

Trésorier. — Henry L. Banzhaf, Milwaukee, Wisconsin.

Comité d'organisation

1. William H. G. Logan, *président*, Chicago, Ill.
2. H. E. Friesell, *vice-président*, Pittsburgh, Pa.
3. William A. Giffen, *vice-président*, Detroit, Mich.
4. Otto U. King, *secrétaire général*, Chicago, Ill.
5. H. L. Banzhaf, *trésorier*, Milwaukee, Wis.
6. C. C. Allen, Kansas City, Mo.
7. Thomas J. Barrett, Worcester, Mass.
8. J. F. Biddle, Pittsburgh, Pa.
9. A. D. Black, Chicago, Ill.
10. Truman W. Brophy, Chicago, Ill.
11. J. P. Buckley, Los Angeles, Cal.
12. H. J. Burkhart, Rochester, N. Y.
13. E. T. Darby, Philadelphia, Pa.
14. L. E. Ford, Los Angeles, Calif.
15. C. W. Hall, Milwaukee, Wis.
16. F. R. Henshaw, Indianapolis, Ind.
17. Thomas P. Hinman, Atlanta, Ga.
18. C. N. Johnson, Chicago, Ill.
19. E. C. Kirk, Philadelphia, Pa.
20. E. G. Link, Rochester, N. Y.
21. Carl D. Lucas, Los Angeles, Calif.
22. William H. Potter, Boston, Mass.
23. H. C. Miller, Portland, Ore.
24. James G. Sharp, San Francisco, Cal.
25. John F. Stephan, Cleveland, Ohio.

26. Chas. R. Turner, Philadelphia, Pa.
27. C. Victor Vignes, New Orleans, La.
28. R. H. Volland, Iowa City, Iowa.
29. H. L. Wheeler, New-York, N. Y.
30. W. R. Wright, Jackson, Miss.

Bureaux des Sections

Section Ire

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, MATIÈRE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE

Président. — Thomas P. Hinman, Atlanta, Ga.

Présidents honoraires. — Hopewell-Smith, Philadelphia, Pa ; John P. Buckley, Los Angeles, California ; Hermann Prinz, Lansdowne, Pennsylvania.

Vice-présidents. — Frederick B. Noyes, Chicago, Illinois ; I. Normann Broomell, Philadelphia, Pa ; G. A. Crise, Manhattan, Kansas.

Secrétaires. — William Hopkinson, Milwaukee, Wisconsin ; Edgar D. Coolidge, Chicago, Illinois.

Section II

BACTÉRIOLOGIE, PATHOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Président. — Arthur D. Black, Chicago, Illinois.

Présidents honoraires. — Percy R. Howe, Boston, Mass ; Clarence J. Grieves, Baltimore, Maryland.

Vice-présidents. — Weston A. Price, Cleveland, Ohio ; Thomas B. Hartzell, Minneapolis, Minn ; A. H. Hipple, Omaha, Nebraska.

Secrétaires. — Russell W. Bunting, Ann Arbor, Michigan ; Julio Endelman, Los Angeles, California.

Section III

PHYSIQUE, CHIMIE ET MÉTALLURGIE

Président. — Marcus L. Ward, Ann Arbor, Michigan.

Présidents honoraires. — James H. Prothero, Chicago Illinois ; J. B. Robinson, Baltimore, Maryland ; William T. Chambers, Denver, Colorado.

Vice-présidents. — L. E. Ford, Los Angeles, Calif. ; J. A. C. Hoggan, Richmond Virginia ; John F. Stephan, Cleveland, Ohio.

Secrétaires. — Arthur R. McDowell, San Francisco, Calif. ; R. H. Volland, Iowa, City, Iowa.

Section IV

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Président. — C. N. Johnson, Chicago, III.

Présidents honoraires. — Edwin T. Darby, Philadelphia, Pa ; W. H. Taggart, Chicago, Illinois ; Edward K. Wedelstaedt, St. Paul, Minn.

Vice-présidents. — C. E. Woodbury, Council Bluffs, Iowa ; Donald M. Gallie, Chicago, III ; John V. Conzett, Dubuque, Iowa.

Secrétaires. — W. L. Fickes, Pittsbursh, Pa ; H. M. Semans, Columbus, Ohio.

Section V

PROTHÈSE PARTIELLE (Y COMPRIS COURONNES ET BRIDGE WORK)

Président. — Hart J. Goslee, Chicago, Illinois.

Présidents honoraires. — Charles L. Alexander, Charlotte, N. C. ; F. E. Roach, Chicago, Illinois ; Forrest H. Orton, San Francisco, California.

Vice-présidents. — E. T. Tinker, Minneapolis, Minnesota ; Charles F. Ash, New-York, N. Y. ; William H. Elliot, Detroit, Michigan.

Secrétaires. — Ellison Hillyer, Brooklyn, N. Y. ; C. S. Tuller, New Orleans, Louisiana.

Section VI

PROTHÈSE COMPLÈTE

Président. — Charles Lane, Detroit, Michigan.

Présidents honoraires. — J. Léon Williams, New York, N. Y. ; Rupert E. Hall, Chicago, III ; George S. Monson, St. Paul, Minnesota.

Vice-présidents. — Dayton Dunbar Campbell, Kansas City, Mo ; M. M. House, Kansas City, Mo ; R. R. Gillis, Hammond, Indiana.

Secrétaires. — E. B. Owens, St. Louis Mo ; J. W. Crawford, Milwaukee, Visconsin.

Section VII

EXODONTIE, ANESTHÉSIE ET RADIOGRAPHIE

Président. — J. F. Biddle, Pittsburgh, Pennsylvanie,

Présidents honoraires. — C. Edmund Kells, New Orleans, Louisiane ; George Winter, St. Louis, Missouri.

Vice-présidents. — Howard Raper, New Mexico ; Horace M. Davis, Baltimore, Md. ; H. A. Maves, Minneapolis, Minn.

Secrétaires. — R. Boyd Bogle, Nashville, Tenn ; A. L. Frew, Dallas, Texas.

Section VIII

ORTHODONTIE

Président. — B. E. Lischer, St. Louis, Missouri.

Présidents honoraires. — Edward H. Angle, Pasadena, Calif. ; Victor Hugo Jackson, New-York, N. Y.

Vice-présidents. — Frank M. Casto, Claveland, Ohio ; H. A. Pullen, Buffalo, N. Y. ; O. A. Oliver, Nashville, Tenn.

Secrétaires. — L. M. Waugh, New-York, N. Y. ; Roscoe A. Davy, San Francisco, Calif.

Section IX

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET PROTHÈSE CHIRURGICALE

Président. — Henry S. Dunning, New York, N. Y.

Présidents honoraires, — Truman W. Brophy, Chicago, Illinois ; Thomas L. Gilmer, Chicago, Ill.

Vice-présidents. — M. N. Federspiel, Milwaukee, Wisconsin ; James Graham Sharp, San Francisco, Calif. ; Robert H. Ivy, Philadelphia, Pa.

Secrétaires. — Leroy, M. S. Miner, Boston, Mass; William L. Shearer, Omaha, Nebraska.

Section X

Périodontie

Président. — Paul R. Stillman, New-York, N. Y.

Présidents honoraires. — J. D. Patterson, Kansas City, Missouri; Austin F. James, Chicago, Ill.; J. O. McCall, Buffalo, N. Y.

Vice-présidents. — C. H. Schott, Cincinnati, Ohio ; Clyde M. Gearhart, Washington, D. C. ; J. Herbert Hood, Cleveland, Ohio.

Secrétaires. — Gillette Hayden, Columbus, Ohio; Grace Rogers Spalding, Birmingham, Michigan.

Section XI

Hygiène buccale, dentisterie préventive et santé publique

Président. — H. J. Burkhart, Rochester, N. Y.

Présidents honoraires. — Thomas Alexander Forsyth, Boston, Mass.; George Eastman, Rochester, N. Y.

Vice-présidents. — Bridgeport, Conn. ; Harold DeWitt Cross, Boston, Mass ; Charles H. Oakman, Detroit, Michigan.

Secrétaires. — Guy S. Millberry, San Francisco, Calif.; E. L. Pettibone, Cleveland, Ohio.

Section XII

Enseignement dentaire

Président. — Thomas J. Barrett, Worcester, Mass.

Présidents honoraires. — Nelville S. Hoff, Ann Arbor, Mich. ; Eugene H. Smith, Boston, Mass.; John H. Kennerly, St. Petersburg, Floride.

Vice-présidents. — F. T. Breene, Iowa, City, Iowa; Alfred Owre, Minneapolis, Minn.; William Rice, Boston, Mass.

Secrétaires. — De Los L. Hill, Atlanta, Ga; F. R. Henshaw, Indianapolis, Indiana.

Section XIII

Législation dentaire

Président. — R. J. Rinehart, Kansas, City, Mo.

Présidents honoraires. — Albert L. Midgley, Providence, R. I. ; Homer C. Brown, Columbus, Ohio ; T. A. Broadbent, Chicago, Illinois.

Vice-présidents. — G. Walter Dittmar, Chicago, Illinois ; Frank O. Hetrick, Ottawa, Kansas ; J. H. Baldwin, Louisville, Ky.

Secrétaires. — H. C. McKittrick, Indianapolis, Indiana ; W. F. Walz, Lexington, Kentucky.

Section XIV

Chirurgie militaire

Président. — Robert T. Oliver, New-York, N. Y.

Présidents honoraires. — Emory A. Bryant, Charleston, S. C. ;

James P. Harper, St. Louis, Mis-ouri; W. A. Heckard, New-York, N.Y.

Vice-présidents. — Rex Rhoades, Washington, D. C.; H. E. Harvey, Washington, D. C.; C. W. Mills, Chillicothe, Ohio.

Secrétaires. — John L. Peters, New-York, N. Y.; Lucien C. Williams, Washington, D. C.

Comité d'auteurs de communications et de démonstrations de nations européennes

(Travaillant en co-opération avec les comités consultatifs nationaux de ces nations)

Herbert L. Wheeler, président (N. Y.).

Otto U. King, secrétaire, Chicago (Ill).

Truman W. Brophy ; William H. Potter ; William H. G. Logan (Ill.).

Comités nationaux consultatifs

a) D'associations dentaires nationales accréditées et membres de la Fédération dentaire internationale.

Prière instante aux associations dentaires nationales accréditées qui sont membres de la Fédération dentaire internationale d'envoyer les noms et les adresses des membres du Comité national de l'Association délégués auprès de la Fédération dentaire internationale à M. le Dr. Otto U. King, secrétaire général du Comité d'organisation du Septième Congrès dentaire international, 58, E. Washington St., Chicago (Ill).

Un comité national est composé des représentants au Comité exécutif de la Fédération dentaire internationale nommés par l'association dentaire nationale, organisée en permanence et dûment accréditée, de tout pays affilié à la Fédération dentaire internationale ; ce comité national sera le Comité consultatif national de ce pays pour le Septième Congrès dentaire international.

b) D'associations dentaires nationales accréditées n'étant pas membres de la Fédération dentaire internationale.

Prière instante à toutes les associations dentaires nationales accréditées qui ne sont pas membres de la Fédération dentaire internationale d'envoyer les informations suivantes à M. le Dr. Otto U. King, secrétaire général du Comité d'organisation du Septième Congrès dentaire international, 58, E. Washington St., Chicago (Illinois) : noms et adresses du président et du secrétaire de leur société respective ; nombre d'années d'existence de l'organisation en question, nombre total des membres en 1925.

Conseillers interprètes internationaux

C. Victor Vignes, *président*, New Orleans, La. ; Hugo Franz, Chicago, Ill. ; L. E. Jelinek, Chicago, Ill. ; Joseph P. Massicotte Providence, R. I. ; Louis Ottofy, Chicago, Ill. ; Andres G. Weber, Havane, Cuba.

Comité de publication

L. Pierce Anthony, Philadelphia, Pa.; L. P. Bethel, Columbus, Ohio; George W. Clapp, New-York, N. Y.; Martin Dewey, New-York, N.Y. Julio Endelman, San Francisco, Calif.; J. G. Fife, Dallas, Texas; Otto U. King, *secrétaire*, Chicago, Ill.; Edward C. Kirk, Philadelphia, Pa.; Rea Proctor McGee, Pittsburgh, Pa.; R. Ottelengui, New-York, N. Y.; George H. Wardner, Portland, Ore.

Comité d'installations locales

Charles R. Turner, *président*, Philadelphia, Pa.; L. N. Broomell, *vice-président*, Philadelphia, Pa.; L. Pierce Anthony, *secrétaire*, Philadelphia, Pa.; R. H. D. Swing, *trésorier*, Philadelphia, Pa.: A. C. Eglin, Philadelphia, Pa.; J. Edward Aiguier, Philadelphia, Pa.; William C. T. Bauerle, Philadelphia, Pa.; Joseph J. Coltune, Philadelphia; Z. T. Jackaway, Philadelphia, Pa.; Georges H. Kulhman, Philadelphia, Pa.; Alfred P. Lee, Philadelphia, Pa.; Wm. J. McKinley, Philadelphia, Pa.; Alexander, H. Reynolds, Philadelphia, Pa.; C. W. Rausenberger, Philadelphia, Pa; W. J. Robinson, Philadelphia, Pa.; J. Clarence Salvas, Philadelphia, Pa.; Emerson R. Sausser, Philadelphia, Pa.; Thomas B. Wade, Philadelphia, Pa.

Exposition historique et scientifique

Alfred P. Lee, *président*, Philadelphia, Pa.; Edward C. Kirk, Philadelphia, Pa.; F. W. Allen, Philadelphia, Pa.; Arthur Hopewell-Smith, Philadelphia, Pa.; Gustave C. Tassman, Philadelphia, Pa.; George C. Coleman, Philadelphia, Pa.

Comité d'expositions commerciales

Charles W. Hall, *président*, Milwaukee, Wis.

Règlement du Congrès

Article premier. — Le septième Congrès International aura lieu à Philadelphie, Pennsylvanie, Etats-Unis d'Amérique, au Commercial Museum et.....
sous le patronage de.....

Article 2. — Le Congrès commencera par une assemblée générale le lundi matin, 23 août 1926, à 10 heures, et se terminera par une assemblée générale le vendredi soir, 28 août 1926, à 8 heures.

Article 3. — Le but du Congrès est de favoriser l'avancement de la science dentaire dans ses rapports avec la santé publique.

Article 4. — *Membres du Congrès.* — (a) *Membres actifs.* — Un praticien dentiste de bonne réputation possédant le titre légal du pays dans lequel il a reçu son instruction professionnelle, ou du pays dans lequel il exerce, est admissible comme membre du Congrès suivant l'une ou l'autre des méthodes suivantes :

1. Par le paiement d'un droit individuel de membre de $10.00

2. Par une association dentaire nationale accréditée participant au Congrès comme collectivité au nom de tous ses membres et payant sur ses fonds un droit de $1.00 par membre pour tous ses membres.

(b) *Membres associés.* — Les médecins et les membres d'autres professions scientifiques ayant payé le droit individuel de membre de $10.00.

(c) *Membres honoraires.* — Le Comité d'organisation peut élire des membres honoraires du Congrès.

Toutes les demandes d'admission à la qualité de membre du Congrès devront être présentées pour approbation au Comité d'organisation (ou à tel sous-comité qui serait autorisé), lequel, dans le cas de candidats étrangers, agira conjointement avec les représentants officiels du Comité national de leurs pays respectifs suivant les circonstances.

Article 5. — *Visiteurs du Congrès non admissibles comme membres.* — Les membres peuvent amener des parents comme visiteurs du Congrès sur paiement d'un droit de $5.00.

D'autres visiteurs peuvent être admis au Congrès s'ils sont nommés membres, sur paiement du droit de membre de $10.00.

Les étudiants en dentisterie dont le Doyen ou autres autorités d'écoles dentaires reconnues se portent garants peuvent être admis comme visiteurs sur paiement d'un droit de $5.00.

Les praticiens dentistes résidant aux Etats-Unis d'Amérique ne sont admis au Congrès ni comme membres, ni comme visiteurs, à moins qu'ils ne soient membres de « The American Dental Association (*Association dentaire américaine*).

Les noms de tous les visiteurs doivent être soumis au Comité d'organisation ou sous-comité autorisé et approuvés par lui.

Article 6. — *Les droits de membre* devront être envoyés par mandat-poste, traite ou par chèque, payables au *secrétaire général du 7e Congrès Dentaire International, 5, North Wabash Ave., Chicago (Illinois)*. Un reçu régulier, sous forme de carte de membre du Congrès, sera envoyé sur paiement du droit de membre. L'entrée du Congrès ne sera permise que sur présentation de cette carte.

Article 7. — Le secrétaire général recevra toutes sommes dues par les membres en règlement de leurs droits ou toutes autres sommes dues par ailleurs et les versera au trésorier du Congrès qui gardera les fonds et ne paiera que sur un ordre écrit du président et du secrétaire général du Congrès. Le secrétaire général et le trésorier délivreront chacun un bon du montant spécifié par le Comité exécutif sur les ressources du Congrès.

Article 8. — Aucune personne ne sera inscrite comme membre du Congrès avant la réception de son droit de membre. Tout can-

didat à l'admission devra joindre sa carte en envoyant le montant de son droit de membre en y indiquant son degré médical ou dentaire, ses titres, les noms des sociétés dentaires et médicales auxquelles il appartient et son adresse complète. Le secrétaire général devra être immédiatement avisé des changements d'adresse.

Article 9. — Les membres du Congrès recevront gratis le programme officiel et le catalogue de l'exposition.

Les comptes rendus du Congrès seront envoyés, au prix coûtant aux membres les demandant sur des formules spéciales préparées à cet effet, avant la clôture du Congrès.

Article 10. — Le Comité d'organisation mentionné à l'article 16 de la Fédération dentaire internationale, ou Bureau permanent des Congrès dentaires internationaux est chargé de l'organisation du Congrès.

Article 11. — Le travail scientifique du Congrès se fera en

(*a*) Assemblées générales.
(*b*) Séances de Sections.
(*c*) Cliniques (démonstrations).
(*d*) Présentations scientifiques.

Le temps accordé pour chacune de ces subdivisions et aux orateurs durant les assemblées générales sera déterminé par le Comité exécutif.

Article 12. — Une assemblée générale d'ouverture sera tenue par le Congrès le lundi 23 août 1926, à 10 heures, et une assemblée générale de clôture le vendredi 28 août 1926, à 20 heures.

Au cours de ces réunions il n'y aura pas de débats. A la séance de clôture, le président soumettra au vote la question de la reconstitution de la Fédération dentaire internationale, et si elle est approuvée, les lieu et date du prochain Congrès seront ensuite déterminés.

Article 13. — *Sections du Congrès.*

1. Anatomie, physiologie, matière médicale et thérapeutique.
2. Bactériologie, pathologie, et diagnostic.
3. Physique, chimie et métallurgie.
4. Dentisterie opératoire.
5. Prothèse dentaire partielle (y compris couronnes et bridges).
6. Prothèse dentaire complète.
7. Exodontie, anesthésie et radiographie.
8. Orthodontie.
9. Chirurgie maxillo-faciale et prothèse chirurgicale.
10. Périodontie.
11. Hygiène buccale, dentisterie préventive et santé publique.
12. Enseignement dentaire.

13. Législation dentaire.
14. Chirurgie militaire.

Les sections pourront tenir des réunions communes avec l'approbation du Comité d'organisation (ou du sous-comité autorisé).

Article 14. — L'anglais, le français, l'allemand et l'espagnol seront les langues officielles du Congrès. D'autres langues pourront être employées avec le consentement du président.

Article 15. — Les comptes rendus du Congrès seront publiés sous la direction du Comité d'organisation. Les discours prononcés aux séances d'ouverture et de clôture, de même que les rapports (voir article 18), seront publiés entièrement. Les communications et les discours des membres individuels, et les comptes rendus des cliniques seront publiés sous la forme que décidera le Comité de publication, après avoir reçu les recommandations des bureaux de sections.

Article 16. — *Communications et démonstrations cliniques.* — Tous ceux qui désireront lire des communications ou faire des démonstrations cliniques doivent en aviser le secrétaire de la Section intéressée avant le 1er mars 1926. Le bureau d'une section a le droit de faire une sélection parmi les communications et les cliniques et de refuser celles qu'il n'accepte pas. Les avis envoyés après le 1er juillet 1926 ne pourront être pris en considération qu'après l'établissement du programme et seront soumis au droit de sélection par le président d'une Section.

Le Comité exécutif du Comité d'organisation est autorisé à donner ou à retirer son approbation finale aux communications, rapports et cliniques qui lui seront soumis par les bureaux de section ou le Comité de clinique.

Article 17. — Les communications pourront être écrites en anglais, français, allemand ou espagnol. Elles devront être remises au secrétaire de la Section devant laquelle elles seront lues et être écrites à la machine, prêtes à être imprimées. Un extrait ou sommaire des points importants des communications devra parvenir au secrétaire de la Section avant le 1er juillet 1926. Les notices de cliniques devront comprendre une liste des besoins des cliniciens et devront parvenir avant le 1er juillet 1926.

Un maximum de quinze minutes sera accordé pour la lecture d'une communication et de cinq minutes pour chaque orateur prenant part à la discussion. Cinq minutes seront accordées à l'auteur pour réponse.

Article 18. — *Rapports*[1]. — Dans chaque section, il sera réservé

1. Un rapport est une présentation écrite sur un sujet déterminé faite par deux ou plusieurs membres par le Bureau de la section devant lequel le rapport est présenté.

du temps pour la discussion d'importantes questions choisies précédemment par les bureau de la section, en tenant compte du caractère international du Congrès. Chaque discussion sera ouverte par deux ou plusieurs rapporteurs choisis par le bureau de la section. Les manuscrits de ces rapports devront être écrits à la machine et envoyés au bureau du Congrès avant le 1er juillet 1926, afin qu'ils puissent être imprimés pour distribution.

Un maximum de quinze minutes sera accordé à chaque rapporteur pour un résumé d'ouverture, et de dix minutes pour une réréponse à la fin de la discussion. Cinq minutes au plus seront accordées aux autres orateurs prenant part à la discussion.

Article 19. — Le droit de reproduction des communications faites au Congrès est la propriété du Comité d'organisation du Congrès.

Article 20. — Les séances seront dirigées suivant les règles de discussion adoptées pour le Congrès, mais il n'y aura pas de vote et aucune résolution ne sera prise sur une question scientifique. Toute résolution pouvant, avec le consentement du président préalablement obtenu, être prise sur une question de caractère pratique ou administratif sera aussitôt transmise au secrétaire général qui la soumettra au Comité d'organisation du septième Congrès dentaire international conjointement avec les membres du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale tel qu'il a été constitué à sa dernière réunion annuelle antérieurement à la réunion du septième Congrès dentaire international.

Article 21. — Un orateur désirant que les remarques qu'il aura faites au cours d'une discussion soient publiées dans les comptes rendus du Congrès doit en envoyer un bref résumé par écrit au secrétaire de la Section avant la fin de la réunion. (Des feuilles spéciales seront fournies, à cet effet, par les secrétaires.

Article 22. — Les fonds restant en caisse, après le paiement des obligations financières, seront employés comme suit :

1. Deux quarts au trésorier d'une association dentaire ayant pris part au Congrès comme collectivité. Si plusieurs associations y prennent part comme unités, ces deux quarts seront répartis entre ces associations en tenant compte du nombre total des membres de chacune.

2. Un quart au trésorier de la Fédération dentaire internationale.

3. Le dernier quart sera conservé par le trésorier du septième Congrès dentaire international, jusqu'à ce qu'il soit officiellement avisé du nom du trésorier du Huitième Congrès dentaire international, puis sera alors remis au dit trésorier.

4. Si aucune association nationale ne prend part au Congrès

comme collectivité, l'argent laissé au trésor sera divisé comme suit :

Trois quarts au trésorier de la Fédération dentaire internationale, un quart au trésorier du huitième Congrès dentaire international, dans les conditions ci-dessus mentionnées.

Article 23. — Toute la correspondance devra être adressée au bureau du Congrès comme il suit :

THE HON. SECRETARY GENERAL,
7th International Dental Congress,
58 W Washington Street,
Chicago, Illinois, U. S. A.

RÈGLEMENT DES DISCUSSIONS

1. Le président d'une Section, ou en son absence, ou sur son désir, un des vice-présidents, ou un président honoraire, occupant le fauteuil, le sujet présenté sera annoncé et le président de la séance invitera l'auteur d'une communication ou un rapporteur, ou un autre orateur à prendre la parole devant l'assemblée.

2. Durant la réunion, le président de celle-ci maintiendra l'ordre des travaux. Toutes questions de procédure lui seront déférées et sa décision sera définitive.

3. Les membres, avant de parler devront donner leurs noms par écrit au président de la séance.

4. Les membres désirant prendre part à une discussion pourront auparavant en informer un des secrétaires qui inscriront leurs noms sur une liste, dans l'ordre reçu, pour les besoins du président de la séance.

5. Le président de la séance avisera chaque membre susceptible de parler devant l'assemblée de la fin de la période de temps accordée par le règlement (Voir articles 17 et 18).

2e CONGRÈS D'ODONTOLOGIE DE L'U. R. S. S.

APPEL DU BUREAU D'ORGANISATION AUX DENTISTES FRANÇAIS

Chers Confrères,

Le deuxième Congrès d'Odontologie de l'Union des Républiques socialistes soviétiques sera convoqué à Moscou du 24 au 30 novembre 1925 inclusivement. Tous les dentistes et tous les médecins peuvent être membres du Congrès.

Le Congrès s'occupera de questions de médecine dentaire d'ordre scientifique et social.

Le Bureau d'organisation, en élaborant le programme des travaux du Congrès, a choisi cinq thèmes qui, au moment actuel, présentent le plus grand intérêt pratique et scientifique.

I. — MÉDECINE DENTAIRE D'ORDRE SCIENTIFIQUE.

a) Traitement des racines.
b) Paradentite et paradentose.
c) Septicémie buccale et foyers d'infections.

II. — MÉDECINE DENTAIRE D'ORDRE SOCIAL.

d) Prophylaxie et systèmes de dispensaires en médecine dentaire.
e) Principes de traitement et d'ajustement de prothèses appliqués aux masses.

Le choix des sujets pour les communications sur les questions de médecine dentaire, d'ordre social et scientifique, n'est pas limité.

Les auteurs désireux de faire accepter leurs travaux au Congrès sont priés de les annoncer d'avance et de communiquer au Bureau d'organisation une notice autobiographique.

Le nombre des communications ne doit pas dépasser 10 pour chaque journée de travail du Congrès.

Les communications sur les thèmes du programme ne doivent pas durer plus de 40 minutes, ceux qui sont en dehors du programme, plus de 20 minutes.

Les auteurs sont priés d'abréger autant que possible la partie historique et littéraire de leurs travaux et d'éviter les mêmes détails concernant les expériences, l'histoire des maladies, etc.

Des heures spéciales seront fixées pour différentes démonstrations de malades intéressants et de nouvelles méthodes de diagnostic, de thérapeutique, etc.

Les communications au Congrès doivent être copiées d'une manière lisible, sur un seul côté de la page et adressées au Président du Bureau d'organisation : Narkomzdrav, Zoubtshast, Moscou. Le Président du Bureau d'organisation a le droit absolu d'admettre ou de rejeter les rapports.

Les travaux publiés avant le Congrès ne pourront y être acceptés que s'ils contiennent des matériaux nouveaux ou s'ils se rapportent à des questions nouvelles et importantes.

Une exposition scientifique et industrielle sera adjointe au Congrès avec les sections suivantes : sociale, scientifique, industrielle et littéraire. Y sont admis : les placards, diagrammes, photographies, modèles, moulages, préparations anatomiques et microscopiques, radiographies, etc..., se rapportant à l'Odontologie et à la Stomatologie.

Le Président du Bureau d'organisation : P. DAOUGUE.
Le Président de la Commission organisatrice : E. ANNARAUD.
Le Président de la Commission scientifique : L. GOUSEV.
Le Président de la Commission financière : R. KOFMANN.
Le Président de la Commission du Musée et de l'Exposition : J. SHAPIRO.

Pour tous renseignements s'adresser au Commissariat du Peuple à la Santé Publique, représenté en France par le Dr Roubakine, 7, avenue du Président-Wilson, Paris (16e). Tél. : Passy 30-87.

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE LATINO-AMÉRICAIN

Le 2e Congrès odontologique latino-américain aura lieu du 10 au 25 octobre à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, sous la présidence du Dr Juan Ubaldo Carrea. Il comprendra une exposition universelle d'odontologie et se composera de 7 sections.

Le gouvernement Argentin a, par voie diplomatique, invité l'Ecole dentaire de Paris et la Fédération dentaire nationale à s'y faire représenter.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

Rapport présenté à l'assemblée générale du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France

PAR W. BRODHURST

LA NOUVELLE LOI DE FINANCES

La loi du 13 juillet 1925 a considérablement augmenté les exigences du fisc vis-à-vis des professions libérales.

Par la loi du 31 juillet 1917 (art. 33) les professions non commerciales étaient astreintes à déclarer chaque année le bénéfice réalisé pendant l'exercice précédent ; mais le fisc tolérait que ce bénéfice fût déterminé par la simple différence entre les recettes et les dépenses ayant pour objet la profession (art. 30).

Cette tolérance n'étant pas un droit, nombre de chirurgiens-dentistes se sont vu demander des justifications qu'ils ne pouvaient produire, et, par suite, ils ont été taxés arbitrairement.

La loi nouvelle demande une déclaration établie sur des bases plus rigoureuses et exige la détermination du bénéfice brut, des dépenses professionnelles et du bénéfice net de chaque exercice (art. 8). L'article 9 élargit le droit de vérification déjà donné au contrôleur par l'article 35 de la loi du 31 juillet 1917.

Des discussions avec le fisc peuvent découler de lourdes pénalités, telles que l'augmentation de 50 % des taxations et la révision des déclarations pendant un délai de 5 ans (Loi du 31 juillet 1917, art. 36 et 37 ; Loi du 13 juillet 1925, art. 10).

Quels sont donc les moyens de défense contre les exigences nouvelles du législateur ?

Certains ont proposé la fixation d'un coefficient moyen, permettant de déterminer le bénéfice réalisé, par rapport au montant des travaux.

Le Contrôleur n'acceptera jamais que plusieurs cabinets dentaires, installés différemment, dans des quartiers très divers, n'ayant pas le même genre de clientèle, puissent réaliser un pourcentage de bénéfice semblable.

Ce coefficient serait même un grand danger pour la profession. Le fisc pourrait constater, grâce au pouvoir de vérification que lui

confèrent les lois, que ce pourcentage moyen est trop faible dans bien des cas ; il aurait donc tendance à appliquer à tous les cabinets le coefficient maximum, les assimilant aux cas les plus avantageux pour le fisc ; la majorité se trouverait donc lésée.

Pas plus que les précédentes la loi nouvelle n'impose aux professions libérales la tenue de comptes réguliers ; et cependant la comptabilité légalement établie avec bilan d'entrée et arrêtés des comptes est le seul moyen de défense contre la taxation arbitraire ; elle permet de donner au contrôleur les renseignements qu'il exige, de discuter sur des bases certaines le bénéfice qu'il propose. Mais il est impossible d'établir un plan de comptabilité s'appliquant à tous les cabinets ; le travail du comptable consiste à adapter la comptabilité à tous les cas particuliers et le praticien qui croirait pouvoir établir lui-même une comptabilité sérieuse commettrait, en toute bonne foi, des illégalités telles que l'assimilation aux frais généraux de l'amortissement des frais d'études, de l'intérêt des capitaux engagés, etc.

L'intérêt de la profession exige que nous nous unissions pour lutter contre les exigences du fisc ; la sincérité, l'exactitude de déclarations facilement contrôlables peuvent seules vous mettre à l'abri de tout ennui et faire tomber l'hostilité que bon nombre de contrôleurs témoignent à notre égard.

NOMINATION DES DENTISTES MILITAIRES DE 2e CLASSE

On nous communique la note suivante, émanant du Directeur du Service de santé du 18e corps, qui indique les conditions et formalités à remplir pour être nommé dentiste militaire de 2e classe de réserve et que nous croyons utile de publier.

18e CORPS D'ARMÉE

DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ

11, rue de Cursol

BORDEAUX

NOTE DE SERVICE

Par dépêche ministérielle n° 8178 A 1/7 du 6 juillet 1925 le Ministre fait connaître qu'il sera procédé à un certain nombre de nominations au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve en faveur des dentistes auxiliaires de réserve en tenant compte :

1° Des fonctions exercées dans les corps enseignants des facultés et

écoles de médecine et des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire, ainsi que des travaux scientifiques ou des diplômes d'université indiquant une culture générale ou technique particulière.

2° Des services effectués pendant la durée des hostilités dans les centres de stomatologie ou de prothèse maxillo-faciale.

3° Du temps de présence aux armées, ainsi que des citations et blessures.

Les dentistes auxiliaires de réserve qui désirent être nommés dentistes militaires de 2e classe de réserve, devront faire parvenir au Directeur du Service de Santé du 18e C. A. 11, rue de Cursol à Bordeaux, *avant le 20 août terme de rigueur*, leur dossier comprenant les pièces suivantes :

1° Une demande de nomination à ce grade, demande indiquant le recrutement et l'adresse ;

2° Un extrait de l'acte de naissance, et, le cas échéant, un extrait de leur acte de mariage ;

3° Une copie légalisée de leur diplôme de chirurgien-dentiste (pour les Alsaciens-Lorrains, copie du diplôme dont ils sont titulaires) ;

4° Le cas échéant une copie légalisée de leurs diplômes d'université indiquant une culture générale particulière, et un exemplaire de chacun de leurs travaux scientifiques, ainsi qu'une pièce officielle légalisée attestant s'il y a lieu qu'ils exercent des fonctions dans le corps enseignant des facultés, écoles de médecine et établissements supérieurs dentaires ;

5° Un état faisant connaître les formations du Service de santé auxquelles ils ont appartenu pendant la guerre, avec indication des fonctions qu'ils y ont exercées et des médecins militaires sous les ordres desquels ils ont servi, ainsi qu'une copie légalisée de tous autres renseignements officiels ou officieux qu'ils posséderaient concernant les services qu'ils ont ainsi accomplis ;

6° Le certificat d'aptitude administrative à l'emploi de dentiste auxiliaire, du modèle E annexé au décret du 3 mars 1902, réglant l'organisation d'un cadre de médecins auxiliaires, certificat délivré à la suite de l'examen spécial.

La production de ce certificat ne sera pas exigée des candidats qui ont été nommés dentistes auxiliaires antérieurement à leur démobilisation.

Les demandes qui parviendraient après le 20 août ne seront plus recevables et les dossiers seront retournés aux candidats.

Destinataires :
Tous les dentistes auxiliaires du 18e Corps d'Armée.

Bordeaux, le 17 juillet 1925
Le Directeur du Service de Santé :

AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER

AVIS AUX CANDIDATS AU GRADE DE DENTISTE MILITAIRE DE 2e CLASSE DE RÉSERVE

Le Ministère de la Guerre a communiqué à l'Amicale, sur sa demande, le programme des connaissances exigées pour l'examen d'aptitude au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve et dont voici le texte :

I. — *Instruction militaire générale*

Loi de recrutement, obligations des officiers et des hommes des réserves, Statut des officiers de réserve.

Organisation de l'armée (étude plus détaillée de la division et de ses services).

Notions générales sur la mobilisation, les transports, la concentration, la couverture.

Conception physiologique de l'éducation physique fondée sur le développement de l'organisme humain.

Cartographie : lecture de la carte au 1/20.000e, 1/50.000e, 1/80.000e et 1/200.000e.

Les gaz de combat, leur emploi, la protection contre les gaz.

Règlement sur le service intérieur.

Service de place.

Service en campagne.

Emploi des appareils contre les gaz.

Service de santé à l'intérieur ; service de santé dans les corps de troupe et place, infirmeries régimentaires et infirmeries de garnison, infirmiers et brancardiers régimentaires.

Service de santé dans les hôpitaux militaires ; divisions et fonctionnement général du service ; règles relatives aux admissions et sorties dans les hôpitaux ; personnel des hôpitaux, sections d'infirmiers militaires.

Service de santé en campagne, organisation générale et divisions du service :

a) Service de santé régimentaire ; la voiture médicale ;

b) Service de santé divisionnaire ; le groupe sanitaire des divisions.

Evacuations : fonctionnement général des évacuations.

Moyens de transports : brancard et brouette porte-brancard, voitures régimentaires et improvisées, section sanitaire automobile, trains sanitaires, gare régulatrice, régulatrices sanitaires.

Hospitalisation à l'armée, à l'intérieur.

II. — *Instruction technique*

La blessure de guerre dans son aspect primitif :

1° Etude sommaire des agents vulnérants ; premier pansement de la plaie de guerre ; traitement préventif du tétanos et de la gangrène gazeuse ;

2° Les hémorragies par blessures artérielles ou veineuses ; le garrot ; indications, technique d'application, dangers.

Le blessé de guerre suivi dans les différentes étapes de son évolution sur l'arrière :

1° Les intransportables et les évacuables, les principes du triage chirurgical ; organisation technique des formations chirurgicales aux différents échelons ;

2° A l'ambulance chirurgicale, la préparation du blessé de guerre à l'opération, le réchauffement du blessé, la toilette du blessé, le traitement préparatoire (en particulier la thérapeutique par voie sous-cutanée et intra-veineuse), l'anesthésie.

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Nous avons le plaisir d'apprendre par le *Journal officiel* du 26 août 1923 la nomination au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve de :

MM. Bruschera (Joseph-Jean-Louis), gouvernement militaire de Paris.
Cottarel (Nizier-Hyacinthe-Joseph), gouvernement militaire de Paris.
Davigneau (Pierre), gouvernement militaire de Paris.
Girode (François-Elie-Germain), gouvernement militaire de Paris.
Lalement (Georges-Augustin-Marie), gouvernement militaire de Paris.
Milcent (Louis-Eugène), gouvernement militaire de Paris.
Saint-Sernin (Charles-Raphaël-Aristide), 17e corps d'armée.

LES DENTISTES ET LA LOI DES PENSIONS

Question écrite de M. Louis Chazette, député, à M. le ministre des Pensions en date du 12 *février* 1925 (Journal Officiel *du* 11 *mars*).

M. Chazette demande si dans tous les cas où un chirurgien-dentiste régulièrement diplômé vient à donner des soins dentaires à un mutilé de la face, il n'est pas conforme à la pensée du Gouvernement et à celle du législateur d'assimiler, pour ses hono-

raires, le chirurgien-dentiste diplômé au docteur en médecine, même non spécialisé dans l'art dentaire, qui donnerait de pareils soins à ce même mutilé, ajoutant qu'un chirurgien-dentiste, après avoir donné des soins dentaires à un mutilé de la face, s'est vu refuser le payement des honoraires pour le motif que ni la loi du 31 mars 1919, ni les diverses dispositions administratives qui l'ont suivie, ne prévoient le remboursement des frais du traitement au chirurgien-dentiste.

Réponse. — La question de savoir si les dentistes non docteurs en médecine peuvent soigner des bénéficiaires de l'article 64 est actuellement à l'étude. Elle doit être, jusqu'à nouvel ordre, tranchée par la négative, attendu que, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés pour les soins dont ils peuvent avoir besoin.

AIDE CONFRATERNELLE AUX DENTISTES FRANÇAIS ET BELGES VICTIMES DE LA GUERRE

MM. Louis Richard-Chauvin et son fils Eugène-Léon Richard-Chauvin ont publié dans l'*Anthologie* de *Pro Arte*, éditée à Marseille, des poèmes pleins de sentiments.

Pour augmenter les ressources de l'*Aide confraternelle*, cette belle œuvre humanitaire, nos deux confrères ont pu obtenir des éditeurs que les trois volumes de cette Anthologie, auxquels souscriraient les chirurgiens-dentistes, seront vendus au profit de l'*Aide confraternelle*. Chacun de ces volumes est mis en vente au prix de 8 francs, souscription minimum, qui peut être dépassée, suivant la générosité du souscripteur. Les deux premiers volumes seuls ont paru.

Les souscriptions sont reçues au bureau de l'*Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

La Direction des Services sanitaires et scientifiques et de la répression des fraudes au Ministère de l'Agriculture nous communique le jugement suivant prononcé par le tribunal correctionnel (10me Chambre), que nous croyons devoir reproduire.

AUDIENCE DU 23 MAI 1925

AFFAIRE C. L... MÉCANICIEN-DENTISTE, PARIS

EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE — TROMPERIE SUR LA QUALITÉ DE LA MARCHANDISE VENDUE

Le Tribunal,

Après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, qu'en 1923, à Paris, sans être muni du diplôme de chirurgien-dentiste, L... a pris part habituellement à la pratique de l'art dentaire. Délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu qu'il résulte des mêmes documents que L... a trompé le contractant sur la qualité de la marchandise en vendant comme bridge confectionné en or à 22 carats, un bridge n'ayant pas ce titre. Délit prévu et puni par l'article 1er de la loi du 1er août 1905.

Faisant application des articles 16, 18 et 1er précités ;

Vu l'article 365 du Code d'Instruction criminelle ;

Condamne L... à 100 francs d'amende. Et statuant sur les conclusions de la partie civile ;

Attendu que le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation et qu'il demande le paiement d'une somme de 2.000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Mais attendu que le Tribunal estime qu'une somme de 100 francs est suffisante.

Pour ces motifs ;

Condamne L... par toutes voies de droit et même par corps, à payer au Syndicat des chirurgiens-dentistes de France la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts. Le condamne en outre aux dépens du présent jugement. Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer, conformément à la loi du 22 juillet 1867.

UN DENTISTE CONDAMNÉ POUR USAGE DE STUPÉFIANTS

Le tribunal correctionnel de Saint-Gaudens a jugé une affaire concernant un dentiste de cette ville, poursuivi pour avoir contrevenu aux lois et règlements concernant les substances vénéneuses et les stupéfiants en détenant : 1° du cyanure de potassium dans une vitrine non fermée à clef, dans un local fréquenté par des personnes étrangères à l'établissement ; 2° en facilitant l'usage de la cocaïne ou de ses dérivés.

La première infraction avait causé la mort d'une jeune fille de 16 ans, Mlle B..., qui, le 8 février dernier, en l'absence du dentiste, s'empoisonna à l'aide d'un flacon de cyanure de potassium trouvé dans une vitrine. La famille de la victime était partie civile au procès.

Dans son réquisitoire, le procureur de la République analyse les diverses charges qui pèsent sur le prévenu, qu'il montre comme se livrant en société à l'absorption de la cocaïne comme en ayant prisé et fait priser à diverses personnes, et conclut en demandant une peine sévère.

Dans son jugement, le tribunal estime que la première infraction n'est pas établie par suite de la déclaration du mécanicien et rejette en conséquence la demande en dommages-intérêts de la partie civile, mais il retient l'inculpation relative à la cocaïne et condamne le dentiste à 1.000 francs d'amende et aux dépens.

(*Le Journal*, 30 juillet 1925).

BIBLIOGRAPHIE

Dr Bonnet-Roy. — **Les indications thérapeutiques des tumeurs malignes du maxillaire supérieur**

L'auteur signale en premier lieu que la question d'opérabilité de ces tumeurs ne domine plus les indications thérapeutiques, à elle seule, puisqu'il convient maintenant de tenir grand compte de la médication physique (Curiethérapie et radiothérapie) employée seule ou associée à la chirurgie. Après avoir rappelé les grandes lignes de l'évolution clinique des néoplasmes du maxillaire supérieur, à début central, dans le sinus, et à développement vers l'infrastructure de l'os, ainsi que les difficultés du diagnostic précoce, il discute, en s'appuyant sur les statistiques classiques et sur des statistiques inédites, la fréquence relative de l'épithélioma et du sarcome, et pour chacune de leurs variétés respectives, les notions essentielles relativement à ce que l'on peut attendre des agents physiques. Quant au traitement lui-même, après avoir donné l'opinion actuelle des spécialistes sur la radio-sensibilité des diverses formes histologiques de ces tumeurs, et indiqué les grandes lignes de la technique que ceux-ci préconisent, il pense qu'en dehors des cas extrêmes — cas de début, à opérer facilement et cas d'envahissement étendu, à respecter — il faut, autant que possible, associer la thérapeutique physique à la chirurgie ; celle-ci, en effet, voit disparaître en grande partie, du fait de l'aide que lui apportent la radiothérapie et la curiethérapie, la crainte d'avoir été incomplète et d'amorcer des récidives qui, souvent, dans les cas douteux, retenait le bistouri.

Dr R. Duchange. — **Les fractures des mâchoires en pratique** (1 vol. de 530 pages avec figures, dessins et schémas de l'auteur). Ed. de *La Semaine Dentaire*, Paris, 12, rue de Hanovre, 1925.

Le moment était venu, après les leçons de la guerre, dispersées dans d'innombrables publications, et en prévision des besoins de la pratique civile, de réunir dans une étude d'ensemble les notions directrices de la thérapeutique des fractures des mâchoires. Le Dr Duchange, dont tous les spécialistes connaissent bien les travaux, s'est attaché à cette rude et copieuse besogne.

Pénétré de l'idée que de solides bases théoriques sont indispensables à une application pratique, l'auteur a consacré la première partie de son ouvrage « aux données d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de clinique » indispensables à la connaissance du sujet. Il est bon que, si classiques soient-ils, ces principes trouvent, pour les présenter, un homme instruit, rompu à l'observation

d'organes qui ne gagnent pas à être étudiés d'une façon analytique, dans les traités et les manuels généraux. Nous n'avons clairement saisi, pour notre part, l'anatomie et la physiologie des mâchoires que le jour où nous avons été aux prises avec les difficultés de leur pathologie spéciale.

C'est ainsi qu'après un exposé clinique l'auteur a consacré un chapitre à l'étude théorique des traitements (traitement orthopratique et traitement chirurgical) et un autre à celle des complications qui, à côté des pseudarthroses, traite des fractures de voisinage (os malaire, zygoma, pyramide nasale).

« La seconde partie est à consulter comme un dictionnaire ou un guide thérapeutique, lorsqu'en clientèle un cas de fracture se présentera. C'est par conséquent à dessein et pour faciliter les recherches de la dernière heure que l'auteur a donné à cette seconde partie l'allure d'un memento consultatif. »

Le premier chapitre de cette seconde partie est une suite de fiches anatomo-pathologiques dont chacune répond à un cas particulier et dont l'ensemble constitue une sorte de dictionnaire auquel le clinicien, son malade bien examiné, n'aura qu'à se reporter pour appliquer, sans perte de temps, le traitement opportun.

Ce traitement, il en trouvera les éléments dans les chapitres suivants consacrés à la technique et aux procédés de prothèse, ainsi qu'aux méthodes thérapeutiques déterminées par les lésions des parties molles, si souvent associées aux lésions osseuses, par les consolidations vicieuses (ostéotomie mandibulaire), par une bonne interprétation radiopathique et par les exigences de l'état général du blessé.

Si complètes que soient ses études, un praticien de l'art dentaire peut manquer, au début de sa carrière, de l'expérience nécessaire pour résoudre le problème toujours complexe d'un traitement des fractures des maxillaires. Il a en mains les éléments de la solution, mais le fil conducteur lui fait défaut. L'ouvrage du Dr Duchange lui sera le meilleur guide et le plus précieux conseiller.

Dr F. Bonnet-Roy.

Matard. — **Conseils d'hygiène dentaire.**

La Semaine Dentaire a édité sous ce titre une brochure de 32 pages, dont l'auteur est M. Matard, de Chamonix.

Cette brochure, présentée sous une forme concise, simple et claire, s'adresse au public, aux mères de famille ; elle est illustrée de nombreuses figures et d'images de nature à impressionner les enfants. Un certain nombre sont en couleurs.

Souhaitons à ce petit ouvrage d'atteindre le but qu'il poursuit : la diffusion et une action heureuse sur ceux entre les mains desquels il passera.

NÉCROLOGIE

GUSTAVE MESUREUR

C'est avec le plus profond regret que nous enregistrons la mort, survenue le 19 août, de M. Gustave Mesureur, membre de l'Académie de médecine, ancien conseiller municipal de Paris, ancien député de Paris, ancien ministre, ancien directeur de l'Assistance publique.

Il était né à Marcq-en-Barœul (Nord), le 2 avril 1847. Il avait été conseiller municipal de Paris de 1881 à 1887 ; il fut syndic et président du conseil municipal en 1886. Elu député en 1887, il devint vice-président de la Chambre des députés, de 1898 à 1902. Il fut successivement président de la commission du budget, ministre du Commerce, de l'Industrie et des P. T. T. En 1902, il devint directeur de l'Assistance publique, où il resta jusqu'aux premières années qui suivirent la guerre. On lui doit entre autres réformes au titre de directeur de l'Assistance publique, la construction de la Nouvelle Pitié, et la fondation de l'Ecole des infirmières dans le même établissement.

Il succombe des suites d'une longue entérite, qui l'avait obligé, depuis plusieurs mois, à suivre un régime des plus sévères.

***

Pendant toute sa vie publique M. Gustave Mesureur, esprit très ouvert s'étant toujours intéressé aux œuvres sociales a témoigné le plus grand intérêt à l'Ecole dentaire de Paris. Il en avait présidé la séance de réouverture des cours en 1886, 1895, 1907, 1909 et pour la dernière fois en 1924.

Devenu directeur de l'Assistance publique il voulut faire bénéficier le plus grand nombre possible de malheureux des services que rendaient l'Ecole dentaire de Paris et dont il appréciait l'importance et la valeur ; aussi a-t-il rattaché notre institution à l'administration dont il avait la charge en assimilant le Dispensaire de cette école aux Dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Les Administrateurs de l'Ecole rencontraient toujours auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et l'appui le plus sûr ; aussi la disparition de cet homme de bien qui est une grande perte pour notre institution, qui doit à sa mémoire un large tribut de reconnaissance, nous cause-t-elle un profond chagrin et nous prions sa famille, et en particulier M. André Mesureur, son fils, trésorier-payeur à l'Assistance publique, d'agréer nos très sincères condoléances.

Marcel Dupontreué

Nous avons le regret d'apprendre le décès, à l'âge de 44 ans, survenu le 3 septembre, à La Couarde-sur-Mer (Charente-Inférieure), de M. Marcel Dupontreué, D. E. D. P., ancien démonstrateur et ancien membre du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et membre actuel du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille nos très sincères condoléances.

***

Notre confrère M. Henri Lenain, d'Avesnes-sur-Helpe, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la perte de sa mère, Mme Henri Lenain, née Aline Bouillet, décédée le 26 juillet, dans sa 65e année.

***

Notre confrère M. Roger Fouques, membre de l'A. G. S. D. F., a eu également la douleur de perdre sa mère, Mme A. Fouques, née Juliette Sevestre, veuve de M. Albert Fouques, qui était membre de l'A. G. S. D. F., et belle-sœur de M. Gaston Fouques, ancien président de cette Association.

***

Notre confrère M. Paul Emile Pouillot, de Reims, membre de l'A. G. S. D. F., a eu le chagrin de perdre un jeune enfant.

Nous adressons nos condoléances aux familles frappées par ces deuils.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. le Prof. Sebileau a été promu commandeur.

Nous ne saurions laisser passer cette distinction sans rappeler le rôle qu'a joué M. Sebileau à l'Ecole dentaire de Paris où il a enseigné à partir de février 1893 la pathologie externe générale et spéciale. Ses conférences à la Société d'Odontologie de Paris, dont la dernière remonte au mois de juin dernier, et ses publications dans l'*Odontologie* sont encore présentes à toutes les mémoires.

Il accueille depuis longtemps nos étudiants dans sa clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, où son service de prothèse restauratrice est en quelque sorte le prolongement des services intérieurs de l'Ecole. Depuis que l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux est placé sous sa haute direction, c'est également lui qui enseigne l'anatomie à nos étudiants.

Pendant la guerre il a dirigé l'hôpital du Collège Chaptal consacré aux blessés maxillo-faciaux, et la magistrale conférence qu'il a faite au Congrès dentaire interallié de 1916 s'est gravée dans l'esprit de tous ceux qui l'ont entendue.

Enfin notre profession a toujours trouvé auprès de M. Sebileau le plus bienveillant appui en toutes circonstances.

La profession et l'Ecole dentaire de Paris en particulier se réjouissent donc, avec tous les amis de M. Sebileau, de cette distinction méritée, et nous adressons au nouveau commandeur nos plus chaleureuses félicitations.

***

M. le Dr Bensaude, dans le service duquel nos étudiants vont avec tant de profit s'initier à la pathologie interne à l'hôpital St-Antoine, a été promu officier de la Légion d'honneur.

M. Samuel Kritchewsky, chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé chevalier.

Nous adressons aux nouveaux promus nos très vives félicitations.

Concours à l'Ecole dentaire de Paris. — Le concours pour un poste de professeur suppléant d'anatomie dentaire, annoncé dans notre numéro du 30 septembre 1924 a été reporté à octobre 1925.

La clôture des inscriptions pour ce concours est fixée au 30 septembre 1925.

La première épreuve (sur titres) aura lieu le jeudi 15 octobre.

Récompense. — Nous apprenons avec plaisir que M. Albert Heïdé, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la médaille de vermeil de la Reconnaissance française.

Nous lui adressons nos félicitations.

Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens — Ce cours sera fait au laboratoire de l'École dentaire de Paris, par M. le Dr Delater et durera huit semaines, à raison de deux séances par semaine, de 8 heures et demie à 10 heures et demie du soir.

La 1re session aura lieu d'octobre à décembre 1925 ; la 2e session, de janvier à mars 1926 ; la 3e session, d'avril à juin 1926.

Le montant des droits pour chaque session est de 200 francs, plus 50 francs d'inscription.

Le nombre des auditeurs est limité.

Les praticiens désireux de suivre ces cours sont priés de s'inscrire dès à présent.

Mariages. — Le mariage de Mlle Madeleine Pont, fille du Dr Pont, notre confrère de Lyon, avec M. Robert Plantier, a eu lieu le 4 juillet dernier.

Le mariage de Mlle Germaine Carron avec M. Roger Morin, tous deux chirurgiens-dentistes, a été célébré le 29 août 1925.

Le mariage de Mlle Alice Moyse, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Paul Adda a été célébré le 23 août 1925.

Nous apprenons le mariage de M. Maurice Jolivet, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris avec Mlle Jeanne Fuchs.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissance. — Notre confrère M. P. Maréchal, de Rueil, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Maréchal, nous font part de la naissance de leur fille Régine.

Nous leur adressons nos félicitations.

Ecole dentaire du Caire. — La mission scolaire égyptienne, 24, rue des Eccles à Paris, nous communique l'information suivante :

Le ministère de l'Instruction publique du gouvernement égyptien dispose des postes suivants à la nouvelle Ecole dentaire du Caire qui sera ouverte à la rentrée scolaire prochaine.

Les nominations seront, par contrat et pour une période de deux ans, renouvelables. En cas de possession de titres égaux parmi les candidats, ceux de nationalité égyptienne auront la préférence. L'enseignement sera donné en anglais.

1° Surveillant et professeur de stomatologie et de matière médicale, aux appointements de 900 livres égyptiennes par an. Le titulaire de ce poste n'aura pas le droit d'exercer sa profession au dehors.

2° Professeur de chirurgie et de pathologie, au traitement de 480 livres égyptiennes par an, avec droit à l'exercice libre de la profession.

3° Professeur adjoint de chirurgie et de pathologie au traitement de 360 livres égyptiennes par an, avec droit à l'exercice libre de la profession.

4° Professeur de prothèse dentaire et d'orthodontie, au traitement de 480 livres égyptiennes par an, avec droit à l'exercice libre de la profession.

5° Mécanicien au traitement de 360 livres égyptiennes par an, sans le droit à l'exercice libre de la profession.

Les demandes devront être adressées à S. E. le sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Instruction publique au Caire, de façon à lui parvenir avant le 15 août 1925. Elles devront être accompagnées de copies de diplômes, de renseignements sur l'expérience antérieure et sur des travaux de recherches accomplis, ainsi que de certificats récemment obtenus.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'École dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service fonctionne à partir du 1er octobre 1925, tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Les praticiens sont invités à remettre à leurs malades une note explicative au sujet du renseignement radiographique qu'ils désirent.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements. Téléphone : Trudaine, 34-01.

45e ANNÉE. N° 10. 30 OCTOBRE 1925. VOL. LXIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYGIÈNE DENTAIRE AU CONGRÈS DE GRENOBLE

Les organisateurs du Congrès de Grenoble avaient eu l'heureuse idée de mettre à l'ordre du jour la question de l'Hygiène dentaire ; mais, désireux de donner à ce sujet toute l'ampleur qu'il comporte et de permettre l'examen et la discussion des différentes modalités de cette hygiène, ils décidèrent que cette question ferait l'objet de six rapports, qu'ils demandèrent à six confrères particulièrement qualifiés de vouloir bien présenter au Congrès.

L'hygiène scolaire donna lieu à deux rapports : M. Haloua traita du Rôle de l'éducateur, *M. Cros (de St-Etienne) étudia l'*Hygiène dentaire scolaire urbaine. *Un troisième rapport était prévu sur l'*Hygiène dentaire rurale ; *mais le rapporteur désigné, seul des six choisis, fit défaut. M. Bousquet (de Besançon) fut chargé du rapport sur l'*Hygiène dentaire dans la famille ; *M. Wintergerst, de l'*Hygiène dentaire dans l'armée ; *enfin M. Lelièvre (de Clermont-Ferrand) du rapport sur l'*Hygiène dentaire dans les agglomérations (usines, administrations).

Outre ces rapports, deux communications intéressant l'hygiène dentaire furent faites par M. Lemieux (de Montréal) et par M. Lebrun (de Paris) et l'ensemble de ces travaux provoqua une discussion approfondie qui occupa près de deux séances.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour nos lecteurs de grouper ces rapports et ces communications dans le même numéro, consacré ainsi presque en entier à l'hygiène dentaire.

L'HYGIÈNE DENTAIRE LE ROLE DE L'ÉDUCATEUR

Rapport

Par F. HALOUA

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Le mot « hygiène » est la partie de la médecine dont le but est la conservation de la santé.

L'étude de l'hygiène en général n'a pas seulement pour utilité de nous faire acquérir la connaissance des meilleures conditions de notre santé et des moyens que nous devons posséder pour sa parfaite conservation ; elle est encore une précieuse introduction à l'examen de l'homme malade, tout en nous fournissant de grands moyens, qui sont les auxiliaires de la thérapeutique.

Tout ce qui concerne l'homme malade s'éclaircit et s'explique bien souvent par l'étude de ce qui concerne l'homme sain. Donc rien ne doit être négligé dans l'étude de l'hygiène ; tout y devient important. Nous pouvons dire que c'est un parallèle perpétuel dont les deux termes extrêmes sont la santé, ses conditions et ses garanties ; la maladie, ses causes et ses remèdes.

Les premières observations de l'homme relatives à sa lutte contre les maladies ont nécessairement eu pour objet de s'imposer des régimes. Il est aussi très probable qu'avant de chercher des remèdes contre ses maux, avant de songer aux substances médicamenteuses, il a commencé par modérer l'usage de ses aliments, par les modifier selon ses possibilités et même par les supprimer totalement. La diète, soit inspirée par la nature, soit dictée par l'observation, est devenue le premier moyen de défense dans les affections. La médecine a donc commencé son règne par l'hygiène, ainsi que nous le dit Hippocrate dans son « Traité sur les origines de la médecine ».

L'hygiène ayant donné la preuve de ses bienfaits, de ses résultats heureux n'a pas eu de peine à se généraliser et à prendre une prépondérance énorme. Mais elle n'a pour ainsi dire existé, quant aux lois, que dans l'antiquité la plus reculée.

Hélas ! les législateurs modernes ont négligé de s'inspirer de ces lois, qui, par les institutions intelligentes, préparaient des générations saines, vigoureuses, belles.

Certes les anciens étaient plus persuadés que nous des rapports existants entre les vertus physiques et morales et de la nécessité de joindre aux lois de droit commun celles se rapportant à l'hygiène sous toutes ses formes. Peut-être aussi les systèmes modernes des tactiques militaires rendant la force individuelle des hommes moins importante au succès des batailles, la remplaçant presque totalement par des engins de guerre, ont-ils été cause de cette négligence, de cette indifférence malheureuse pour la race et que nous ne saurons jamais assez déplorer.

Les Chaldéens et surtout les Egyptiens furent les premiers à lier l'hygiène à la législation. Les Hébreux et les Grecs reçurent des Egyptiens la plupart de ces usages et Moïse les a plus particulièrement imités en donnant à ces lois d'hygiène un caractère mystique et religieux, à la pratique de tous les détails une origine divine au même titre que les préceptes du Décalogue. C'était le seul moyen capable de faire comprendre à une multitude ignorante et superstitieuse l'observance des règles d'hygiène dont Moïse avait senti et compris toute la valeur. Parmi ces préceptes, il nous est agréable de signaler l'obligation pour tout croyant de se laver la bouche, de se frotter énergiquement toutes les dents avec le doigt afin de ne laisser aucun débris alimentaire après le dernier repas de la veille d'un jeûne complet et absolu durant 24 heures. La moindre parcelle d'aliments entre les dents constituait une grave infraction aux lois divines. Donc, seules la crainte et la terreur de l'au delà obligeaient ces peuples à la pratique journalière des principes de salubrité qu'on répandait à profusion au milieu d'eux.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur l'histoire de

l'hygiène, notre étude étant limitée à la partie du corps qui nous occupe, c'est-à-dire la bouche. Disons cependant que Pythagore, Lycurgue, Minos et tant d'autres s'occupèrent ardemment des règles de l'hygiène, ainsi que les Grecs et les Romains chez lesquels elles devenaient les principales préoccupations et d'une pratique constante.

Nous pouvons dire qu'en général la consécration de l'hygiène chez les Anciens se trouvait :

1° Dans leur législation ;

2° Dans leurs usages et leurs mœurs ;

3° Dans les règlements de leur police publique.

Quel enseignement pouvons-nous tirer de l'exemple de cette admirable antiquité en ce qui concerne l'hygiène dentaire ?

Il nous semble impossible de faire appel à la législation, nous savons combien celle-ci, même si elle daignait s'occuper de notre question, serait d'une conception difficile, confuse et d'une application bien plus difficile encore. Il en est de même des règlements de police publique qui sont de nos jours les conséquences des lois.

Des trois grandes forteresses qui défendaient jalousement l'hygiène aux époques lointaines une seule nous reste accessible. C'est elle que nous devons édifier, c'est vers elle que nous devons tourner nos regards, c'est vers elle que doivent tendre tous nos efforts. Nous voulons parler des usages et des mœurs et nous savons que ce sont les mœurs qui font les lois. Lycurgne, ce grand et sage législateur, l'avait si bien compris qu'il s'occupa à baser ses lois sur les mœurs publiques. L'art de créer des mœurs est peut-être plus important que celui de donner des lois. C'est dans cet art que nous devons puiser les éléments nécessaires pour faire pénétrer dans les masses, dans les agglomérations, aussi bien que dans l'esprit des individus pris séparément, toutes les lois de l'hygiène dentaire.

Les mœurs sont comme une espèce d'habitude acquise ou consentie qui entraîne l'homme à exécuter un acte comme malgré lui, à son insu, moins par les préceptes que par une impulsion irrésistible. Il faut donc parler aux sens, par le

moyen des objets extérieurs, par l'image, par la parole, par exemple et cela en s'adressant à l'enfant presque exclusivement, à l'enfant dès son âge le plus tendre.

Comme l'aube radieuse des lendemains heureux, nous voyons apparaître dans toute son ampleur le rôle de l'éducateur. Mais celui-ci devra être initié, instruit au préalable sur l'hygiène buccale. Comment en effet pourra-t-il donner des conseils, redresser des erreurs, déraciner des préjugés, enseigner des principes qu'il ignore lui-même ? C'est là alors qu'on voit naître le rôle du chirurgien-dentiste.

Un des défauts les plus généralement répandus, c'est de supposer connues une foule de notions simples, élémentaires qu'il est indispensable de posséder. Il faut songer que l'on n'écrit pas seulement pour les personnes les plus instruites ; il faut au contraire se mettre à la portée de celles qui le sont le moins. En un mot ne craignons jamais d'être trop clairs.

Notre premier devoir est donc de répandre parmi les professeurs, les instituteurs, en commençant par les dévouées maîtresses des écoles maternelles, toutes les notions relatives à l'hygiène dentaire et cela par des conférences, par des brochures, par des images distribuées à profusion parmi tout le corps enseignant, primaire, secondaire, supérieur, ainsi que parmi tous les élèves depuis ceux de l'école maternelle jusqu'à ceux des écoles supérieures.

A cet ensemble de moyens nous en ajouterons un autre dont la valeur et la puissance de diffusion sont universellement connues : nous voulons parler du film cinématographique. Que de prodiges ne pourrait-on faire avec ce facteur attrayant et instructif !

Il faut que tous ces éducateurs, dont le dévouement, est-il besoin de le dire, est sans bornes, soient par nos soins mis au courant des règles de cette hygiène et par suite puissent devenir nos précieux et indispensables auxiliaires. Instruit des moyens élémentaires de diagnostic de la carie et de ses dangers, du tartre et de son influence, des malpositions des dents et de leurs inconvénients, en un mot de tout ce que l'on peut observer du premier coup d'œil dans une bouche, possédant

en outre quelques notions sur la nécessité, sur l'importance des soins appropriés et judicieux qu'il faudra donner, l'éducateur, muni de ce léger bagage de connaissances relatives à l'hygiène dentaire et lui-même convaincu de leurs bienfaits, pourra, au cours de ses leçons, les inculquer à ses élèves ; ceux-ci en retireront incontestablement les plus grands avantages. Plus tard, devenus adultes, ils seront à l'abri des préjugés, hélas ! encore trop nombreux et trop répandus et formeront à leur tour des éléments actifs de propagande en faveur de la question qui nous préoccupe tant.

A ses leçons d'hygiène l'éducateur devra ajouter de temps à autre un examen sommaire de la bouche de ses disciples et, s'il y a lieu, attirer l'attention des parents sur ses observations. Ainsi l'éducateur deviendra un admirable collaborateur du chirurgien-dentiste et l'aidera utilement dans sa tâche, tout en la lui facilitant.

Mais cet examen de la bouche ne pourra être efficace, salutaire, bienfaisant qu'à la condition essentielle d'y adjoindre l'obligation pour les parents de faire donner les soins nécessaires signalés par l'éducateur, lesquels, pris au début, seront insignifiants et peu coûteux.

Si un enfant tousse, ou si ses yeux, son cuir chevelu, le teint de sa face, présentent quelques signes suspects ou probables d'une affection quelconque, il est renvoyé de l'établissement scolaire dans sa famille et ne sera repris en classe que muni d'un certificat de médecin.

Pourquoi ne pas agir pareillement pour les dents ? Et pourquoi ne pas exiger, avant l'entrée à l'école, un certificat délivré par un praticien constatant le parfait état de la bouche ? Cette question sort du cadre de notre modeste étude ; elle sera amplement et magistralement développée par les autres rapporteurs.

En dehors de ces éducateurs tout désignés naturellement par leur profession, il est un autre éducateur dont la parole est écoutée et les conseils suivis. Son influence est énorme et ses prescriptions sont toujours exécutées : c'est le médecin. Mais le médecin, depuis déjà longtemps, s'est pénétré de l'im-

portance de l'hygiène dentaire et nous apporte sans marchander tout le poids de son prestige.

Le hasard nous a mis sous les yeux une image parue dans *Le Quotidien*. Elle se rapporte à l'élevage des enfants du premier âge, et nous devrons nous en inspirer. Elle dit : « On a en Australie un vif souci de l'hygiène infantile. Afin d'en répandre les préceptes un train-conférence vient d'être organisé. Des infirmières diplômées vont ainsi, de village en village, répandre la bonne science de puériculture. Et les mamans s'empressent de venir les écouter et de leur présenter leurs bébés ».

La commission américaine de préservation contre la tuberculose en France (Fondation Rockefeller) a édité une petite brochure intitulée *Principes d'hygiène*. Dans cette brochure une page est consacrée à l'hygiène dentaire. Nous remercions vivement ici les promoteurs de cette publication de n'avoir pas oublié l'hygiène dentaire dans cette grave et douloureuse question de la tuberculose. Tout le fascicule est très bien conçu et la partie qui nous intéresse plus particulièrement aujourd'hui l'est également par sa concision, par sa simplicité, par les images vivantes qui émaillent son texte bref et lapidaire. Vu l'importance des soins dentaires dans la tuberculose, elle a fait éditer un fascicule spécial pour les enfants.

La même commission a édité aussi des cartes postales dans le même but de lutte contre le terrible fléau. Nous nous permettons de mettre sous vos yeux tous ces documents. Ils pourraient, nous l'espérons, donner des suggestions, créer des initiatives.

Certains de nos confrères ont établi dans ce même but des notices illustrées ou publient des revues périodiques. Mais toutes ces tentatives restent éparpillées et presque toujours s'adressent uniquement aux praticiens ou au grand public parfois. C'est sur l'enfant que nous devons essentiellement agir ; là nous sommes sûrs du résultat, le terrain est libre, vierge ; nous pouvons y semer à loisir la bonne semence ; sans aucun doute elle portera ses fruits.

L'enfant, c'est la matière malléable que l'éducateur pétrit

à son gré. L'avenir, c'est l'enfant. C'est vers l'enfant que nous devons diriger nos plus grands efforts, notre propagande, nos sacrifices. Il est à nous, il nous offre son obéissance, sa docilité, son temps, nous n'avons qu'à le prendre cet enfant. On ne dira jamais assez les bienfaits, le miracle de l'école. Il n'est pas de force, pas de tradition, pas de préjugés qui puissent résister à cet humble et puissant instrument de l'esprit : la parole de l'éducateur.

L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE URBAINE

Rapport

Par Cl. CROS, de Saint-Etienne,

Licencié ès sciences, Chirurgien-dentiste.

Lorsque notre distingué confrère président du Congrès me demanda de faire un rapport sur l'hygiène dentaire scolaire urbaine, mon premier mouvement fut de décliner cette mission. J'étais si peu habitué à nos réunions professionnelles qui groupent les meilleurs d'entre nous et dans lesquelles un modeste dentiste de province ferait piètre figure !...

Cependant, à la réflexion, je me dis qu'après avoir milité pendant douze années pour la diffusion des principes d'hygiène dentaire, je devais vous apporter les enseignements que m'a fournis ma modeste expérience, espérant que des initiatives comme celle que nous avons prise à St-Etienne, groupées, stimulées, dirigées par la *Société d'Hygiène dentaire de France*, pourront se généraliser dans la plupart des villes.

Pour ne pas allonger cette séance, je me bornerai à vous dire, aussi brièvement que possible, quels sont les principes généraux qui, à mon avis, doivent guider la création d'un service dentaire scolaire urbain et comment créer pratiquement ce service.

A. — PRINCIPES GÉNÉRAUX

1° *Le service doit être général et gratuit.* — Ceci nous paraît tout naturel en nous plaçant au seul point de vue philanthropique. Mais, à mon sens, le but que nous poursuivons est peut-être moins de guérir le mal que de le prévenir. Un service dentaire scolaire doit surtout avoir pour but de faire une propagande intense pour l'observation rigoureuse des règles les plus élémentaires de l'hygiène dentaire. Ceux qui, comme moi, se sont déjà préoccupés de la question, savent la besogne qu'il y a à faire. Ils savent que 5 ou 6 o/o des enfants des

écoles font usage de la brosse à dents, et Dieu sait comment ; que les parents eux-mêmes l'ignorent quand ils n'y sont pas hostiles. Il faut donc que tous les élèves, sans exception, soient visités : ceux des écoles laïques et ceux des écoles privées, et, dans chacune d'elles, riches et pauvres. Vous savez tous que le manque d'hygiène n'est pas l'apanage de la seule classe besogneuse.

On dit parfois, dans nos milieux professionnels, que soigner gratuitement les enfants des familles aisées, c'est faire une concurrence déloyale à la profession. Cet argument a peu de valeur ; il faut voir plus loin et plus haut. Si nos cabinets perdent quelques petits clients pénibles et insupportables parfois, ne récupéreront-ils pas la perte au centuple, plus tard, quand la propagande que nous faisons aura porté ses fruits ! Travail de longue haleine peut-être, mais qui sera d'une influence décisive sur l'avenir de la profession. L'exemple de la guerre n'est-il pas là pour le démontrer ?... Et puis, ne serait-ce pas diminuer singulièrement le nombre d'enfants fréquentant nos cliniques et rendre celles-ci inutiles que d'exiger des certificats d'indigence ?

D'ailleurs ces deux principes de généralité et de gratuité des soins ont été admis, en avril dernier, au Congrès des dentistes scolaires.

Et puis, comment pourrions-nous dire avec autorité aux familles de faire soigner leurs enfants si on nous oppose la situation de fortune pour esquiver ces soins ?

2° *Le service doit être autonome.* — J'entends par là que s'il peut être rattaché administrativement à un service médical général, il doit être dirigé techniquement et assuré par des professionnels : stomatologistes, chirurgiens-dentistes ou dentistes. Loin de moi la pensée de critiquer les services médicaux, mais il y a une chose indéniable, c'est que le service dentaire scolaire dirigé par un médecin non spécialiste fera toujours figure de parent pauvre. Je n'insiste pas là-dessus.

L'autonomie au contraire lui donnera l'autorité nécessaire et favorisera l'émulation. C'est ainsi que nous précédons à Saint-Etienne, et tout le monde s'en trouve fort bien. Auto-

nomie ne veut pas dire claustration dans une tour d'ivoire, cloisons étanches. Les divers services, non seulement ne doivent pas s'ignorer, mais au contraire doivent s'entr'aider, s'envoyer mutuellement les petits malades. Telle affection du nez, de la gorge peut être dépistée par le dentiste et réciproquement.

3° Le service ne doit pas être l'œuvre d'une seule personnalité, mais il doit être organisé et patronné par l'ensemble de la profession. Il acquiert, de ce fait, une autorité incontestable vis-à-vis des familles et des autorités locales ; autorité qui lui enlève toute interprétation possible de réclame personnelle. Il faut, si je puis m'exprimer ainsi, lui donner une allure professionnelle par opposition à l'allure administrative qui est terne, impersonnelle et sans vie. Le dentiste à la clinique doit rester dentiste et ne point devenir..... fonctionnaire ; j'entends par là que les petits clients de la clinique ne doivent pas être le public qui attend et s'impatiente devant un guichet ; le public que l'on traite quelquefois avec désinvolture, mais ils doivent être traités comme nos clients de cabinet, avec dévouement, avec douceur.

4° Le service dentaire scolaire doit obligatoirement comprendre deux choses :

a) *L'inspection dentaire scolaire*, accompagnée de causeries, de conférences, de distribution de brochures, de tracts, etc..... L'inspection a pour but d'éclairer le public, de l'instruire, de secouer son insouciance et sa négligence.

b) Comme corollaire obligé, comme sanction de l'inspection il faut une *clinique dentaire scolaire gratuite* ouverte à tous les enfants des écoles primaires.

Ces deux parties du service, inspection et clinique, doivent être assurées autant que possible par des dentistes différents, cela en conformité avec les prescriptions de la circulaire ministérielle de 1909.

5° Enfin il faut une entente préalable avec l'inspecteur d'Académie qui seul peut autoriser les visites scolaires ; avec les membres du corps enseignant, qui seront toujours, de par leur situation pédagogique, l'autorité auprès des élèves et dans les familles les collaborateurs indispensables du dentiste.

B. — Marche a suivre pour créer un service dentaire scolaire

Pour être plus précis, je prends un cas concret. Voici une ville de 150.000 habitants. Elle possède 20 dentistes et 18.000 élèves fréquentant les écoles primaires.

La carence des pouvoirs publics, l'ignorance ou la négligence de la Municipalité font qu'aucun service médical scolaire n'a été créé.

L'initiative doit alors partir du groupement professionnel. L'un des 20 dentistes réunit ses confrères. Ensemble, munis des renseignements, des références que pourra leur procurer la Société française d'hygiène dentaire, ils élaboreront un projet adapté à la ville. Mais il faut un projet précis, avec, en plus de la documentation du rapport qui l'accompagne, un projet de *dépenses*.

Ce projet de dépenses doit comprendre :

1° Le prix de l'installation de la clinique (M. Ferrand a promis de nous procurer à tous des devis variables, suivant l'importance des villes et leurs capacités financières ;

2° Les prix des imprimés divers ;

3° Les appointements demandés par le personnel. Ce personnel sera désigné autant que possible d'un commun accord entre les confrères de la ville de façon à réserver la bonne entente professionnelle et le parrainage du service. Je me permets d'attirer plus particulièrement votre attention sur ce point délicat. A défaut d'entente préalable entre les praticiens de la ville, la Municipalité, pour se conformer à l'usage et éviter les critiques, nommera ce personnel par concours ou concours sur titres. Cette façon de procéder éliminerait fatalement les chirurgiens-dentistes et les dentistes au profit exclusif des stomatologistes ; il en résulterait un conflit regrettable.

A Saint-Etienne, nous avons procédé à l'amiable après entente entre stomatologistes et dentistes. La Municipalité n'a fait que sanctionner cette décision. Depuis que le service fonctionne elle a toujours suivi cette ligne de conduite pour le plus grand bien de tous.

Voici quelques chiffres relatifs au service dentaire scolaire de Saint-Etienne.

Le prix d'installation a été d'environ 15.000 francs, ce qui représente comme amortissement annuel 2.000 francs environ. L'aménagement du local dans un bâtiment municipal a coûté 20.000 francs, ce qui représente approximativement une annuité de 2.000 francs.

Le traitement du personnel, dentistes, infirmière, femme de service, s'élève à 35.000 francs.

Le montant des achats de fournitures courantes, de l'entretien, et du renouvellement du matériel s'élève annuellement à 1.500 francs.

La dépense annuelle atteint donc la somme de 40.500 francs, ce qui nous donne la somme modique de 2 fr. 25 environ par élève.

Le traitement du personnel dentiste est calculé à raison de 15 francs par heure de service.

D'après ces données précises, j'affirme hautement qu'il n'y a pas une Municipalité, à quelque opinion politique qu'elle appartienne, qui, en présence d'un projet précis et avec le concours assuré d'un personnel dévoué, ne consentirait à voter un budget qui, moyennant une prime annuelle de 2 fr. 25 par élève, assurerait les enfants des écoles contre les risques graves que comporte une mauvaise denture.

Les détails de l'organisation varient d'une ville à l'autre suivant les contingences locales. Des exemples types d'organisation seront adressés aux personnes qui en feraient la demande par la Société d'hygiène. Je ne m'étendrai donc pas sur ce sujet.

Mes chers confrères, il y a, dans un cabinet dentaire deux personnages actifs : le dentiste et le patient. Ces deux personnages doivent collaborer, donc se comprendre, s'estimer et avoir une confiance réciproque.

Le dentiste avec son bagage scientifique, son habileté professionnelle et son désir de bien faire, se trouve parfois en face d'un client qui ignore, qui doute, qui est insouciant. Les soins dentaires ? il ne les connaît pas, il n'y a pas confiance. L'hygiène ? bah ! à quoi bon ! nos pères ignoraient aussi la

brosse à dents et cela ne les empêchait pas de devenir vieux ; et puis à quoi bon se brosser les dents ? cela les use, les « décharne », les gencives saignent ! Mieux vaut n'y pas toucher. A quoi bon se faire soigner ? les « plombages » ça ne tient pas, du moins pas toute la vie.

Et chaque jour, ce dentiste doit lutter pour détruire ces préjugés, essayer de convaincre ces incrédules. Chaque jour il lui faut dire : « Madame, brossez-vous les dents, conservez-les, faites-les soigner ». Il se heurte le plus souvent à des habitudes acquises et ses efforts sont vains.

Jusqu'à ce jour, nos Congrès professionnels s'étaient uniquement préoccupés de l'avancement des sciences. L'élite d'entre nous exerçait sa sagacité, son intelligence et son savoir pour améliorer la technique, élucider certains points restés obscurs. L'art dentaire devenait une science qui chaque jour étendait son domaine, améliorait sa technique.

Mais ne faisions-nous pas cavalier seul ? La science pure devient surtout intéressante par ses applications aux humains. Faire progresser la science dentaire, c'est fort bien ; mais il faut que tout le monde profite de ces progrès ; il faut les faire comprendre au public, lui expliquer que c'est lui qui doit en bénéficier.

Faire l'éducation du public, lui donner confiance dans l'efficacité des soins que nous pouvons lui prodiguer, lui apprendre l'hygiène dentaire, voilà les buts que se proposent nos œuvres d'hygiène et qui doivent être les compléments indispensables des recherches savantes.

Où trouvons-nous plus de souplesse dans le caractère et dans l'esprit ; plus de malléabilité et moins d'habitudes acquises ? Dans le monde scolaire. L'éducation hygiénique doit commencer à l'école, les habitudes du jeune âge sont celles qui persistent dans la vie.

Aussi je me réjouis de voir cette question d'hygiène dentaire scolaire à l'ordre du jour de notre Congrès, de voir nos idées de la première heure prises en mains et soutenues par les meilleurs d'entre nous. N'est-ce pas là démontrer leur excellence et nous assurer le succès !

J'ai la conviction que, grâce à ce débat, nos grands groupements professionnels s'intéresseront davantage à la question et que leurs organes réserveront à l'avenir une plus grande place à la propagande hygiénique.

J'ai la conviction aussi que l'immense majorité de nos confrères finira par comprendre que cette ambiance d'égoïsme, de désintéressement social, de mercantilisme qui nous envahit depuis la guerre, doit faire place à une compréhension plus haute et plus humanitaire de notre profession. Sans penser toujours aux gros sous, faisons profiter nos semblables de notre savoir, qu'ils soient riches ou pauvres. Ce faisant nous ferons œuvre philanthropique et aussi œuvre professionnelle.

L'HYGIÈNE DENTAIRE A L'USINE

Rapport

Par R. LELIÈVRE, de Clermont-Ferrand.

C'est à la demande d'un grand nombre de malades que l'administration des Etablissements Michelin crut devoir organiser un petit cabinet dentaire, afin de se rendre compte des résultats qu'on pourrait en obtenir et du bénéfice que l'ouvrier pourrait en tirer. Au bout de six mois, l'épreuve était concluante. Voici, d'ailleurs, des chiffres qui prouvent — mieux que toutes les phrases — le bien-fondé de l'initiative de la Maison.

Notre service fut ouvert aux malades fin avril 1924. A la fin d'octobre de la même année, 954 bons de visite avaient été pris et 530 malades terminés.

Le nombre des visites, dont vous pourrez juger la progression, fut le suivant :

Mai.....	553
Juin	510
Juillet	660
Août.	721
Septembre.	765
Octobre ..	761
Total :	3.970 visites en six mois,

soit une moyenne de 662 visites par mois.

D'autre part, nous avons réservé deux jours par semaine (le mardi et le jeudi) pour des soins gratuits aux enfants des écoles créées par l'usine. Ces enfants examinés, par moi, à la rentrée d'octobre, ont donné les chiffres suivants :

Sur 865 enfants (entre 7 et 12 ans), 509 avaient besoin de soins urgents, soit une proportion de 59 %.

Chaque enfant possède sa brosse à dents et son gobelet et chaque matin, à son arrivée en classe, il est tenu de se brosser les dents.

Nous avons affaire à une agglomération de 15.000 ouvriers,

plus leurs familles, soit environ 40.000 personnes ayant droit aux soins dentaires.

En présence de cet effectif, nous avons été amené à nous demander s'il n'était pas dans notre rôle de créer un service pouvant concurrencer les dentistes de la ville.

L'expérience nous a démontré que la concurrence était faible et que nous nous étions, au contraire, attribué un rôle d'éducateur. Ainsi, nous avons pris, au hasard, une période de quinze jours (du 18 octobre au 6 novembre 1924) de laquelle il y a lieu de déduire les dimanches, mardis et jeudis (soit 6 jours) restent 9 jours ; en questionnant chaque malade, nous avons relevé 39 personnes n'ayant pas vu le dentiste depuis plus de dix ans ou n'en ayant jamais vu. Lorsque ces malades quitteront l'usine, où ils ont pris l'habitude de se faire soigner les dents, ils iront voir le dentiste à la moindre alerte.

Une autre question se posait : rendons-nous, au point de vue du temps, réellement service à l'ouvrier en le traitant ? Oui.

Que l'ouvrier travaille de 8 à 12 heures, de 14 à 18 heures, de 7 à 11 heures ou de 13 à 17 heures, suivant le service, un bon de sortie lui était nécessaire pour se rendre chez son dentiste. Si les soins comportaient 5 visites, à 1 h. 1/2 chacune (temps de déplacement et d'attente compris), l'ouvrier perdait : 7 h. 1/2 × 3 fr. 25 = 24 francs, et les honoraires en plus.

Pour l'usine, un autre inconvénient se présentait : si 5 ou 6 ouvriers du même service se déplaçaient, il en résultait aussitôt une perturbation dans la marche de l'atelier.

Notre service a donc été établi de façon à tout concilier : il fonctionne de 9 heures à 13 heures et de 14 h. 30 à 18 h. 30, soit pendant 8 heures.

Aucun ouvrier soigné n'a eu, jusqu'à présent, à demander une faveur pour venir au cabinet dentaire.

Evidemment, au point de vue des honoraires, l'ouvrier a un gros avantage, étant donné qu'il paie presque un tiers du prix, minimum de ville, la maison prenant le reste à sa charge, car les sommes perçues n'arrivent pas à couvrir les frais du service, quoiqu'il soit très simple.

Nous devons faire payer une part à nos malades, et c'est un principe depuis longtemps adopté à l'usine et qui s'explique fort bien en tenant compte de la mentalité du milieu auquel on s'adresse.

Si l'ouvrier reçoit des soins gratuits, il s'en méfie et se figure qu'ils sont imparfaits, alors que s'il verse une somme il entend être bien traité et, selon sa formule, « en avoir pour son argent ». Pour lui, c'est un point capital.

Ces généralités posées, je vais vous exposer l'organisation de notre service.

Le plan de la clinique a été conçu pour éviter toute perte de temps au dentiste comme aux malades.

1° Une salle d'admission permet aux malades de venir chercher leurs bons de visite, bons qui sont obligatoires : c'est en même temps la carte d'identité du patient et sa fiche sur laquelle figurent ses rendez-vous déterminés d'avance. Un malade nouveau doit se présenter le matin ou le soir, à des heures fixes ; après examen on établit sa fiche et l'on fixe le nombre des rendez-vous nécessaires au traitement.

2° Ensuite trois cabinets de traitement.

Chaque cabinet possède tout l'outillage moderne, et le dentiste est assisté d'une infirmière qui le seconde. Chaque praticien ne doit voir qu'un maximum de 25 malades par jour. Afin d'éviter toute perte de temps, lorsqu'un malade est sur le point d'être congédié, l'infirmière, par une sonnerie correspondant au numéro du cabinet, reliée à la secrétaire du bureau d'admission, prévient celle-ci d'envoyer le malade suivant figurant sur un registre de rendez-vous affecté au cabinet appelant. Le malade à soigner se dirige vers le dentiste sans l'aide de personne, ce qui évite l'encombrement des couloirs. Le malade traité sort par une porte différente de celle d'entrée. Aucun malade n'est reçu sans rendez-vous, sauf en cas d'urgence.

3° Puis, vient la salle d'extractions. Deux fauteuils séparés par une cloison, afin d'éviter aux malades le spectacle des phases quelquefois difficiles d'une extraction. Un détail capital pour nous : toujours dans un esprit d'économie de temps

nous ne laissons pas nos malades se laver la bouche dans la salle d'extractions. J'ai fait faire, tout à côté, une salle de gargarismes munie de plusieurs lavabos avec eau tiède, et chaque malade, usant d'un gobelet individuel parcheminé, se rince la bouche tout le temps qu'il lui plaît.

4° Une salle de prothèse située à proximité du laboratoire permet, sans craindre le plâtre sur le sol, les prises d'empreintes, les essayages ou poses, sans gêner les salles de soins. Bien entendu, un laboratoire vaste, pour dix mécaniciens, au moins, avec salle séparée pour toutes les machines de cuisson ou de coulée, ou dégageant trop de chaleur.

5° Une salle de radiographie avec également un appareil Sollux ou de rayons rouges. Un appareil ultra-violet, si besoin est, se trouve à notre disposition à la clinique médicale.

6° Une salle de repos, 7° une salle de stérilisation, 8° une lingerie, 9° un lavabo, 10° un vestiaire pour le personnel.

Le tout est conçu avec toute la simplicité et l'hygiène rigoureuse que comporte une œuvre s'adressant à un milieu qui a besoin qu'on le guide par l'exemple.

Voici d'ailleurs le chiffre approximatif de l'installation complète de la clinique dentaire, pouvant répondre aux besoins d'une agglomération de plus de 40.000 personnes :

65.000 francs d'aménagement de bâtiments ;

70.000 francs de matériel dentaire, y compris un stock de réserve.

Bien entendu, dans l'admission de nos malades, la priorité est réservée aux malades envoyés par les médecins de l'usine pour embarras gastrique, dyspepsie, tuberculose. Pour ces derniers, la Maison fait d'ailleurs construire un Sanatorium assez vaste où sera créé un cabinet dentaire, afin d'entourer ces malades de tous les soins utiles à un prompt rétablissement.

D'autre part, dans un temps assez proche, nous serons amené à créer, dans les cités ouvrières appartenant à la Maison, des postes dentaires, de façon à éviter à l'ouvrier l'excuse de l'éloignement de la clinique.

Les coopératives de l'usine ont été, sur mes conseils, amplement pourvues de brosses à dents et en trois mois (juin à sep-

tembre 1924) la vente a atteint le chiffre d'une année entière (juin 1923 à juin 1924).

Pour le règlement de leurs honoraires, toute latitude est laissée aux malades pour payer soit à la réception de leur note adressée à leur Service par la comptabilité, soit par retenue sur leurs salaires ou par acomptes, à leur convenance.

Aujourd'hui, je ne puis vous apporter que l'expérience d'un an, mais les résultats déjà acquis nous permettent de croire à l'efficacité de l'initiative des établissements Michelin, surtout au point de vue de la diffusion de l'hygiène dentaire dans la population ouvrière.

L'HYGIÈNE DENTAIRE A L'ARMÉE

Rapport

Par Charles WINTERGERST,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris
Secrétaire général de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer.

En collaboration avec :

MM. Jacques FILDERMAN, *président de l'Amicale* ;
René LOYER, *vice-président* ;
Louis VIAU, *trésorier* ;
Pierre DAVIGNEAU et René WALLIS-DAVY, *membres du Conseil d'administration.*

Ce rapport, présenté au nom du Conseil d'administration de l'Amicale des Dentistes des armées de Terre et de Mer, a été, pour sa clarté, divisé en quatre paragraphes bien distincts, savoir :

§ 1er. — Ce qui existait avant la guerre.
§ 2. — Ce qui a existé pendant la guerre.
§ 3. — Ce qui existe depuis la guerre.
§ 4. — Ce qui devrait exister.

§ 1er. — *Ce qui existait avant la guerre.*

Dans l'armée, les services dentaires, quoique généralement assez rudimentaires, existaient déjà, depuis plusieurs années par toute la France, mais seulement dans les garnisons d'une certaine importance ; généralement leurs sièges étaient dans les hôpitaux.

Nous rappellerons, à titre documentaire, qu'en 1907 M. Chéron, alors ministre de la Guerre, institua un examen dentaire obligatoire, pour chaque recrue et créa en même temps une fiche-schéma.

A Paris, en particulier, l'hôpital militaire du Val-de-Grâce possédait un service bien organisé dans lequel opéraient quatre jeunes chirurgiens-dentistes diplômés, sous la direction d'un médecin-major spécialisé.

Les services dentaires des hôpitaux militaires de province, quoique d'importance sensiblement moindre, étaient assurés également par de jeunes dentistes accomplissant leur service militaire.

Nous plaçant au point de vue pratique, de par cette courte étude rétrospective, nous constaterons qu'en résumé les services dentaires n'étaient que très imparfaitement organisés et que, si par hasard, il en existait dans des régiments, c'était toujours sans réglementation, par l'initiative des chefs de corps uniquement ; parfois sollicité par le jeune dentiste, toujours ou presque aux frais de ce dernier, c'est-à-dire avec l'apport de son instrumentation personnelle qui avait été généralement utilisée pour faire ses années d'études.

§ 2. — *Ce qui a existé pendant la guerre.*

A la mobilisation générale, les chirurgiens-dentistes, en tant que spécialistes, n'étaient rien, et les services inexistants, en considération de l'idée que l'on se faisait d'une guerre courte et uniquement de mouvement. Le moment nous semble venu de citer la phrase brutale et plutôt tendancieuse d'un grand chef militaire, répondant un peu avant la guerre à une requête dans laquelle les dentistes demandaient une affectation définie : « A quoi bon, les dentistes en cas de conflit armé ! ne seraient que gêne et embarras ». L'avenir se chargea de donner un éclatant démenti à cette assertion pour le moins osée.

En 1914, en dehors des jeunes chirurgiens-dentistes mobilisés, ayant accompli leurs années de service comme infirmiers militaires, tous les autres, même parmi les plus compétents, prirent rang, suivant leur classe de mobilisation, dans les différentes unités combattantes ou services de l'avant, des étapes ou de l'intérieur.

Nous signalerons qu'à la mobilisation, seules les ambulances possédaient à l'avant, la boîte de stomatologie (boîte rudimentaire pour intervention d'urgence).

Enfin, au moment de la stabilisation du front, on songea à utiliser les compétences avec des fortunes diverses, en ce qui concerne notre corporation, chaque dentiste offrait la

plupart du temps et volontairement du matériel qu'il se faisait envoyer de chez lui.

A l'*intérieur*, dès le 5 août 1914, au lendemain de la déclaration de guerre, l'Ecole dentaire de Paris fondait un Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, qui fut la première organisation de ce genre.

En novembre suivant, l'Ecole organisait un dispensaire militaire pour la garnison du camp retranché de Paris et le transformait en centre de prothèse de mastication pour les inaptes dentaires de l'armée.

Ces créations ont tracé la voie à un nombre considérable de confrères et aux divers groupements dans les différents milieux où leur action s'exerçait à l'arrière comme au front et qui ont rendu ainsi des services appréciables.

Ce mouvement, fortement secondé par l'opinion publique, a fini par forcer la main au Service de santé.

Par une circulaire du ministre de la Guerre en date du 10 novembre 1914, trois centres de stomatologie sont créés à Paris, à Lyon et à Bordeaux.

Au *front, en* 1915, certains services officieux sont créés par des chefs de corps qui ont compris l'utilité des services dentaires.

Puis, quelques centres s'organisent déjà timidement.

Enfin sous l'impulsion de M. Justin Godart et officiellement, un nombre important de centres de prothèse maxillo-faciale sont créés dans plusieurs régions et des centres de prothèse élémentaire dans toutes les régions.

Nous ne saurions oublier qu'un important Congrès dentaire interallié s'est tenu à l'Ecole dentaire de Paris le 10-11-12 et 13 novembre 1916. A nous chirurgiens-dentistes revient l'honneur d'avoir donné naissance au premier congrès de guerre.

Enfin, en *mars* 1916, un commencement de justice est rendu au corps des dentistes qui, depuis le début des hostilités, s'est dépensé sans compter, à l'avant comme à l'intérieur, pour le soulagement des blessés et des édentés, forçant l'admiration de ceux-là mêmes qui étaient portés à ne lui accorder, par routine ou esprit de partialité, aucune bienveillance.

M. Justin Godart, par décret en date du 3 mars 1916, créa le corps des dentistes militaires.

M. l'amiral Lacaze, par un autre décret en date du 4 mars 1916, celui des chirurgiens-dentistes de la Marine.

Nous ne manquerons pas de rappeler ici que ces deux hommes n'ont jamais cessé depuis de nous marquer toute leur bienveillante estime en toutes circonstances.

Nous ne manquerons pas davantage de signaler que ces résultats ont été obtenus par les efforts associés, auprès des pouvoirs publics, de la Fédération dentaire nationale et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, dont tout particulièrement le président de la première, M. Blatter et le secrétaire général de la seconde, M. Georges Villain, ont droit à toute notre reconnaissance.

Les dentistes militaires officiellement reconnus, reçoivent les affectations suivantes :

1° Deux à chaque division, l'un ayant un poste fixe, l'autre se déplaçant dans tous les régiments de la division. Un matériel rudimentaire est prévu en principe, malheureusement, au début surtout, on oublie souvent d'outiller les opérateurs.

2° Un dentiste militaire est affecté aux brancardiers de corps.

3° Un certain nombre sont attachés aux ambulances de l'avant et hôpitaux d'évacuation.

4° Enfin, tous les autres, les plus âgés, sont affectés suivant leurs classes ou leurs compétences spéciales, aux centres des étapes ou de l'intérieur.

Les voitures de stomatologie qui devaient jouer un rôle important immédiatement à l'arrière du front, à partir de la fin de l'année 1916, eurent pour ancêtre une roulotte dentaire qui dépendait du Comité d'assistance aux dépôts d'éclopés et fut inaugurée le 31 mars de cette même année.

En 1917, la plupart des régiments d'infanterie sont dotés d'un dentiste militaire.

Dans la *marine*, les services de chirurgie-dentaire existaient dans les hôpitaux maritimes avant la nomination des chirurgiens-dentistes et étaient assurés par des médecins de la marine spécialisés.

Les chirurgiens-dentistes de la marine ont été répartis dans ces services déjà existants qui sont devenus plus importants par leur arrivée.

Les divisions navales avaient chacune leur chirurgien-dentiste.

Enfin, la situation des chirurgiens-dentistes, un premier pas étant fait, ne pouvait rester aussi modeste : le ministre de la marine voulut bien, dans son domaine, en élever quelques-uns au grade d'officier.

Dans l'armée de terre, un décret, portant création de cent dentistes au grade de sous-lieutenant, ne fut appliqué que longtemps après l'armistice, exactement le 3 juin 1919. Seuls purent en profiter les jeunes confrères, encore aux armées.

Ces nominations furent faites au choix et l'on tint compte en haut lieu des années de séjour au front et des citations et blessures.

La loi ne nous permettait, jusqu'à présent, que d'accéder au grade de lieutenant : 85 chirurgiens-dentistes ont été élevés à ce grade, dans la réserve, cette année.

Nous avons le ferme espoir que, très prochainement, au moment du vote de la loi sur le recrutement de l'armée et sur celle, plus particulière du Service de santé, nous verrons le Parlement nous accorder la possibilité d'accéder au troisième et au quatrième galon, ainsi qu'il est prévu dans les deux propositions de loi, l'une émanant de M. Justin Godart et créant des dentistes à ce grade dans l'active, comme dans la réserve, et l'autre de M. le colonel Girod n'en prévoyant que dans la réserve.

Il est cependant une catégorie de dentistes qui a été à peu près sacrifiée : la grande majorité des confrères ayant fait la guerre, puisque, dans l'armée de terre, démobilisés au grade d'adjudant ils y sont encore et que jusqu'à présent aucune disposition n'a été prise en leur faveur pour leur rendre justice, et que dans la marine, par une aberration inconcevable, il ne sont absolument plus rien, puisque le décret qui les nommait n'était applicable que pendant la durée de la guerre. Leur situation reste donc entièrement à établir et les

services dentaires, assurés par des chirurgiens-dentistes proprement dits, sont à organiser complètement.

Laissez-nous vous signaler que le Conseil d'administration de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, société de fondation récente (mars 1925), a entrepris une croisade des plus actives pour obtenir réparation de ces flagrantes injustices et que nous aurons à cœur que pleine satisfaction soit accordée à nos camarades.

Déjà nous avons enregistré plus que des promesses de surface et dans très peu de semaines nous espérons vous apporter des réalisations si vous venez à nous en grand nombre ; en adhérant à notre Amicale vous nous donnerez une force considérable.

§ 3. — *Ce qui existe depuis la guerre.*

Depuis la guerre, sans vouloir entrer dans les différents détails administratifs de recrutement et de préparation militaire des contingents, ce qui alourdirait singulièrement ce rapport qui doit exposer un sujet précis, nous indiquerons cependant que, les jeunes chirurgiens-dentistes sont d'autorité versés dans le Service de santé : suivant qu'ils ont ou non fait deux années de préparation militaire supérieure, ils sont incorporés ou comme infirmiers (aspirants au grade de dentiste auxiliaire) ou tout de suite, comme dentistes auxiliaires. Automatiquement d'ailleurs, ils sont promus officiers pour l'accomplissement de leurs six derniers mois de service actif.

Les services qu'ils rendent sont fort variables, suivant l'importance des garnisons auxquelles ils sont affectés et surtout suivant les initiatives dirigeantes plus ou moins compétentes, dont ils dépendent. Alors que dans les grands hôpitaux de Paris, des villes importantes de province et dans les centres militaires principaux de l'armée du Rhin, on trouve des services organisés d'une façon souvent remarquable, nombre de jeunes dentistes militaires nous signalent l'insuffisance manifeste de beaucoup de cabinets dentaires de petits centres où les règles les plus élémentaires d'asepsie et d'antisepsie même sont totalement inconnues et où le matériel et les

instruments sont d'une pauvreté extrême que n'arrivent pas à améliorer des demandes de fournitures de première nécessité faites par les intéressés, ces demandes réitérées restant sans succès ou le matériel mettant très longtemps à parvenir.

Il y aurait lieu d'ajouter à cela que le nombre des dentistes militaires est absolument insuffisant et que, bien souvent, le Service de santé se voit dans l'obligation d'utiliser les bonnes volontés des chirurgiens-dentistes civils, voire même en Rhénanie, des dentistes allemands. Tous ceux-ci reçoivent, pour chaque séance de traitement, une modeste allocation.

§ 4. — *Ce qui devrait exister.*

En terminant ce rapport, nous allons conclure, en énumérant les différentes règles d'hygiène et d'organisation qu'après une étude approfondie de la question nous voudrions voir exister aux armées.

1° En temps de paix : *étant donné l'importance de l'hygiène dentaire par rapport à l'état général et par conséquent pour la conservation de la santé de l'individu dont dépend l'avenir de la race, le service dentaire doit être organisé d'une façon sérieuse.*

1° *Rétablissement d'une visite dentaire* obligatoire, *pour toutes les jeunes recrues, avec adjonction d'une fiche-schéma sur laquelle seraient marquées par nos jeunes confrères militaires toutes dents à soigner, racines à extraires et observations telles que celles concernant la prothèse après recherche du coefficient de mastication.*

2° *Distribution gratuite d'une brosse à dent à chaque homme de troupe.*

3° *Conférences simples sur l'utilité de l'hygiène dentaire, les hommes de troupe étant convoqués par détachement pour y assister.*

4° *Projections cinématographiques ou, à défaut, schémas de démonstrations à l'appui de ces conférences.*

Nous voudrions voir fixer, après étude rigoureuse, un pourcentage de dentistes militaires, suivant le nombre d'hommes à soigner.

Pour les grandes garnisons, plusieurs dentistes s'il y a lieu ;

pour les petites, un seul pourrait, au contraire, assurer le service de plusieurs en se déplaçant.

Cependant, le tableau suivant, nous paraît schématiser assez exactement ce qui serait souhaitable, en tant qu'affectation, mais ne deviendrait guère applicable que si un corps de dentistes militaires de carrière était créé (projet à l'étude).

1° *Un dentiste dans chaque unité.*

2° *Un dentiste dans chaque hôpital (militaire ou mixte).*

3° *Un laboratoire de prothèse dentaire dans chaque chef-lieu de corps d'armée. A ce laboratoire seraient affectés deux mécaniciens pour dentistes, sous la direction du dentiste de la place.*

Enfin, nous serions désireux de voir dresser une nomenclature détaillée et complète, faite par l'un des nôtres (seul compétent en cette matière), de ce qui est nécessaire comme matériel et instruments pour le bon fonctionnement d'un cabinet dentaire et d'un laboratoire.

Cette nomenclature, une fois adoptée, serait applicable partout où existe un cabinet de quelque importance qu'il soit et sans qu'il puisse être apporté de réduction à cette liste.

2° En temps de guerre :

Il est difficile de dresser actuellement un projet d'organisation du service dentaire et d'établir le rôle du dentiste dans la future guerre étant donné que les projets de lois sur l'organisation de l'armée ne sont pas encore votés.

Néanmoins, le Conseil d'administration de l'Amicale fait siennes les conclusions du rapport des professeurs Jambreau et Spire, adoptées par le 3e Congrès de Médecine *et de* Pharmacie *militaires sur la spécialisation.*

L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS LA FAMILLE

Rapport

Par le Dr P. E. BOUSQUET, de Besançon

Le but du travail que nous allons avoir l'honneur de vous présenter n'est pas de faire revivre à votre imagination, par une étude rétrospective de l'histoire de l'hygiène dentaire dans la famille, les époques lointaines où l'habitant des cités lacustres enlevait, à l'aide d'une arête de poisson, les débris de venaison logés entre ses molaires usées,..... ni celle où le riche armateur phénicien se rendait chez l'orfèvre accroupi dans un coin de l'échope abritée du soleil par des tentures bariolées, pour essayer l'appareil d'or retrouvé dans sa sépulture des siècles et des siècles plus tard,..... ni celles où la mondaine de la décadence romaine se frottait les dents d'un linge fin imbibé d'un peu d'urine parfumée qu'un adorateur avait spécialement fait venir pour elle à grands frais des lointaines Gaules.

Son but, s'il est beaucoup plus terre à terre, a l'avantage d'être utilitaire et consiste à savoir jusqu'à quel point l'hygiène dentaire a actuellement pénétré dans nos mœurs et quels sont les moyens à employer pour lui donner le développement que nous reconnaissons indispensable de lui voir prendre pour la sauvegarde de la santé générale.

De l'hygiène dentaire familiale, en France bien entendu, jusqu'à l'époque de la guerre, nous dirons pour simplifier, sans crainte de nous tromper beaucoup, qu'elle était égale à zéro.

Dans le public on se figure que le passage des troupes américaines chez nous contribua énormément à la diffusion de l'hygiène dentaire, dans nos campagnes surtout. Nous croyons que c'est là une erreur, que la véritable cause de ce que le public a traduit par hygiène dentaire » découle du mouvement de luxure qui, durant la guerre, pénétra jusque dans nos campagnes et continue de plus belle.

Il s'agit là d'une fausse apparence d'hygiène.

Le soldat américain avait des dents soignées, ce qui se remarquait peu, mais possédait beaucoup d'or dans sa bouche (il faut dire qu'il ne représentait pas, la plupart du temps, l'élite de la population des Etats-Unis). Cet or était naturellement visible ; il parut, comme tout ce qui venait d'Amérique, merveilleux, et nombre de jeunes personnes trouvèrent de bon goût d'adopter cette mode. Maintenant, dire que l'étonnement des soldats américains devant le délabrement des maxillaires de nos compatriotes

durant leurs cantonnements dans nos fermes et nos chaumières contribua sensiblement à la propagation de l'hygiène dentaire chez nous, nous ne le croyons pas, car si les soldats se brossaient les dents, bien peu d'habitants des campagnes ont suivi leur exemple.

Il ne faudrait pas non plus se baser, pour se faire une idée de ce que l'hygiène peut avoir fait de progrès chez nous, sur les étalages toujours plus nombreux des pharmaciens étageant pyramides sur pyramides de boîtes de poudres, de pâtes ou de savons dentifrices, ni sur les réclames à pages entières de nos hebdomadaires les plus connus servant à des praticiens plusieurs fois décorés à apprendre non seulement ce fait au public, mais aussi qu'ils désirent lui vendre les merveilleuses brosses à dents de leur invention, pas plus que sur les chiffres de vente toujours croissants dont certains fabricants de produits dentifrices nous adressent chaque année les courbes éloquentes.

Tout cela, fausse apparence d'hygiène.

Ce n'est pas parce qu'il y aura dans une famille une brosse à dents par adulte, une ou deux pour les enfants, une boîte de savon commune et même, si vous le voulez, une brosse et une boîte par individu que celà suffira pour avoir satisfait aux règles de l'hygiène.

« La compréhension de l'hygiène, question d'interprétation, et l'interprétation question d'éducation, nous disait une infirmière. On nous amène au dispensaire des enfants que nous sommes obligés de baigner à leur arrivée ; cependant les mères, par coquetterie, leur avaient fait subir une toilette particulièrement soignée avant de nous les amener. »

L'être humain est naturellement sale. De nos jours, parmi les races civilisées, le Latin l'est plus particulièrement et, fait curieux, c'est auprès de lui qu'il est fait le moins de propagande. Bien plus même, nous voyons en France des villes vendre l'eau au compteur comme on vend le gaz, l'électricité, l'essence. Le résultat dans les quartiers où la population est dense, les salaires modestes, est que la ménagère qui paie son eau au prorata de sa consommation l'économise : les lieux d'aisance ne sont pas lavés, les cuisines ne sont plus récurées et les enfants se passent de bain. Comme propagande d'hygiène, c'est évidemment réussi, et pourtant...

Combien de fois avons-nous observé durant les nombreuses années que nous avons passées aux Etats-Unis des chargements entiers d'émigrants, attendant sur les quais d'un port les trains qui devaient les disperser sur l'immense territoire. Levantins, juifs polonais, siciliens et baltes semblaient avoir transporté avec eux dans leurs hardes toutes les poussières du logis abandonné. Les

femmes, la tête enveloppée d'un mouchoir criard, des anneaux d'argent aux oreilles, les hommes le chef recouvert de la toque d'astrakan, le col d'une lévite élimée relevé et perdu dans une chevelure inculte ; la marmaille à moitié nue, courant d'un groupe à l'autre, se bousculant entre les ballots d'effets ; tout ce troupeau attendait docile l'ordre d'embarquement.

Quelques années plus tard, les mêmes êtres étaient méconnaissables, transformés. Ils étaient devenus citoyens américains. Très convenablement vêtus, respirant le bien-être et l'assurance, il vous aurait été impossible de reconnaître en eux les émigrants des années passées.

Ce jeune homme rasé à l'allure athlétique que trahit un léger accent italien, le petit Piémontais arrivé comme, une épave cinq ans auparavant ? — Impossible ! — Et d'où vient cette transformation ? — L'hygiène, la formidable propagande qui, ininterrompue, s'étend sur tout le pays et comme une eau débordante s'infiltre partout, continuellement.

La France est un des pays où la propagande pour l'hygiène est la moins active — Le résultat ? — « C'est, disent les Drs Martial, Ducamp et Pissot dans un article paru dans la *Presse Médicale* du 14 mars 1925 que nombre d'habitations à bon marché qui se construisent actuellement sont des taudis neufs ou des maisons neuves insalubres. C'est, disent-ils, qu'on ne peut demander aux parents d'avoir beaucoup d'enfants lorsqu'on tolère la location des caves, des sous-sols ; lorsque les garnis, les meublés pullulent à leur aise, alors que l'on n'ignore pas que la mortalité y est le double de celle des maisons normales. »

L'hygiène buccale ne peut s'introduire seule dans les familles, elle ne fera de progrès qu'autant que l'hygiène générale en fera. C'est pourquoi le rôle de propagateur d'hygiène dentaire ne doit pas être le seul apanage du dentiste, il intéresse tout à la fois le médecin, la visiteuse d'hygiène, la sage-femme, les infirmières, etc... et le dentiste de son côté ne peut parler d'hygiène buccale sans parler en même temps d'hygiène générale.

Se brosser les dents matin et soir et rendre visite une fois l'an à son dentiste, voilà en quoi peuvent se résumer les notions d'hygiène buccale de l'élite, si l'on peut dire, de la société. Ceux qui en savent plus long sont tellement rares que leur nombre dans une statistique serait négligeable.

L'élite dont nous parlons constitue tout à fait une minorité dispersée dans toutes les classes de la société et, pour donner un peu plus de poids à cette parole, disons qu'à l'heure actuelle une personne seulement sur soixante visite le dentiste pour autre chose que des extractions.

La crise économique que nous traversons n'est pas sans avoir un certain retentissement, elle aussi, sur l'hygiène dentaire familiale, bien des parents que l'on ne peut classer parmi les indigents envoient leurs enfants au collège, au lycée, font des sacrifices pour leur éducation et économisent sur les visites du médecin et en particulier sur les soins du dentiste. L'importance des soins dentaires leur apparaît peut-être, mais comme elle n'est pas comprise à sa juste valeur, ils les reculent le plus possible ; ce qui constitue une fausse économie manifeste, tant au point de vue financier qu'au point de vue sanitaire.

Ce que le public sait, mais ne fait pas, c'est qu'il doit se brosser les dents plusieurs fois par jour, c'est qu'il ne doit pas attendre d'avoir mal pour se faire soigner ; mais ce que pas une mère ne sait c'est que la dentition de son enfant dépendra de son état général, de son hygiène et plus particulièrement de son hygiène alimentaire.

Pas une mère ne sait que des dents infectées dans sa bouche influeront considérablement au moment de la gestation sur son état général et celà sans qu'elle s'en rende compte, et que son état général à elle déteindra sur son enfant, sur la dentition de son enfant qui n'est pas encore né.

N'est-il pas curieux de constater combien une maman bien intentionnée semble vouloir préparer à plaisir son enfant au développement de la carie en lui donnant des quantités de sucre tout à fait en dehors des proportions non pas utiles, mais seulement tolérables par l'organisme.

Elle ne le sait pas, parce que si ces choses-là sont dites dans les Congrès dentaires, elles n'ont jamais été claironnées dans le public de telle sorte que l'écho en soit parvenu aux oreilles intéressées soit dans les villes, soit dans les campagnes.

L'hygiène dentaire ne consiste pas à faire subir un traitement problématique à un pyorrhéïque âgé, à appareiller un édenté même partiel, ce sont là des soins s'adressant aux représentants de générations que nous pouvons considérer comme sacrifiées au point de vue hygiène. L'hygiène dentaire doit viser les générations qui viennent, c'est-à-dire l'enfance, non pas dans l'espoir chimérique de voir ces enfants en faire leur profit au cours de leur existence, mais dans l'espoir de préparer le terrain aux générations futures, car, à moins que remède n'y soit porté, ce n'est pas avant longtemps que les premières notions justes d'hygiène dentaire pénétreront dans les familles françaises.

Causez par curiosité avec une sage-femme, une infirmière de profession, une visiteuse d'hygiène, c'est-à-dire avec des personnes qui pénètrent dans les familles, qui parlent aux jeunes mères, aux futures mamans, de la théorie toxi-infectieuse du rachitisme,

puis du rapport que cette affection peut avoir avec l'alimentation actuelle, avec des voûtes palatines ogivales, avec des malpositions dentaires, et avec, par exemple, la lenteur au travail d'un enfant. Vous concluerez rapidement que ces spécialistes de l'hygiène de l'enfance, si toutefois elles sont au courant de ce dont vous leur parlez, n'ont jamais essayé de faire entendre dans les familles où leur rôle les appelle le véritable son de cloche d'hygiène dentaire, c'est-à-dire celui de l'hygiène dentaire de l'enfance.

MÉDECINS ET HYGIÈNE DENTAIRE

Nous trouvant au milieu d'un groupe de médecins dont beaucoup étaient établis à la campagne, lors d'une assemblée générale syndicale il y a quelques jours à peine, nous amenâmes la conversation sur l'hygiène dentaire. — « Les gens de la campagne y viennent joliment aux soins dentaires, dit un confrère. Chez nous dans la montagne, toutes les jeunes filles ont des dents en or et les vieux des rateliers. Dans un petit pays à côté de chez moi, il vient un dentiste toutes les semaines, il arrache chaque fois un nombre formidable de dents, et fait des appareils en quantité. Il est vrai que maintenant ce sont les paysans qui sont riches, ils ont de l'argent à ne savoir qu'en faire. — Quelle différence avec l'époque à laquelle je me suis installé il y a trente ans de celà, dit un autre, maintenant une femme à la campagne ne resterait pas avec une dent de moins et les gens à qui nous recommandons le port d'un appareil suivent nos conseils. »

« Pour vous, leur répondîmes-nous, hygiène dentaire est un peu synonyme de faire extraire des dents trop abimées et de les remplacer, et encore ! Est-ce que vous-mêmes donnez l'exemple ? Combien parmi vous lorsqu'ils examinent un client font systématiquement, dans chaque cas, un examen sommaire, mais néanmoins suffisant de ses dents et de sa cavité buccale ? Combien parmi vous sont capables de donner un conseil au sujet de la première dentition ? Et combien parmi vous, oh hygiénistes, se brossent les dents après chaque repas ? »

Les confrères s'étaient petit à petit écartés, seul un oculiste resta près de nous et nous dit : « J'examine toujours la bouche de mes clients et leur fais régulièrement extraire leurs racines ? Je déconseille toujours les bridges, couronnes, dents à pivot, et recommande des appareils à plaque. Bien souvent je fais enlever tous ces travaux de prothèse fixe. — Pourquoi êtes-vous l'ennemi aussi acharné des couronnes et autres travaux ? — Parce que ces travaux ne joignent jamais bien et que la dent, en dessous, s'abimera forcément — Et lorsqu'ils sont parfaitement exécutés ? — Ils ne le sont jamais. — Alors quelle est votre opinion sur les dents pourtant

traitées, mais obturées par d'autres moyens ? — Là, nous répondit-il, ce n'est plus la même chose ! »

Le médecin n'a qu'une idée très vague du rapport entre les affections dentaires et leur répercussion sur l'état général. Il n'est certes pas sans connaître ce rapport, mais quant au processus de l'infection, c'est là une tout autre question, ce n'est plus son rayon.

Ce qui ne veut pas dire que tous les médecins, spécialistes ou autres, sont à ranger dans cette catégorie et sont aussi ignorants de la pathologie des dents, non, pas tous, mais... beaucoup, beaucoup trop. En fait, où auraient-ils pu apprendre ce que nous leur reprochons de ne pas savoir ? Ce n'est certes pas durant leurs années d'études médicales.

Nous avons toujours été étonné de constater combien un étudiant en médecine à la fin de ses études se fait peu d'idée de la complexité que peuvent présenter des études dentaires complètes, c'est peut-être là la raison pour laquelle tant de jeunes et même de vieux médecins se lancent avec autant d'ardeur dans cette spécialité sans préparation préalable suffisante et contribuent à faire piétiner sur place une science de qui l'hygiène publique a tout à attendre.

Plus les rapports entre médecins et dentistes, c'est-à-dire entre syndicats médicaux et syndicats dentaires seront étroits, plus le médecin apprendra qu'en matière d'hygiène il n'y a pas de démarcation nette entre l'hygiène générale et l'hygiène dentaire. L'une ne peut aller sans l'autre et aucune ne pénétrera là où l'autre ne pénètrera pas.

Pour pouvoir jouer son rôle d'hygiéniste dans toute la mesure de ses moyens, nous émettons le vœu que le médecin consciencieux ne soit pas obligé d'attendre d'être installé aux prises avec la clientèle pour se rendre compte qu'il lui est indispensable d'avoir des notions justes et suffisamment étendues concernant non seulement la pathologie et la thérapeutique dentaires en général,mais principalement tout ce qui concerne la dentition de l'enfance, car nous ne saurions trop le répéter, c'est sur l'enfance que doit s'exercer toute la propagande d'hygiène bucco-dentaire.

Prophylaxie veut dire prévenir, un médecin n'a pas le droit de l'oublier.

DENTISTES ET HYGIÈNE DENTAIRE

Jusqu'à ces toutes dernières années l'éducation du public en tant qu'hygiène dentaire était, si l'on peut dire, le privilège du dentiste et comme jusqu'à ces toutes dernières années l'importance des foyers infectieux buccaux était loin d'être comprise par

la profession, le rôle d'éducateur du dentiste était plutôt limité, consistant en quelques recommandations ayant trait au brossage des dents.

Aujourd'hui que nul dans la profession ne peut ignorer les liens intimes qui unissent la science dentaire à la médecine, l'influence d'un état de santé défectueux sur la dentition et vice versa, le rôle du dentiste s'est considérablement élargi, il consiste non seulement à guérir des affections buccales et indirectement des affections très diverses découlant des premières, mais encore à prévenir par des soins et des conseils appropriés ayant trait à l'état buccal de ses clients, l'éclosion de maladies souvent graves dont le point de départ était hier encore inconnu.

Il a été tant écrit récemment sur ce sujet, les réunions professionnelles l'ont traité tant et tant de fois que le dentiste ignorant est celui qui veut bien ignorer, trouvant sans doute profitable d'entretenir sa clientèle dans des idées fausses concernant son hygiène et sa santé.

Etant donné la décroissance de la natalité en France, les difficultés sans nombre avec lesquelles notre pays se débat et en présence de l'effort considérable qui, de tous côtés, est fait pour remédier à l'une et faire face aux autres, le dentiste ne peut se désintéresser de la lutte entreprise actuellement contre les mauvaises conditions de l'hygiène générale dont la conséquence directe est la diminution des naissances et la décroissance du rendement individuel.

Le dentiste manque à son devoir d'hygiéniste :

1° Par ignorance — lorsqu'il n'attire pas l'attention d'un client sur la gravité d'un état pyorrhéique toujours atténuable, sinon guérissable, sur les conséquences de foyers infectieux apicaux, etc...

2° Par paresse — lorsqu'il dit aux parents que, les dents de lait devant tomber, il est préférable de ne pas les soigner et que, si l'enfant souffre, on les extraira.

3° Par malhonnêteté — lorsque, désireux de voir quelque argent rentrer rapidement dans sa caisse, il meule les dents au lieu de les extraire en vue de faire un appareillage.

4° Par manque de dignité — lorsque ses annonces, ses enseignes, les titres pompeux dont parfois il se pare entretiennent le public dans l'idée que le charlatanisme est encore de règle dans une profession que d'autres s'efforcent de présenter sous un jour tout à fait différent.

5° Pour l'une ou l'autre de ces raisons ou pour toutes réunies lorsque, au lieu de prendre un opérateur diplômé qui demanderait une juste rémunération, il laisse un mécanicien soigner ses clients,

donnant à ces derniers l'impression que les soins dentaires sont de si peu d'importance que n'importe qui est capable de les exécuter.

En faisant continuellement dans sa clientèle acte d'hygiéniste le dentiste non seulement fera son devoir, mais il élèvera une mentalité professionnelle bien souvent critiquée, il honorera sa profession.

Si l'application des règles de l'hygiène dentaire est si peu observée dans nos familles françaises, la profession dentaire peut prendre pour elle une part importante des reproches, car ayant un recrutement un peu trop libre, elle favorise l'accès à une importante fonction sociale d'un trop grand nombre d'individus dont le but principal est d'exploiter uniquement le côté commercial de l'aventure. Nous avons le droit d'espérer que le mouvement actuel en faveur de l'hygiène buccale hâtera la venue du jour où un recrutement plus serré, des études préliminaires plus étendues pour le dentiste seront les facteurs essentiels du relèvement moral et scientifique de la profession d'où découlera aussitôt une amélioration notable de l'application des règles de l'hygiène dans la famille, c'est-à-dire une amélioration notable de la santé publique.

NÉCESSITÉ DE COOPÉRATION ENTRE DENTISTES

La science n'est plus aujourd'hui le monopole d'un petit nombre d'individus enfermés dans une tour d'ivoire, gardant jalousement leurs découvertes pour eux et un groupe restreint d'élèves. Le progrès résulte dans les sciences médicales et dentaires, c'est-à-dire dans des sciences qui ne peuvent se commercialiser parce que leur but est la santé publique, de la coopération entre tous leurs représentants.

Le seul moyen actuel de coopérer efficacement est de se réunir afin d'échanger des idées, c'est pourquoi il est maintenant impossible à un dentiste de ne pas se rendre chaque année à un certain nombre de réunions professionnelles syndicales et autres, et de ne pas faire entrer dans son budget une certaine somme couvrant ses frais de déplacement.

Par coopération syndicale nous n'entendons pas seulement la défense d'intérêts locaux ou généraux, nous entendons la communion d'idées et d'efforts pour élaborer et appliquer un programme de propagande d'hygiène en rapport avec l'avancement de la science.

Le dentiste vieux jeu qui se moque de ce que font les autres et suit tranquillement son petit bonhomme de chemin sans contrarier ni aider l'effort commun est un véritable boulet que la profession traîne à sa remorque. Plus dangereux qu'un illégal, parce

qu'aucune contrainte ne peut être employée contre lui, il peut être considéré comme vivant à l'index de ses confrères groupés parce que sa mentalité douteuse d'incapable le fait confondre avec la horde des charlatans qui évite les syndicats comme les voleurs évitent les gendarmes.

L'action syndicale est de toute importance au point de vue propagande d'hygiène dentaire. C'est elle qui dirigera les efforts de ses membres, car il y a un intérêt considérable à ce que, pour être efficace, cet effort soit fait en bloc et non pas au hasard d'initiatives disséminées.

C'est par une propagande en masse faite identiquement par tous les membres d'un groupement et continuellement entretenue qu'un résultat pourra se faire sentir.

En venant aux syndicats et en coopérant de la sorte à l'effort commun, le dentiste qui vivait isolé souvent pour pouvoir faire une réclame tapageuse ne devant jamais lui amener qu'une clientèle inférieure, s'élèvera moralement dans l'échelle sociale et ne perdra pas un centime, bien au contraire, car il est de fait qu'une réclame intelligente et sur une large échelle est toujours une source de bénéfices pour ceux qui la font.

Il nous est souvent arrivé d'entendre dire par des dentistes que la profession était encombrée sans éprouver l'envie de relever cette assertion vraie en partie. S'il s'agit de cette catégorie de dentistes faisant n'importe quel travail à n'importe quel prix, ne pouvant tenir leur clientèle que par la modicité de leur tarif et préférant recevoir des prix dérisoires pour leurs soins plutôt que d'adresser cette clientèle au dispensaire si elle est pauvre, ou de changer de métier si les prix qu'ils demandent constituent la stricte rémunération de leur travail, la profession est évidemment surchargée ; elle en déborde, mais non de dentistes capables d'augmenter indéfiniment par leur valeur personnelle le nombre de leurs clients sans en enlever un seul à leurs confrères, bien au contraire même en leur en procurant.

Si du jour au lendemain tous les Français dont la bouche nécessite des soins dentaires se décidaient à se faire traiter, on aurait beau faire appel au corps médical tout entier, demander à tous les médecins de se muer instantanément, si c'était possible, en dentistes, il y aurait encore pénurie d'opérateurs. Il y a donc matière à travailler pour tous ceux qui sont capables et c'est une fois de plus une raison pour que nous élevions la voix pour demander que les écoles dentaires, par un recrutement plus sévère, n'acceptent que des sujets ne devant pas grossir le nombre des indésirables de la profession.

Mieux vaut pour le bien de l'hygiène publique un petit nombre

de dentistes consciencieux qu'un nombre considérable d'individus trouvant plus facile de vivre de la crédulité du public que de l'instruire.

PROPAGANDE INDIVIDUELLE ET PROPAGANDE SYNDICALE

Comme nous vous le disions il y a un instant, la réclame est indispensable pour provoquer dans le public un mouvement de curiosité. Lorsqu'il est question d'hygiène la réclame se nomme propagande, mais le mode d'action ne change pas. Pour que son effet se fasse sentir de façon durable, la propagande doit s'exercer activement, continuellement, et avec diversité.

La place que l'hygiène dentaire a tenue jusqu'ici dans les programmes de propagande d'hygiène générale est infime. Ces programmes ayant presque toujours une origine médicale, en tous cas se trouvant toujours sous le contrôle médical, l'importance des soins de la bouche était à peine esquissée.

Nous avons vu des distributions en masse de feuillets concernant la destruction des mouches, la désinfection des logis, nous n'en avons jamais vu une seule se faire qui eût trait à la propreté de la bouche. Nous avons vu des brochures traitant de prophylaxie, qu'il s'agisse de tuberculose, de syphilis, de maladies contagieuses de toute sorte, dans aucune il n'était donné à la question buccale la dixième partie de la place que l'importance de cette question méritait. Rendons toutefois hommage en passant à la seule exception que nous connaissions, à l'effort de la Commission américaine de la préservation de la tuberculose en France — Fondation Rockefeller dont la brochure, reproduction de celle éditée par la Croix-Rouge américaine intitulée : « Pourquoi soigner nos dents ? » fut il y a un certain temps largement distribuée et reste encore maintenant le modèle du genre. Il n'a pas été fait mieux depuis.

Nous avons vu des cours publics sur la puériculture se faire sans qu'une parole soit dite pour apprendre aux mères que leurs enfants possédaient ou posséderaient des dents et que celles-ci méritaient toute leur attention et pour cause.

Ces cours étaient pourtant faits par des médecins !

Devant semblables faits devons-nous nous étonner qu'en France deux enfants seulement sur 100 au-dessous de 14 ans présentent une dentition parfaitement saine, que dans les écoles primaires urbaines il n'y en ait pas un seul sur 100 indemne de caries ? La bouche est-elle ou n'est-elle pas la porte d'entrée de la plupart des maladies infectieuses sévissant sur l'enfance principalement ? Est-il vrai ou n'est-il pas vrai que 38 o/o des cas de décès se produisant avant la quatorzième année sont dus à des maladies évitables ?

Le peu de propagande fait jusqu'ici sur ces questions ferait réellement croire que nous avons trop d'enfants en France, aussi est-ce notre opinion que le présent Congrès fera date dans l'histoitre de notre profession si de son initiative résulte un mouvement véritable de propagande d'hygiène dentaire.

Qu'ont fait jusqu'ici les dentistes comme propagande en dehors de quelques causeries occasionnelles dans leur cabinet ? Rien, ou si peu ! Individuellement, de-ci, de-là, quelques tentatives intéressantes de diffusions de tracts ; collectivement, rien, absolument rien !

Nous dirons même plus, c'est que l'effort individuel est nuisible et nous invitons les syndicats à envisager au cours de leurs assemblées le danger que présentent de telles actions isolées.

La distribution isolée de tracts constitue toujours une réclame plus ou moins déguisée il est vrai, mais néanmoins une réclame pouvant servir d'arme à certains détracteurs contre un auteur bien intentionné.

De plus la rédaction de tracts d'hygiène est chose délicate ; faite individuellement, elle reflétera souvent une tournure d'esprit personnelle qui sera diversement appréciée et commentée du public et des confrères.

Faite individuellement cette propagande sera forcément limitée, car elle n'osera s'adresser qu'à la clientèle du cabinet et celle-là justement est celle qui en a le moins besoin.

Les premiers tracts d'hygiène dentaire furent lancés par des dentistes isolés dans un but que nous croyons absolument désintéressé, certains même dépensèrent de telles sommes dans leur propagande qu'ils furent contraints de l'abandonner au bout de peu de temps, c'est là un argument de plus que nous présentons contre ce mode de propagande privée ; étant onéreux, il est forcément restreint. Quant à vouloir introduire un opuscule d'hygiène dans les familles en le mettant en vente, il faudrait être d'une naïveté bien impardonnable pour seulement croire la chose possible.

Rendons toutefois hommage en passant à l'initiative de tous ceux qui dépensèrent leur temps et leur argent sans compter, dans l'unique but de répandre la bonne et saine doctrine de l'hygiène dentaire.

La petite brochure de notre confrère Matard de Chamonix, intitulée *Conseils d'hygiène dentaire* mérite tout particulièrement de retenir l'attention ; nous voudrions voir chaque famille en posséder un exemplaire, car présentée avec goût, elle contient de nombreuses illustrations en couleur la rendant intéressante de bout en bout ; la somme de travail que son élaboration demanda est considérable.

Citons encore le tract d'hygiène de notre confrère Motte, de la

Rochelle, tract modèle que son auteur, un modeste s'il en fut, tira à des milliers d'exemplaires et adressa à toutes les écoles de France. Si vous n'avez jamais entendu parler de cet effort, c'est qu'il fut toujours fait sous le couvert de l'anonymat, son mérite à nos yeux en est d'autant plus grand.

Certains auteurs de tracts offrirent leur œuvre à des syndicats professionnels qui en continuèrent l'idée, ou la développèrent grâce à une rédaction collective. La diffusion des tracts sous le couvert syndical qui en résulta constitue déjà un réel progrès, mais nous estimons que ce n'est pas encore suffisant, la directive du mouvement de propagande actuellement indispensable doit être la même pour tous les praticiens de notre art, pour tous les syndicats, pour tous ceux s'intéressant de près ou de loin non seulement au développement de la science dentaire, mais aussi au mouvement d'expansion de l'hygiène dentaire publique.

Nous estimons nécessaire et proposons à ce Congrès la création d'une Association nationale pour la propagation de l'Hygiène dentaire, Association groupant : odontologistes, stomatologistes, médecins, syndicats, écoles, sociétés telles que la Croix-Rouge, l'Union des Femmes de France, revues professionnelles, fabricants d'articles d'hygiène, fournisseurs dentaires, etc.. Association recevant les dons, centralisant les ressources et possédant un comité de rédaction pour l'élaboration des tracts, des affiches, etc., un comité s'occupant de la prise de films, de leur location à des organisations syndicales et autres qui se chargeraient de les faire passer dans les cinémas locaux, etc. N'est-ce pas un semblable comité qui serait le plus indiqué pour faire entendre de courtes causeries d'hygiène dentaire par T. S. F. ?

Seul un groupement central peut arriver, en éditant en masse, à livrer aux syndicats, aux associations des brochures à des prix suffisamment bas pour être distribuées non plus parcimonieusement comme le sont les tracts individuels, mais par milliers dans les campagnes : écoles, mairies, dans les villes : usines, groupements sportifs, hôpitaux, etc. Editées en dialectes locaux, alsacien, breton etc., les brochures seraient d'une diffusion facile et d'un heureux effet dans certaines provinces.

Seul un groupement central poursuivant un but unique amènera les syndicats à coopérer efficacement. Avec un peu d'entente l'organisation de conférences, de causeries serait chose facile ; point n'est besoin d'être grand orateur pour retenir durant une dizaine de minutes l'attention d'une classe d'enfants de 10 ans dans une école primaire, de jeunes gens de 16 ou 18 ans dans une salle de culture physique, le tout est de grouper les bonnes volontés et d'organiser.

L'hygiène dentaire ne consiste pas uniquement dans l'emploi de la brosse à dents, pourrait-on nous objecter, mais comme il y a un commencement à tout et étant donné que rien n'a encore été fait, c'est en s'adressant à l'enfance avec des idées simples que l'on préparera les générations de demain à pouvoir comprendre et mettre à profit des idées plus avancées qui, si elles étaient présentées à nos générations contemporaines résulteraient en une pure perte de temps.

La majorité des dentistes, pourraient aussi nous objecter certains détracteurs, possède-t-elle suffisamment de connaissances médicales pour pouvoir suivre un programme d'hygiène générale puisque l'hygiène buccale n'est qu'une partie intégrale de celle-ci ? Que l'on ne s'inquiète pas, le jour est encore loin où il faudra parler science à une nounou au sujet de la future dentition de son nourrisson ; qu'on lui fasse déjà comprendre pourquoi elle doit éviter de laisser l'enfant sucer son pouce et de lui mettre dans la bouche le bâton de guimauve qu'elle sortira du fond de son sac où il voisinait avec quantité d'objets plus ou moins hétéroclites. Tout dentiste qui veut s'en donner la peine et suivra les conseils qui lui viendront du groupement auquel il appartient, deviendra le véritable agent de propagande dont nous avons actuellement besoin. S'il est bon d'envisager l'avenir, discutons, disputons-nous même, mais envisageons-le avec confiance. Pour l'instant pensons d'abord au présent, c'est plus utile et plus urgent.

Si nous avons traité notre sujet de manière un peu satyrique, notre excuse est qu'il s'y prêtait, l'hygiène dentaire dans la famille n'est-elle pas une véritable plaisanterie ?

Ayant également critiqué médecins et dentistes on ne nous accusera pas d'avoir pris parti pour les uns contre les autres. Nous souhaitons au contraire voir l'union se faire autour de la question de l'hygiène dentaire que nous considérons au point de vue propagande, comme étant le nœud de toute l'hygiène que nous désirons voir pénétrer dans les familles françaises. Tout comme la bouche est la porte d'entrée habituelle de la maladie dans l'organisme, l'hygiène dentaire doit être la base fondamentale de tout édifice de propagande d'hygiène générale. Sa simplicité pouvant être aussi naïve que sa complexité peut-être grande, elle a le mérite de pouvoir s'adresser à tous, petits et grands, d'être comprise et appliquée à tous les âges.

Nous avons la certitude que, si des travaux de ce Congrès, naît l'effort indispensable que nous attendons, ceux qui l'auront provoqué auront fait plus pour l'hygiène publique que des années de vaine législation.

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DE MONTRÉAL

Par le Dr G. LEMIEUX,
Délégué du ministère de la Santé du Canada.

Avec votre permission, en peu de mots, je vous donnerai quelques détails sur l'inspection médicale des écoles à Montréal.

Pour les fins d'inspection, les écoles sont groupées en districts. Un médecin y est chargé de la surveillance de l'état de santé des enfants et a la responsabilité du travail. Il est assisté par deux, et même trois infirmières, et il travaille alternativement avec chacune d'elles, suivant un programme établi par le surintendant.

Les médecins exercent une surveillance très attentive sur l'état physique des écoliers. Ils ont mission de faire subir à chaque enfant, au cours de son stage scolaire, 4 examens, aussi complets et aussi approfondis que le permettent les conditions et le local où ils sont appelés à pratiquer.

Cet examen consiste à rechercher les défectuosités de la vision, de l'audition et de la denture, les maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, des bronches, des poumons, du cœur et les malformations, etc... etc... Les quatre examens réguliers que subit l'enfant se font aux périodes suivantes de son stage scolaire :

1re Inspection : à son entrée à l'école
2e Inspection : deux ans après son entrée à l'école ;
3e Inspection : cinq ans après son entrée à l'école ;
4e Inspection : avant sa sortie de l'école.

Entre ces examens réguliers, et aussi complets que possible, auxquels sont soumis tous les enfants, les défectueux sont l'objet d'une surveillance toute spéciale et subissent autant d'examens que le requiert leur état.

Cette inspection est appréciée à sa juste valeur par le personnel enseignant, qui porte un intérêt toujours croissant à la sauvegarde de la santé de la population scolaire, et qui fait tout en son pouvoir pour seconder le personnel de cette inspection et lui faciliter le travail.

Hygiène dentaire scolaire.

Depuis quelques années, on m'a chargé de ce service. Notre travail est orienté vers la prophylaxie dentaire. Dans une série de conférences, graduées suivent l'âge des enfants, nous enseignons la nécessité de l'hygiène dentaire et des soins de la bouche, pourquoi, quand et comment se servir de la brosse à dents. Nous insistons surtout sur la nécessité de faire traiter les caries dentaires dès leur début, et sur les dangers de conserver dans la bouche des dents cariées. Nous dirigeons les enfants pauvres sur les dispensaires gratuits — au nombre de 6 à Montréal. Les statistiques de l'an dernier démontrent que 40.000 patients ont reçu des traitements dans ces différents dispensaires, les 2/3 étant des enfants. J'ajouterai qu'un grand nombre sont traités par des dentistes, en clientèle privée.

Dans toutes les grandes villes du Canada l'hygiène dentaire scolaire se pratique et, dans quelques-unes de ces villes, il y a des dispensaires attachés aux écoles et où les soins sont donnés gratuitement aux enfants.

***

En conclusion, nous constatons chaque année une amélioration de la dentition des écoliers.

LES DENTS DES PETITS PARISIENS

Par E. LEBRUN,
Professeur à l'Ecole odontotechnique.

Habitant un des arrondissements les plus peuplés de la capitale, le quinzième, je suis stupéfait du petit nombre d'enfants de 4 à 14 ans venant réclamer mes soins. Sur 20 adultes ou jeunes gens, il y a environ 1 enfant.— Est-ce que les naissances ont diminué à ce point ? Est-ce que tout simplement les enfants reçoivent ailleurs les soins qui leur sont nécessaires ? ou troisième hypothèse ne reçoivent-ils rien du tout ?

Je me suis livré à une petite enquête pour essayer de répondre à ces trois questions.

Ma communication sera très courte, mais elle aura la valeur d'un document.

J'ai visité tous les groupes scolaires les uns après les autres, je me suis adressé, également, à la Caisse des Ecoles et ce sont les résultats de ces démarches que je vais avoir le plaisir de vous communiquer.

Habitant le XV^e^, comme je vous le disais tout à l'heure, c'est donc cet arrondissement que j'ai choisi de préférence, estimant qu'à quelques exceptions près les autres doivent jouir d'un régime analogue.

Ma première visite fut pour la Mairie. A la Caisse des Ecoles on me reçut très aimablement, je posai alors timidement quelques questions sur le service dentaire, son fonctionnement et les instructions données pour l'hygiène dentaire scolaire. Les directeurs obéissent-ils à un ordre donné, ou se basent-ils sur des circulaires plus ou moins récentes réglant la marche de ce service ? Existe-t-il un dentiste inspecteur scolaire.

Le brave fonctionnaire me sembla tomber des nues..... « Le service « dentaire... mais il n'en existe pas... Des circulaires... il n'y en a pas... « les directeurs agissent comme bon leur semble, en tous cas il n'y a « aucun crédit, nous n'avons pas d'argent. Nous avons déjà des infir- « mières scolaires qui nous coûtent les yeux de la tête, nous ne savons « pas si nous pourrons les conserver, en tout cas je puis vous certifier « que la Caisse des Ecoles ne dispose d'aucune somme, même minime « pour mettre debout ce service ».

Devant une réponse aussi catégorique, je n'avais qu'à m'incliner. Je remerciai, cet aimable fonctionnaire et décidai sur le champ d'entreprendre une tournée d'enquête près de chaque directeur d'Ecole puisque eux seuls ont toute liberté pour organiser.

L'initiative privée avait peut-être fait merveille devant l'insouciance officielle qui, elle, est évidente.

Les écoles communales du XVme sont divisées en 16 groupes scolaires. Ces 16 groupes réunissent un total de 16.000 enfants environ.

Quartier de Grenelle.

GROUPE Nº 1. — *Rue Dupleix, nº 21.*

Ce groupe comprend une école de garçons, une de filles et une école maternelle. Le nombre total des élèves est d'environ 1.250.

Une infirmière scolaire y est attachée et les enfants sont conduits à l'hôpital Necker pour les extractions seulement.

Pas de dentiste — pas de visite dentaire, aucun service même à l'état embryonnaire.

GROUPE Nº 2. — *Rue Sextius-Michel,* 22. — Ecole maternelle.
Rue Rouelle, nº 27. — Ecole de garçons et filles.

Ce groupe comprend 950 élèves environ.

Les élèves reçoivent gratuitement tous les soins dentaires, un cabinet très bien installé fonctionne normalement. Ce groupe de création récente, il y a environ une dizaine d'années a reçu, dès le début, l'installation nécessaire, les frais auraient été payés à ce moment par la Caisse des écoles, mais à l'heure actuelle ce service ne fonctionne que grâce à certaines initiatives particulières.

GROUPE Nº 3. — *Place du Commerce, nº* 6.

Ce groupe ne comprend qu'une école de garçons. 400 élèves seulement. Au point de vue sanitaire, il est attaché au

GROUPE Nº 4. — *Rue Saint-Charles, nº* 60. — Ecole de garçons, de filles, école maternelle.

Ce groupe réunit 1.000 élèves environ. Il compte une infirmière scolaire.

Il n'existe pour ces deux groupements représentant 1.400 élèves aucun service dentaire. Les enfants qui souffrent sont conduits à Boucicaut, pour les extractions seulement.

GROUPE Nº 5. — *Rue Fondary, nº* 12. — Ecole de garçons.
Rue Violet, nº 36. — Ecole de filles et maternelle.

Le tout réunissant 950 élèves environ. A ce groupe se trouve également attachée une infirmière scolaire. Aucune visite, aucun service dentaire, les enfants qui souffrent sont conduits à Boucicaut pour les extractions seulement.

Quartier de Javel.

GROUPE N° 6. — *Rue Lacordaire, n° 7.* — Ecole de garçons, filles et maternelle.

Ce groupe très important réunit 1.200 élèves environ. Une infirmière scolaire est attachée au groupement. Aucune visite dentaire, aucun service, les enfants ont à leur disposition l'hôpital Boucicaut ou le dispensaire Dujarier, 48, rue de la Convention, ils y sont conduits pour les extractions.

GROUPE N° 7. — *Rue Balard, n° 95.* — Ecole maternelle.
Rue Balard, n° 97. — Ecole de filles.
Rue Félix-Faure, n° 140. — Ecole de garçons.

Ce groupe, qui a une infirmière scolaire, réunit 980 élèves environ.

Ce groupe pourrait servir de modèle, il existe un cabinet dentaire très bien installé et tous les soins dentaires y sont donnés régulièrement. Les élèves ne sont évidemment pas contraints d'y recevoir les soins que nécessiterait une bouche en parfait état, mais tous ceux qui veulent se faire soigner le sont gratuitement.

Il ne m'appartient pas ici de donner des noms, mais le service est assuré par un docteur et une doctoresse qui ont de leurs deniers fait l'installation et en assurent le fonctionnement.

Ce service est donc entièrement dû à l'initiative privée.

Quartier Saint-Lambert.

GROUPE N° 8. — *Rue Saint-Lambert, n° 10.* — Ecole de garçons.
Rue Saint-Lambert, n° 12. — Ecole de filles.
Rue Théodore-Deck, n° 2. — Ecole maternelle.

Ce groupe réunit 850 élèves environ et n'a pas d'infirmière scolaire, il n'existe également aucune visite, aucun service dentaire.

GROUPE N° 9. — *Rue Dombasle, n° 28.* — Ecole de filles.
Rue Olivier de Serres, n° 27. — Ecole de garçons.
Rue Olivier de Serres, n° 29. — Maternelle.

Il existe là une infirmière scolaire dont le rôle semble être uniquement de laver les mains des enfants. Le service dentaire est assuré par le dispensaire de la « Belle Etoile », 103, rue Olivier de Serres. Les enfants y reçoivent les soins gratuitement le jeudi matin. Quand ils souffrent dans la semaine on leur donne un bon... pour le jeudi.

Ce dispensaire est une œuvre privée dont le président est M. Justin Godart.

Il y a quelques années la Caisse des écoles acheta un fauteuil, un tour et en un mot installa pour ce groupe un cabinet dentaire qui fonctionna un an et depuis... tout le matériel est rangé dans une pièce et ne sert absolument à rien.

GROUPE N° 10. — *Rue d'Alleray*, n° 42. — Ecole de garçons.
Rue Corbon, n° 5. — Ecole de filles.
Rue Corbon, n° 3. — Ecole maternelle.

Ce groupe important réunit 1.200 élèves environ.

Il n'existe aucune visite, ni service dentaire. Seule une infirmière scolaire attachée à ce groupe examine les dents des enfants et les conduit, une fois par semaine, à l'hôpital Saint-Jacques, rue des Volontaires, où moyennant 0.10 on procède à l'extraction des dents incriminées. Cette somme de francs 0.10 semble destinée à l'entretien du matériel.

Quartier Necker.

GROUPE N° 11. — *Rue de l'Amiral Roussin*, n° 35. — Ecole de filles.
Rue de l'Amiral Roussin, n° 33. — Ecole de garçons.
Rue de la Sablonnière, n° 18. — Maternelle.

Ce groupe réunit 1.100 élèves environ.

Il n'existe aucune visite, ni service dentaire. Les enfants sont conduits, quand ils souffrent à l'hôpital Saint-Jacques ou à l'hôpital Necker pour extraction.

GROUPE N° 12. — *Rue Quinault*, n° 8. — Ecole de filles et maternelle.

Même fonctionnement au point de vue dentaire que le groupe précédent, les enfants vont également pour les extractions à Saint-Jacques ou à Necker.

GROUPE N° 13. — *Rue Falguière*, n° 20. — Ecole de garçons.
Rue de Vaugirard, n° 149. — Ecole de filles, maternelle.

Groupe important réunissant 1.300 élèves environ. Il y a une infirmière scolaire. Aucune visite, aucun service dentaire. Les enfants qui souffrent, sont conduits à Saint-Jacques ou à Necker pour extraction.

GROUPE N° 14. — *Rue Vigée-Lebrun*, n° 17. — Ecole de garçons, école de filles.

Pas d'infirmière scolaire. Ce groupe reçoit 700 élèves environ.

GROUPE Nº 15. — *Rue Blomet*, nº 19. — Ecole de garçons.
Rue des Volontaires, nº 13. — Ecole de filles.
Rue des Volontaires, nº 17. — Maternelle.

Ce groupe, l'un des plus importants, 1.400 élèves environ, a une infirmière scolaire qui doit s'occuper également du groupe de la rue Miollis.

Ces enfants ne reçoivent aucune visite, aucun soin dentaire, ils sont également, pour les extractions, conduits à l'hôpital Saint-Jacques.

GROUPE Nº 16. — *Rue Miollis*, 33 bis. — Ecole de garçons.
Rue Miollis, 31. — Ecole de filles.
Rue Miollis, 35. — Ecole maternelle.

Ce groupe réunit 1.150 élèves environ.

Au point de vue dentaire ce groupe fonctionne comme le précédent en l'absence de tout service. Les enfants sont conduits pour les extractions à l'hôpital Saint-Jacques.

Voici donc un arrondissement comprenant 16 groupes scolaires réunissant 16.000 enfants.

Sur ces 16.000 — 2.800 seulement reçoivent des soins dentaires et ce, grâce à l'initiative privée.

Est-ce à dire que les Directeurs de groupe opposeraient une fin de non recevoir, ou montreraient peu d'empressement quant à la création de ces services ? Bien au contraire, tous sont unanimes à déplorer l'état de choses actuelles et souhaitent voir arriver une solution permettant des modifications heureuses.

Au début de cette communication j'ai posé trois questions, je vais essayer d'y répondre.

1º Les naissances ont-elles diminué dans de notables proportions ?

Les chiffres donnés quant au nombre des enfants présents dans nos écoles répondent à cette première question sans avoir besoin de commentaires.

2º Les enfants reçoivent-ils ailleurs les soins qu'ils ne viennent pas nous demander ?

3º Ne reçoivent-ils rien du tout ?

Les résultats de mon enquête prouvent, sans discussion possible qu'ils n'en reçoivent pas. La ville de Paris n'ayant pas fait le nécessaire pour organiser de services dentaires scolaires. Seuls sont soignés :

A) Les enfants placés dans certains groupes où l'initiative privée a fait le nécessaire.

B) Les enfants privilégiés appartenant à des familles ayant sur l'hygiène dentaire des connaissances suffisantes pour leur permettre de veiller sur l'intégrité de leur système dentaire.

Voilà, en quelques mots la situation dépourvue de phrases, de promesses et projets, en un mot de tout ce qui enjolive ou fait durer un état plus ou moins déplorable.

Cette situation est-elle irrémédiable ?

A notre avis, assurément non. Deux moyens sont à notre disposition :

1° La ville de Paris devra faire le nécessaire et assurer le service dentaire dans les écoles.

2° Les parents assureront seuls les soins nécessaires à leurs enfants.

Etudions séparément ces deux moyens et tâchons de trouver le meilleur.

Le premier ne nous semble pas à dédaigner. La Ville de Paris disposant de matériel inutilisé et ne manquant pas de locaux pourrait organiser, par arrondissement, une ou deux cliniques dentaires où les soins seraient assurés gratuitement deux fois par semaine. Un dentiste inspecteur visiterait mensuellement les enfants des écoles et désignerait à l'infirmière scolaire les enfants devant recevoir gratuitement les soins dentaires. Il y a actuellement 8 infirmières scolaires pour les 16 groupes. Ce nombre nous semble insuffisant. Bien compris, le rôle de cette infirmière pourrait devenir très important. Elles sont recrutées parmi les infirmières des hôpitaux, leur salaire est de 500 francs par mois, soit 6.000 francs par an. Elles obéissent au directeur et au médecin.

Nous envisagerons un service gratuit uniquement pour les indigents, c'est-à-dire les enfants dont les parents ne peuvent pas payer le dentiste. Il nous semblerait en effet déplorable de donner à tous les enfants des soins gratuits, brosses à dents, etc... et de contribuer à créer cette mentalité spéciale qui tend malheureusement à progresser : « les soins médicaux doivent être assurés par la « Municipalité puisqu'elle se charge de nos enfants. »

Cette manière de voir conduit tout simplement les parents à penser qu'aussitôt l'enfant à l'école tout lui est dû, pour un peu la maman ne le débarbouillerait pas... il le sera à l'école...

Les parents sont amenés à exiger pour leurs enfants des soins qu'ils ne leur donneraient pas eux-mêmes et partis sur ce chemin les exigences ne s'arrêtent plus, on demande toujours et comme il est impossible de donner toujours, on fait des mécontents ; du reste ce qui est gratuit n'est pas apprécié.

Les soins gratuits pour tous les enfants — ce n'est pas possible, il faudrait, côté médical et côté dentaire, créer le médecin fonc-

tionnaire, et le dentiste fonctionnaire. Il ne faut pas que cette question serve de prétexte à un nouveau monopole qui deviendrait celui de la santé publique ou reçoive une solution bâtarde en servant de tremplin électoral, il ne faut pas créer des services qui fonctionnent pendant les quelques mois que va durer la campagne de M. X ou Z... et qui disparaissent ensuite. Les soins nécessaires aux enfants ne doivent pas être donnés à demi.

Nous pensons donc que, seuls, les indigents doivent recevoir ces soins gratuits, ceux-là seuls ont des droits formels et la Société les leur doit dans une très large mesure, pour les autres ni l'Etat, ni la Ville n'ont à se substituer aux parents qui la plupart du temps du reste ne demandent pas mieux que de faire tout le nécessaire pour le plus grand bien de l'enfant.

SECOND MOYEN. — Les parents assureront les soins dentaires nécessaires à leurs enfants.

Ce moyen me semble de beaucoup le plus facile à réaliser. Il dépend de nous de le voir fonctionner très rapidement. Le plus gros obstacle ne réside pas dans la mauvaise volonté ou l'inertie des parents, il réside surtout dans leur ignorance 80 % des parents pensant encore à l'heure actuelle que les dents de lait des enfants n'ont pas besoin d'être soignées puisqu'elles seront remplacées.

Combien de parents amènent à ma consultation des enfants de 8 à 9 ans dont les dents de 6 ans sont déjà complètement perdues ou tout au moins dans une situation, telle que leur existence est compromise et cela parce qu'ils ne savent pas. Pour la plupart d'entre eux toutes les molaires jusqu'à 10 ou 12 ans doivent repousser et ils se montrent réellement stupéfaits sinon incrédules quand on leur dit le contraire.

Il en est de même pour le brossage, en leur inculquant cette idée qu'aussitôt qu'un enfant a seulement deux dents il faut les lui nettoyer on obtient d'assez bons résultats, mais notre parole n'atteint que quelques familles, nous ne touchons pas la masse et nos efforts ainsi dispersés ne forment pas le noyau qui donnera le bon exemple, ils restent au contraire stériles.

Il nous faut pourtant arriver à cette éducation des masses et amener les parents à dire, mes enfants auront une bouche soignée. Nous n'avons pour cela qu'un seul moyen, c'est l'organisation de conférences mensuelles sur différents points d'un arrondissement. Ces conférences pourraient avoir lieu dans les mairies, dans les écoles, elles seraient certainement beaucoup plus suivies qu'on ne le pense. Ces conférences pourront être complétées pour les enfants par leurs maîtres eux-mêmes dont le dévouement et la bonne volonté sont entièrement acquis, ils montreraient, en une causerie de quelques minutes, la nécessité d'une hygiène dentaire sévère.

Nous sommes persuadés que les résultats de cette action commune seraient extraordinairement rapides.

Dans cette autre grande école qu'est l'armée j'ai eu l'occasion de faire quelques conférences sur l'hygiène dentaire et j'ai été frappé de la grande attention de l'auditoire.

Ce n'est pas à nous praticiens qu'il faut apprendre, car nous les constatons, les ravages énormes qui se produisent dans une bouche d'enfant non soignée. Nous connaissons également tout le cortège de maux qui peuvent avoir comme point de départ cette négligence coupable.

La carie dentaire atteint les individus à tous les âges c'est certain, mais avec une fréquence beaucoup plus grande chez l'enfant et c'est justement lui qui est le plus négligé.

Tous ceux qui s'occupent d'orthodontie connaissent également les inconvénients multiples causés par des extractions prématurées.

L'élite intellectuelle ou les privilégiés de la fortune ne constituent pas à eux seuls une nation, il y a la grande masse qui constitue la force, la réserve.

Nous avons tous remarqué que c'est dans cette masse que se trouve le plus grand nombre d'édentés. Il ne faut pas en chercher la cause ailleurs, le point de départ : *c'est l'Ecole.*

Conclusions.

Quand il est démontré que quelque chose va mal, pourquoi songer immédiatement à incriminer l'Etat, la ville et attendre d'eux une solution. Pourquoi attendre la création de services officiels et l'attribution de postes plus ou moins officiels susceptibles de fonctionner quand ?

Aidons de tout notre cœur à soigner les indigents — soit — mais pour le reste notre profession en ce moment touche à l'apostolat, nous devons nous rendre compte qu'en attendant des années et des années un remède officiel qui ne vient pas, les ravages continuent, c'est donc à nous de montrer que nous comprenons, nous devons et savons assumer nos responsabilités.

Mon but en faisant cette communication est d'étaler à nu une plaie. C'est peut être le moyen d'en hâter la guérison.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE GRENOBLE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'odontologie (XIVe)

(27 *juillet*-1er *août* 1925)

Le Congrès de Grenoble a continué dignement la série des réunions de ce genre, depuis la reprise par l'A. F. A. S. de sa session annuelle en 1920. Les congressistes venus de tous les points de la France et de plusieurs pays étrangers étaient très nombreux et les séances ont été fort suivies.

Le programme était abondamment pourvu de communications et de démonstrations pratiques et une exposition très complète l'accompagnait. Le local était parfaitement choisi et convenait admirablement à sa destination, à quelques pas du Lycée Champollion où se réunissaient la plupart des autres sections.

Des réceptions et excursions variées constituaient la partie récréative du Congrès et ce ne sont pas elles qui ont obtenu le moindre succès.

Le Comité local et le Comité exécutif avaient tout préparé à l'avance avec soin et les voyages préalables qu'avaient faits à Grenoble, le président M. H. Villain et le secrétaire général, M. Wallis-Davy, aidés notamment par M. Boissieux, n'avaient pas peu contribué à la réussite de ces assises où la seule Section d'odontologie comptait près de 200 congressistes lorsque, en 1904, au Congrès de l'A. F. A. S. tenu dans la même ville, elle en avait groupé 18 péniblement.

Nous ne saurions donc pour notre part adresser trop de chaleureux remerciements à tous ceux qui, à un titre quelconque, ont collaboré à l'organisation de cette belle manifestation odontologique.

I. — SÉANCE GÉNÉRALE D'OUVERTURE.

L'ouverture de la 49e session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu, avec le cérémonial d'usage, le lundi 27 août, à 10 heures 30 du matin, au théâtre municipal, sous la présidence de M. Emile Borel, membre de l'Institut, ministre de la Marine, président de l'Association.

Sur la scène, servant d'estrade d'honneur, avaient pris place autour de lui, des députés et sénateurs du département, les autorités civiles, militaires, judiciaires, les professeurs de l'Université, les représentants de la municipalité, des délégués de Gouvernements et d'Associations étrangers, entre autres, M. le Dr G. Lemieux, délégué du ministre de l'Hygiène du Canada à la 14e section.

M. Mistral, député, maire de Grenoble, prend le premier la parole et souhaite une cordiale bienvenue aux hôtes éminents de la ville. Il remercie M. Emile Borel d'avoir bien voulu choisir Grenoble.

« Pour le plus grand bien social, dit-il, nous tâcherons de mettre de plus en plus en pratique les éléments de votre science, notamment en ce qui concerne l'hygiène. Honneur à vous ! Honneur à la science ! »

M. Kilian, membre de l'Institut, président du Comité local, rappelle que Grenoble eut l'honneur d'avoir les deux congrès de 1888 et de 1904 et il salue chaleureusement ses hôtes français et étrangers. Il évoque la belle devise de l'Association : « Pour la Patrie, pour la Science » qui continue à diriger les travaux des congrès. Il fait, ensuite, un tableau magistral de Grenoble, de son industrie, de son Université, évoque le souvenir de ses savants célèbres, donne un aperçu de ce que les congressistes sont appelés à voir dans la région. Il indique la crise de croissance que subit la situation économique, l'industrie qui retrouvera son équilibre par une organisation meilleure. Il termine par un appel à un plus haut idéal et cite cette phrase de Rabelais : « Science sans conscience n'est que la perte de l'âme ».

M. Borel salue les savants français et étrangers, notamment les représentants de l'Italie, Grenoble étant un lien précieux entre la France et l'Italie, et remercie tous ceux qui ont collaboré à l'organisation parfaite du Congrès.

L'Isère, ajoute-t-il, est à l'avant-garde du progrès social. Il en a eu la preuve, au cours de sa visite à l'Exposition de Grenoble, fertile en enseignements, féconde en promesses et qui constitue une véritable apothéose du progrès.

Le travail manuel ne doit pas nuire au progrès intellectuel. Le machinisme moderne achèvera de faire disparaître ce qui reste encore d'esclavage dans certaines industries.

L'orateur redoute que la science appliquée ne fasse oublier le souci de la science pure et rappelle que les applications scientifiques qui ont révolutionné le monde ont leurs sources dans les travaux de la science pure. Aussi faut-il encourager les savants et leur donner les ressources nécessaires pour travailler en toute indépendance, en dehors des cadres officiels. Un seul savant sur

dix mille, qui produira une invention géniale, compensera les sacrifices consentis aux autres, par les milliards que sa découverte assurera à son pays.

Il préconise la création de divers organismes qualifiés pour encourager largement les chercheurs et les inventeurs. Le Congrès de Grenoble marquera un pas dans cette voie nécessaire.

Il déclare ouverte la 49e session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Séance d'ouverture de la Section

Présidence de M. Henri Villain, président.

La première séance de la Section est ouverte le lundi 27 juillet à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole d'art industriel, mise aimablement à la disposition de la Section par la municipalité grenobloise. Une très nombreuse assistance l'emplissait, notamment des confrères belges, canadiens, hollandais, italiens, luxembourgeois, suisses, etc...

Le président, M. Henri Villain, prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Avant de commencer nos séances de travail, laissez-moi vous remercier d'être venus si nombreux aujourd'hui, guidés à la fois par le souci d'enrichir vos connaissances, de collaborer à l'œuvre commune de la science et séduits un peu par l'attrait de la ville merveilleuse où se tiennent les assises de ce Congrès. Certains d'entre vous ont bravé la fatigue des longs voyages, et je reconnais ici maints confrères étrangers qui veulent nous apporter l'appui de leur autorité et rendre hommage en même temps à la loyauté et à l'exactitude de nos travaux.

Vous savez que ce Congrès devait se tenir primitivement au Maroc, mais qu'il a fallu renoncer à ce projet parce que la Résidence générale ne pouvait recevoir que 200 congressistes, alors que près de 500 avaient déjà répondu à l'appel des organisateurs. D'ailleurs les événements imprévus que vous connaissez auraient à la dernière minute entravé ce projet. Qu'il me soit permis d'adresser aux vaillantes troupes qui défendent là-bas l'honneur de la Civilisation et les principes immortels de la France, le salut respectueux de notre admiration.

Si l'Art dentaire a été longtemps relégué au second plan, et s'il n'eut point jadis sa place dans les Congrès et les Expositions, on est unanime aujourd'hui à reconnaître son importance. Le chirurgien-dentiste a obtenu au cours de la guerre le droit d'avoir des galons d'officier au même titre que le médecin. Les médecins d'ailleurs n'ignorent plus les rapports étroits qui existent entre la dentition et l'organisme et sont les premiers à insister sur l'importance de l'hygiène buccale.

C'est dès l'enfance et pendant toute la vie qu'il faut entretenir sa dentition, parce que c'est d'elle et de son bon fonctionnement que dépendent la santé, la belle humeur, la résistance au travail. Il est

aussi nécessaire de soigner ses dents que de se laver la figure. Ce n'est pas à vous, mes chers confrères, que je vais l'apprendre Mais le jour où l'hygiène dentaire sera entrée dans les mœurs,— et depuis la guerre l'usage commence à s'en établir, — on peut espérer une amélioration de la race par la diminution de certaines maladies, en tout cas, l'atténuation de nombreuses souffrances.

C'est pourquoi deux grandes questions ont été mises à l'ordre du jour de notre Congrès ; l'une se rapporte à la Prothèse, l'autre à l'Hygiène dentaire, résumant ainsi les problèmes les plus immédiats auxquels l'Art dentaire apporte tous ses soins et applique tous ses efforts.

Il y a quelques années,c'est à peine si l'on apercevait de loin en loin dans quelques bouches des appareils d'or. Les perfectionnements apportés dans la coulée et le moulage des métaux ont popularisé dans toutes les classes de la Société ces appareils de soutien qui permettent la mastication et évitent de nombreuses maladies. Citadins ou campagnards ont désormais recours à l'art de nos spécialistes et il n'est point rare de voir une fermière dont le sourire laisse apercevoir un sillon d'or dans l'émail de ses dents.

Quant à l'Hygiène dentaire, elle est si importante, que l'on a dû confier à six rapporteurs le soin d'en présenter les différents aspects. Nous verrons son rôle successivement à l'école, dans la famille, aux armées, dans les usines, etc. Nous constaterons que là, comme pour toutes les maladies qui luttent contre notre organisme ; il est plus facile de prévenir que de guérir. L'hygiène a pour mission chez nous dentistes, de diminuer les caries, en attendant que l'on découvre le microbe ou les microbes qui les font naître et s'accroître. Et je voudrais que dans toutes les familles, à l'école ou à l'armée,on fût bien convaincu. Que la propreté des dents est une des formes élémentaires de la politesse et de la bienséance.

Sur toutes ces questions, des discussions vont s'engager ; d'avance je les souhaite nombreuses et fécondes, parce que chacun de vous, par son expérience, peut apporter à nos recherches un peu de lumière ou préciser une technique : j'attends de grands bienfaits des vœux que vous formulerez. Vos travaux ont une portée plus haute et plus utile que de stériles discussions dans un Congrès. Elles intéressent, — et je vous demande de ne pas l'oublier, — la santé de la race humaine tout entière. Puissiez-vous travailler pendant ces quelques jours avec fierté et conviction, en songeant que l'œuvre accomplie pour la science n'est jamais vaine.

Mes chers confrères, je déclare ouverte la session du Congrès d'Odontologie de Grenoble et vous prie d'y apporter tout votre zèle et votre intelligence en vous inspirant de la devise : Labor pro Humanitate. (*Vifs applaudissements.*)

Il est procédé à la constitution du bureau.

Sur la proposition du *Président*, M. Boissieux, président de la Société dauphinoise d'odontologie, transformée en Comité local, est élu *vice-président*, ainsi que M. Spira, de Colmar. M. Wallis-Davy, *secrétaire* du Comité exécutif, est élu *secrétaire général* et

M. Derouineau, *secrétaire adjoint*. Ces quatre membres prennent place au bureau.

Le Président fait part des excuses de MM. Ackerman (Zurich), Blatter (Paris), Bertaux (Rouen), Charrin (Montréal), Joyeux (Chartres), Dr Lévy (Strasbourg), Miégeville (Paris), Leo Mac Son (Amsterdam), Quintin (Bruxelles), Dr Pierre Roland (Paris).

Travaux de la Section.

Après la constitution du bureau la Section commence ses travaux et aborde la première question mise à l'ordre du jour.

I. — De la conception et de la construction des appareils de prothèse au point de vue de la prophylaxie dentaire.

M. G. Villain, rapporteur de cette question mise à l'ordre du jour, donne lecture de son rapport.

Des remarques sont formulées par *MM. Maurech* (Marseille) et *Dr Roy* (Paris), auxquelles répond le rapporteur.

II. — Présentation d'un cas de prothèse extra-professionnelle.

M. G. Villain présente un cas d'une prothèse exécutée par un non-professionnel, qui, vivant en ermite, s'était confectionné un dentier complet tout en métal fusible. Ces appareils, excessivement lourds, sont remarquablement articulés; les surfaces articulaires sont établies suivant les courbes normales de l'articulation, ce qui assurait une stabilité parfaite. Le sujet a porté cet appareil pendant de nombreuses années.

III. — Présentation du film pédagogique « Préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires ».

M. Lubetzki présente les deux parties de ce nouveau film, de M. Morineau et de lui-même, avec la collaboration de MM. Darcissac, dessiné et réalisé à l'écran par T. Morineau.

Ce film fait suite à celui qui a été présenté à Liége, en 1924.

Le Président fournit des explications sur ce film, élaboré par la Commission cinématographique de l'Ecole dentaire de Paris et qui a 821 mètres de long, qui a nécessité 30.000 photographies, pour lesquelles il a fallu faire plusieurs centaines de figures. Il profite de cette occasion pour remercier les auteurs de ce travail.

La présentation de ce film provoque un grand enthousiasme.

Séance du mardi matin 28 juillet.

La séance est ouverte à 9 heures 30, sous la présidence de M. Henri Villain.

I. — Hygiène dentaire.

La question mise à l'ordre du jour de cette séance est, on se le rappelle, l'Hygiène dentaire, avec six subdivisions comportant chacune un rapport et un rapporteur.

A) Hygiène dentaire scolaire.
- 1° Rôle de l'éducateur. — Rapporteur, *M. Haloua* (Paris).
- 2° Hygiène dentaire scolaire urbaine. — Rapporteur, *M. Cros* (St-Etienne).
- 3° Hygiène dentaire scolaire rurale. — Rapporteur, *M. Ferrand* (Paris).

B) Hygiène dentaire dans la famille. — Rapporteur, *Dr Bousquet* (Besançon).

C) Hygiène dentaire à l'armée. — Rapporteur, *M. Wintergerst* (au nom du Conseil d'administration de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer).

D) Hygiène dentaire dans les agglomérations (usines, administrations). — Rapporteur, *M. Lelièvre* (Clermont-Ferrand).

Il est donné successivement lecture par les auteurs de ces rapports, à l'exception de celui de M. Ferrand, absent, qui sont accueillis par l'auditoire avec une faveur marquée.

Nous les reproduisons tous dans le présent numéro.

II. — L'inspection médicale des écoles de Montréal.

Le Dr G. Lemieux (de Montréal, Canada) lit une note sur ce sujet.

III. — Service dentaire scolaire a Colmar.

M. Spira (Colmar) lit un travail portant ce titre et présente des photographies qui s'y rapportent.

IV. — Les dents des petits Parisiens.

M. Lebrun (Paris) termine la série par la lecture d'une communication ayant ce titre.

***

Une discussion approfondie suit l'ensemble de ces rapports et communications sur l'hygiène.

MM. G. Villain, Dr Roy, Dr Pont, Barail, Dr Siffre, Fourquet et *Fabret* y prennent part. L'heure avancée ne permettant pas de lui donner toute l'ampleur voulue, la suite en est ajournée au lendemain mercredi.

Séance du mercredi matin 29 juillet.

I. — Suite de la discussion sur l'hygiène dentaire.

La séance, ouverte à 9 h. 30, sous la présidence de M. Henri Villain, débute par la continuation de la discussion sur l'hygiène dentaire.

MM. Loup (Bordeaux), *Seimbille*, *Dr Siffre*, *Brodhurst*, *Maurech*, *Haloua*, *Wintergerst* y prennent part.

Le président se trouve alors saisi de trois propositions formulées au cours du débat :

1° La formation d'une association nationale d'hygiène dentaire, demandée par *M. Bousquet* comme conclusion de son rapport ;

2° La publication en un volume des rapports, demandée par *M. G. Villain* ;

3° Un vœu de *M. Blanc* (Nancy) contre la faculté accordée par un article d'une proposition de loi aux apprentis mécaniciens d'exercer l'art dentaire en Alsace-Lorraine.

Ce vœu est adopté au fond, mais renvoyé au Comité exécutif pour rédaction définitive.

La proposition de M. Bousquet comportant une entente entre toutes les associations professionnelles et de nombreuses démarches, *M. Fourquet* propose de charger le Comité exécutif de ces démarches et, de son côté, *M. Siffre* demande que les six rapporteurs soient adjoints au Comité exécutif dans ce but. Ces deux propositions sont mises aux voix et adoptées.

II. — L'état actuel de la céramique.

M. Schatzman donne lecture, sur ce sujet, d'une communication qui provoque des observations de *MM. Blanc*, *Rateau*, *G. Villain*, *Tacail*, *Dr Pont*, auxquelles répond l'auteur.

III. — Les dépots d'or sur la vulcanite.

M. Dondey donne lecture de cette communication qu'il a faite en collaboration avec *M. Eymin* (de Grenoble) et qui est l'objet de remarques de la part de *MM. Fourquet*, *Brodhurst*, *Blanc*, *Dr Pont*, *Maurech*, *Devauchelle* ; *M. Dondey* y répond.

La séance est levée à 11 h. 35.

Séance du mercredi 29 juillet après-midi.

La séance est ouverte à 2 h. 30 sous la présidence de M. Henri Villain.

I. — La thérapeutique bucco-dentaire par la haute fréquence.

M. Barail donne lecture de cette communication, présente l'appareil et fournit les explications nécessaires.

Une discussion a lieu à laquelle prennent part *MM. Blanc, de Croës, Fourquet, Aprato, Barail, Dr Pont.*

II. — La trousse photogène « Nemausa ».

Le Dr Souchon (de Nîmes) donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente l'appareil.

Un échange d'observations a lieu entre *MM. Dr Gérard-Maurel, Fourquet, H. Villain* et *l'auteur.*

III. — Chancre syphilitique des gencives.

Le Dr Pont (de Lyon) donne lecture, sur ce sujet, d'une observation qui sera publiée plus tard et qui suscite des observations de *MM. Brodhurst, Fourquet, Dr Gérard-Maurel, Lebrun.*

IV. — De l'éruption des dents temporaires.

M. Dubois donne lecture de cette communication.

Des observations sont présentées par *MM. Dr Siffre, Lebrun, Fourquet, Spira, Dr Gérard-Maurel, H. Villain* ; l'auteur y répond.

V. — La migration disto-mésiale et les dystopies de la canine supérieure.

M. le Dr Siffre expose cette question, qui provoque des remarques de *MM. Maurech* et *Fourquet.*

VI. — Les perforations de la voute palatine sous succion de dentiers a valves de caoutchouc. — Leur traitement chirurgical.

M. le Dr Gérard-Maurel lit une communication sur ce sujet. Il s'engage une discussion à laquelle prennent part *MM. Lebrun, Dr Pont, Fourquet, G. Villain, Maurech, H. Villain* ; *l'auteur* clôt cette discussion.

Un vœu tendant à l'interdiction de l'emploi de la succion est renvoyé au Comité exécutif.

VII. — Election du président de la Section pour 1926.

Il est procédé à la nomination du président de la Section pour le Congrès de 1926, qui se tiendra à Lyon.

Sur la proposition du *Président*, M. Spira, de Colmar, est élu à l'unanimité.

M. Spira remercie chaleureusement.

Il est décidé, qu'en 1926, l'élection du président aura lieu le mardi.

VIII. — Elections diverses.

M. H. Villain est élu délégué au Conseil de l'A. F. A. S. ; le Dr Siffre est élu délégué à la Commission des subventions et M. Wallis-Davy, délégué suppléant à cette Commission, le Dr Roy ayant décliné la candidature.

IX. — Elections au Comité exécutif.

MM. G. Villain et Dr Siffre, dont le mandat vient à expiration, sont réélus pour 5 ans (jusqu'en 1930).

Séance du vendredi matin 31 juillet.

La séance est ouverte à 9 heures 15, sous la présidence de M. H. Villain.

I. — Communications diverses.

En l'absence de M. Joyeux (Chartres), empêché par son état de santé, les communications et démonstrations qu'il a annoncées et dont il a envoyé le texte imprimé en plusieurs exemplaires sont distribuées aux congressistes :

A) Recherche des caries dentaires par la diaphanoscopie.

B) Nouveau traitement de la pyorrhée par pulvérisation de fluorhydrate d'ammonium.

C) Appareil à récupérer l'or provenant du limage et du polissage des inlays et aurifications.

II. — L'occluseur.

M. Barail lit une communication sur ce sujet et présente l'appareil.

III. — Le stomatoscope.

M. le Dr Coste (Lyon) présente cet appareil.

IV. — La prothèse partielle.

M. Spira (Colmar) donne lecture de cette communication.

Un échange d'observations a lieu de la part de *MM. de Croës, Ash, H. Villain, Wallis-Davy, Dr Siffre, G. Villain* ; *M. Spira* y répond.

V. — De l'action du froid sur la pulpe vivante, notamment par l'emploi des basses températures pour combattre l'hypersensibilité de la dentine.

En l'absence de M. Schmid (Zurich), M. Fabret donne lecture de cette communication.

MM. Drs Kritchewsky et *Coste* formulent des remarques.

VI. — Vœux.

M. G. Villain présente, au nom du Comité exécutif, les vœux suivants, se rattachant à la question de l'hygiène dentaire, dont il demande l'adoption pour les soumettre ensuite au Conseil de l'A. F. A. S. qui, après les avoir approuvés, les transmettrait aux ministres compétents.

Considérant l'importance capital de l'hygiène buccale par la conservation et l'amélioration de la santé publique, la XIVe Section (Odontologie) de l'Association française pour l'avancement des sciences émet les vœux suivants :

1° *Que le Parlement incorpore dans la loi sur les assurances sociales actuellement à l'étude les dispositions nécessaires pour assurer la prophylaxie dentaire ;*

2° *Que l'inspection et le traitement dentaires, cessant d'être le privilège d'une classe, soient organisés dans les écoles primaires comme ils le sont dans les établissements d'enseignement secondaire ;*

3° *Pour assurer la prophylaxie dentaire avec le minimum de répercussion sur le budget national :*

a) *Que les municipalités soient officiellement invitées à organiser des services dentaires dans tous les centres d'enseignement avec le concours des groupements professionnels de la localité ;*

b) *Que l'inspection et les soins dentaires soient rendus obligatoires pour tous les enfants entrant à l'école primaire à dater de la promulgation de la loi ou du décret instituant cette organisation ;*

4° *Que les services dentaires ne soient confiés qu'à des praticiens possédant les connaissances scientifiques et techniques garanties par la sanction d'études spéciales complètes.*

Ces vœux sont mis aux voix et adoptés et immédiatement portés au Conseil de l'A. F. A. S., qui tient séance.

M. G. Villain propose de renvoyer au Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France le vœu de M. Blanc relatif à l'interdiction aux apprentis mécaniciens d'exercer l'art dentaire en Alsace-Lorraine, ce vœu étant d'ordre syndical. — Approuvé.

Il annonce que le Conseil de l'A. F. A. S. vient d'adopter les vœux sur l'hygiène et les transmettra aux Pouvoirs publics.

La séance est levée à midi.

Séance du vendredi 31 juillet après-midi.

La séance est ouverte à 2 heures 45, sous la présidence de M. Henri Villain.

I. — Un cas de perforation jugale secondaire a un noma ayant compliqué une stomatite mercurielle.

En l'absence du Dr Marcel Darcissac, M. Wallis-Davy donne lecture de ce travail.

II. — Traitement par vaccine de la pyorrhée alvéolaire.

En l'absence du Dr Leo Mac Son (de La Haye), M. Wallis-Davy donne également lecture de ce travail.

III. — Le stomacétol.

M. Dondey (Grenoble) donne lecture d'une note sur ce produit.

Une discussion s'engage : *MM. Seimbille, Spira, Loup, Brodhurst. Maurech* y prennent part.

***

Le Président remercie les congressistes, le Bureau et le Comité local, souhaite un grand succès au prochain Congrès et, après que *M. Spira* a adressé un appel en faveur du Congrès de Lyon, il déclare la session close et lève la séance à 6 heures.

EXPOSITION

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'exposition du matériel et de fournitures dentaires était parfaitement aménagée dans le grand vestibule d'entrée de l'école d'art industriel et dans le hall qui y fait suite.

Les établissements Grangeon, 6, rue Rabelais, à Lyon, spécialisés dans la fabrication du mobilier chirurgical et radiologique, ont présenté aux congressistes de Grenoble, outre un meuble pour radiographies dentaires et une armoire avec dessus marbre et glace, une abondante collection de pièces de leurs fabrications : chaises, fauteuils à têtière, bureau, armoires, lavabos, etc... entièrement en métal laqué.

Deux modèles de dispositifs pour cautère et endoscopie, l'un mural sur marbre, l'autre ovale et portatif ont particulièrement attiré l'attention des visiteurs.

Les établissements Tiranty, 103, rue La Fayette, Paris, ont exposé leurs deux nouveaux modèles de « Gazotherme » de F. Fabret dont on a remarqué les derniers perfectionnements.

Le modèle « D » est doté de deux bouteilles d'oxygène et d'une bouteille d'acide carbonique de forte capacité.

Le modèle « Parvo » de dimensions plus réduites que le précédent s'adresse surtout aux dentistes qui possèdent dans leur cabinet une source d'air comprimé (distribution de velle ou compresseur). De véritables progrès ont été réalisés dans la maniabilité de cet appareil.

La Société de Trey présentait trois installations de cabinet dentaire moderne d'un bel effet.

Le Laboratoire des Produits Usines du Rhône présentait les différentes solutions de scurocaïne.

Le scuroforme sous ses différentes formes, produit pur, solutions huileuse et glycéro-alcoolique, Pastilles Rhodia.

Le kélène, nom déposé du chlorure d'éthyle pur fabriqué par cette firme.

Le rhodarsan pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Et ses différents analgésiques : Asciatine, rhoféïne, aspirine, antipyrine et pyramidon.

Dans son stand, la Société Coopérative des Dentistes de France a exposé les divers articles d'installation de cabinet. Tous ces articles, fauteuils, tours, tableaux, instruments, sont, sans aucune exception, de fabrication française.

La Société expose également un tableau montrant les résultats obtenus par son fonctionnement. Elle groupe au 1er juin 3.500 sociétaires ou adhérents.

M. Tillier, pharmacien, 116, rue de la Convention, Paris, a exposé son *Antiphlogistine*, qu'il recommande dans le traitement de la péricémentite, la périostite et la gingivite, comme calmant la douleur.

La Manufacture française de dents artificielles du Mourillon-Toulon exposait sa marque « Gallia ».

Ces dents se livrent actuellement avec crampons palladium-or cuits dans la pâte pour les travaux or et avec crampons nickel-or soudés pour les travaux caoutchouc.

La maison Rhein, 11, avenue de l'Opéra, Paris, nous a présenté les nouveaux appareils d'éclairage de fabrication française, qui ont pour but d'obtenir le maximum d'éclairage avec la suppression des ombres portées.

En outre, cette maison présentait ses spécialités habituelles qui sont de petites fournitures courantes ; matières, obturations diverses, et en particulier une nouvelle fraise « zénith ».

Dans le Stand de la Maison Créange et Cie, nous remarquons des meubles dentaires, particulièrement la série « Luxaseptic » tout en métal, sans charnières apparentes, en émail dont un type, acajou, ne se distingue pas du bois véritable. — Ces meubles, comme d'ailleurs les tables-assistantes, répondent à tous les besoins de la technique moderne.

On remarque également la lumière « Bosworth », dont cette maison est dépositaire ainsi que la série de Stérilisateurs, les nouveaux modèles d'Equipement et l'appareil à Rayons X « Victor ».

RÉCEPTIONS. EXCURSIONS

Les réceptions et excursions ont abondé et étaient parfaitement organisées pour les congressistes et leurs familles.

Le dimanche 26 juillet, veille de l'ouverture du Congrès, le Comité local de la Section recevait, à 9 heures du soir, les Congressistes de la Section à la Taverne de la Meuse, rue de la République. En peu de temps, les salles étaient remplies et c'est devant une très nombreuse assemblée que le président de la Section a prononcé son allocution de bienvenue, en célébrant les avantages du Congrès et en rappelant les souvenirs qui le rattachent à la ville. M. Boissieux, président du Comité local, a répondu aimablement que ses confrères dauphinois étaient heureux d'accueillir leurs visiteurs.

Le lundi 27 juillet, à 20 h. 30, réception par la Municipalité à l'Hôtel de Ville, des membres de toutes les sections.

Le mardi 28, après-midi, excursion en auto-cars à la Grande-Chartreuse offerte par la Section à ses membres. 91 congressistes y prennent part, indépendamment de ceux qui y sont en voitures particulières. Trajet d'aller par Voreppe et Saint-Laurent-du-Pont, visite du couvent, goûter à l'hôtel du Grand-Som, retour par Le Sappey.

Le mercredi 29, à 8 h. 30 du soir, banquet de la Section à l'hôtel Majestic, avec 101 couverts, sous la présidence du maire de Grenoble, M. Mistral, député de l'Isère.

Au dessert, M. Henri Villain porte un toast en rappelant que cette ville est pour la troisième fois le siège du Congrès, il évoque ses liens de famille avec la capitale du Dauphiné, dont il célèbre les beautés et la nature si pittoresque et si attrayante. M. Mistral y répond en apportant le salut de la cité qu'il représente. M. le Dr Baudoux prend la parole, au nom des Belges, venus nombreux. M. Spira, président de 1926, invite au Congrès de Lyon. M. le Dr G. Lemieux, délégué du gouvernement canadien, remercie la Section de lui avoir provoqué une mission qui lui fait visiter une

contrée superbe. M. le Dr Dubeau invite les confrères français à traverser le Canada en se rendant au Congrès de Philadelphie, en 1926. Enfin, M. Boissieux clôt la série des toasts, heureux de voir le succès de ces assises scientifiques.

Le jeudi 30, indépendamment des quatre grandes excursions organisées par l'A. F. A. S., dont nous avons publié le détail dans notre numéro de mai et entre lesquelles les congressistes avaient le choix, la 14e Section avait préparé une excursion en auto-cars au col du Lautaret, avec déjeuner, et au col du Galibier, à laquelle beaucoup de membres ont pris part.

Enfin, le dimanche 2 août, commençait l'excursion finale, dont nous avons donné également le détail, qui se terminait le mercredi 5 août.

***

Comme on le voit, la 49e session du Congrès de l'A. F. A. S. a été, en ce qui concerne la Section d'odontologie, préparée avec soin, bien remplie et très brillante. Elle marquera dans les annales de cette Association, elle laissera à tous ceux qui y ont pris part les impressions les plus agréables. Puisse la lecture de ce compte rendu, qui ne rend qu'imparfaitement la réalité, inspirer des regrets à ceux qui n'y ont pas participé et les inciter à se rendre aux sessions qui suivront, en particulier à celle de Lyon, l'an prochain.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BREVET DE PRÉPARATION MILITAIRE DE 1925

SERVICE DE SANTÉ

Liste des jeunes gens bénéficiant des dispositions de l'art. 37 de la loi du 1er avril 1925 et ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure, avec indication des sections d'infirmiers dans lesquels ils doivent être incorporés en fin de sursis. (*Journal Officiel* du 19 septembre 1925.)

1re catégorie.

A. — A INCORPORER EN NOVEMBRE 1925.

c) Section dentaire.

MM.

Leclerc (Georges-Edmond), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 4e bureau, 22e section d'infirmiers.

Cabridens (Marcel-Eugène-Henri), École dentaire de Marseille, recrutement de Nice, 15e section d'infirmiers.

Morin (Roger-Arthur), École dentaire de Paris, recrutement de Parthenay, 22e section d'infirmiers.

Costy (Roger-Gaston), École dentaire de Marseille, recrutement de Marseille, 14e section d'infirmiers.

Genton (Georges-André), École odontotechnique de Paris, recrutement de la Seine, 1er bureau, 22e section d'infirmiers.

Kanel (Maurice-Jean), École odontotechnique de Paris, recrutement de Versailles, 19e section d'infirmiers.

Granchamp (René), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 3e bureau, 3e section d'infirmiers.

Boutonnet (Max-Pierre-Antoine), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 2e bureau, 6e section d'infirmiers militaires.

Desseigne (Jean), École odontotechnique de Paris, recrutement de Roanne, 20e section d'infirmiers.

Tridon (Maurice), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Nancy, 23e section d'infirmiers.

May (Raymond), Faculté de médecine de Strasbourg, recrutement de Strasbourg, 6e section d'infirmiers.

Gyger (Jean-Georges), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 2e bureau, 14e section d'infirmiers.

Reboursin (Maurice), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Nancy, 21e section d'infirmiers.

Molla (Ange), École odontotechnique de Paris, recrutement d'Oran, 5e section d'infirmiers.

Poupier-Clavier (Alfred-René-Aimé-Paul), École odontotechnique de Paris, recrutement de Versailles, 5e section d'infirmiers.

Dubreuil (Raymond-Désiré-Gaston-Fernand), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 14e section d'infirmiers.

Lhuillier (Henri-Alexandre), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 1er bureau, 4e section d'infirmiers.

Renavand (Maurice-Victor-Eugène), École dentaire de Paris, recrutement de Grenoble, 7e section d'infirmiers.

Bellaire (Edmond-Louis), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Toul, 6e section d'infirmiers.

Fischer (Raymond), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Nancy, 6e section d'infirmiers.

Stevens (Donat-Alfred), Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, recrutement de Lille, 10e section d'infirmiers.

Broally (Pierre-Jean), Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, recrutement de Bordeaux, 12e section d'infirmiers.

Queraud (Fernand-Max), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Toul, 13e section d'infirmiers.

Roudet (Jean), Faculté de médecine de Strasbourg, recrutement de Belfort, 25e section d'infirmiers.

Rhetière (Ludovic-Gabriel), École odontotechnique de Paris, recrutement de la Seine, 2e bureau, 1re section d'infirmiers.

Mileff (Etienne-Germain), École dentaire de Lyon, recrutement du Rhône central, 18e section d'infirmiers.

Laperrine (Robert-Alfred), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 31e section d'infirmiers militaires.

Papon (Max), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 31e section d'infirmiers.

Bitch (Roger), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Toul, 31e section d'infirmiers.

Maille (Jacques-Louis), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 4e bureau, 32e section d'infirmiers.

Guiraud (Henri-Paul), École dentaire de Marseille, recrutement de Marseille, 32e section d'infirmiers.

Cousin (Jean-René), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Belfort, 32e section d'infirmiers.

Cesa (Julien-Jean-Baptiste), Faculté de médecine de Strasbourg, recrutement de Nice, 32e section d'infirmiers.

2e catégorie.

B. — A INCORPORER EN MAI 1926.

c) Section dentaire.

MM.

Lobbé (René-Ernest), École odontotechnique de Paris, recrutement de Dijon, 14e section d'infirmiers.

Daeschler (Roger-François), Faculté de médecine de Nancy, recrutement de Toul, 32e section d'infirmiers.

C. — A INCORPORER EN NOVEMBRE 1926 OU ULTÉRIEUREMENT.

c) Section dentaire.

MM.

Collas (Marius-Félicien), École dentaire de Marseille, recrutement de Toulon, 15e section d'infirmiers militaires.

Lacroix (Robert-Achille-Joanin), École dentaire de Marseille, recrutement de Marseille, 21e section d'infirmiers.

Theuveny (Claude), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 22e section d'infirmiers.

Guinat (Jacques), École odontotechnique de Paris, recrutement de la Seine, 4e bureau, 20e section d'infirmiers.

Lahille (Jean-Georges), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 3e bureau, 5e section d'infirmiers.

Dubreuil (André-Louis-Arthur-Victor), École dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 9e section d'infirmiers.

Gassin (Jean-Pierre-François), École dentaire de Marseille, recrutement d'Avignon, 14e section d'infirmiers.

Villas (Charles-Emile), Ecole dentaire de Paris, recrutement d'Alger, 19e section d'infirmiers.

Foures (Léonard-André), Ecole dentaire de Marseille, recrutement de Marseille, 14e section d'infirmiers.

Veyrac (Maurice-Charles-Pierre), Ecole odontotechnique de Paris, recrutement de la Seine, 1er bureau, 1re section d'infirmiers.

Renavand (André-Gabriel-Paul), Ecole dentaire de Paris, recrutement de Grenoble, 6e section d'infirmiers.

Lautissier (Pierre), Ecole dentaire de Paris, recrutement de Bourges, 7e section d'infirmiers.

Melotte (Camille-Edouard), Ecole dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 1er bureau, 31e section d'infirmiers.

Moulet (Jules), Ecole dentaire de Lyon, recrutement de Rhône-central, 31e section d'infirmiers.

Dijon (Jean-Claude), Ecole dentaire de Lyon, recrutement de Rhône-Sud, 25e section d'infirmiers.

Covo (Armand), Ecole dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 32e section d'infirmiers.

Forgues (René), Ecole dentaire de Paris, recrutement de la Seine, 6e bureau, 32e section d'infirmiers.

Les titulaires du brevet de préparation militaire supérieure qui doivent être incorporés dans les 19e, 20e, 21e, 25e et 32e sections d'infirmiers militaires seront nommés dentistes auxiliaires le jour de leur arrivée au port d'embarquement et auront droit, à partir de ce jour, à tous les avantages afférents à ce grade.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1925-1926

Examens de chirurgie dentaire

I. — SESSION D'OCTOBRE 1925

La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le *mercredi* 28 *octobre* 1925.

L'ouverture de la session est fixée au *mardi* 3 *novembre* 1925.

Les consignations sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet, nº 3, les *lundi* 5 *et mardi* 6 *octobre* 1925, de midi à quinze heures.

II. — SESSION DE JUIN-JUILLET 1926

1º *Examen de validation de stage dentaire.*

La session s'ouvrira le *lundi* 7 *juin* 1926.

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

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les *lundi* 10 et *mardi* 11 *mai* 1926, de midi à quinze heures.

2º *Premier, deuxième et troisième examens.*

La session s'ouvrira le *lundi* 28 *juin* 1926.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les *lundi* 31 *mai* et *mardi* 1er *juin* 1926, de midi à quinze heures, en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. René Sudaka vient d'être éprouvé par la perte de sa mère, Mme M. Sudaka, décédée à Alger le 2 octobre 1925.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Distinction honorifique. — Nous apprenons par *Le Nippon No Shikai*, journal dentaire du Japon, que le Dr Morinosuke Chiwaki, président de l'Ecole dentaire de Tokio et de la Fédération dentaire du Japon, a reçu le diplôme de docteur en droit honoraire qui lui a été conféré par l'Université Loyola, de Chicago.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Statistique des praticiens dentistes allemands. — On comptait, en Allemagne, 4.459 chirurgiens-dentistes et médecins approuvés exerçant la dentisterie en 1920. Ce nombre s'est élevé à 5.243 en 1922 et 18.109, en 1925.

Récompenses honorifiques. — Par décision du 27 juillet 1925 (*J. Off.* du 31), le ministre de la Guerre a conféré des récompenses honorifiques aux chirurgiens-dentistes suivants pour les soins gratuits qu'ils donnent aux militaires de la gendarmerie.

Lettre d'éloges officiels (après 10 ans de soins). — M. Gruyer, à Champagnole (Jura).

Médaille de bronze (après 15 ans de soins gratuits). — M. Ferranti, à Tonneins (Lot-et-Garonne).

Médaille de vermeil (après 25 ans de soins gratuits). — M. Flamant, à Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; M. Skorabadinkoff, à Audincourt (Doubs).

Congrès d'orthodontie. — Le premier Congrès orthodontique international aura lieu à New-York, du 16 au 22 août 1926, sous la présidence de M. W. C. Fisher, 501, Fifth Avenue, New-York.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens. — Ce cours sera fait au laboratoire de l'École dentaire de Paris, par M. le Dr Delater et durera huit semaines, à raison de deux séances par semaine, de 8 heures et demie à 10 heures et demie du soir.

La 1re session aura lieu d'octobre à décembre 1925 ; la 2e session, de janvier à mars 1926 ; la 3e session, d'avril à juin 1926.

Le montant des droits pour chaque session est de 200 francs, plus 50 francs d'inscription.

Le nombre des auditeurs est limité.

Les praticiens désireux de suivre ces cours sont priés de s'inscrire dès à présent.

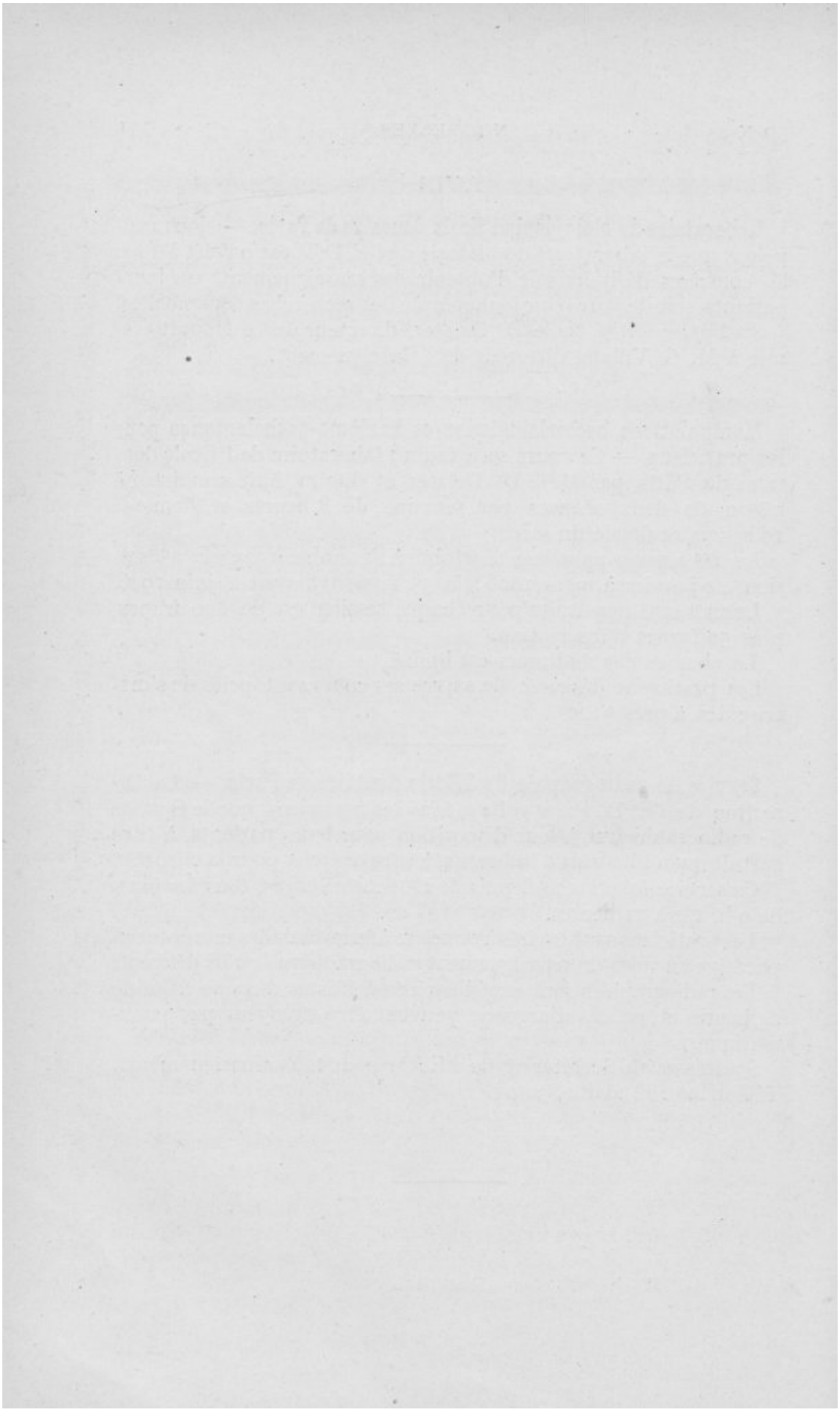
Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service fonctionne depuis le 1er octobre 1925, tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Les praticiens sont invités à remettre à leurs malades une note explicative au sujet du renseignement radiographique qu'ils désirent.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements. Téléphone : Trudaine, 34-01.



45e ANNÉE. N° 11. 30 NOVEMBRE 1925. VOL. LXIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

VOLUMINEUX KYSTES DENTIFÈRES AVEC DESTRUCTION TRÈS ÉTENDUE DE LA MACHOIRE

Par Maurice ROY

Professeur à l'École Dentaire de Paris,
Dentiste des Hopitaux

et MM. VAIS et CADIC,

Chefs de clinique à l'École Dentaire de Paris

616.716.8 0062

Bien qu'ayant eu déjà à vous entretenir récemment de kystes dentifères, je veux encore aujourd'hui, avec la collaboration de MM. Vais et Cadic, vous présenter trois nouveaux cas qui sont particulièrement remarquables par leur volume ; en outre, dans l'une de ces observations, il s'agit d'un double kyste développé aux dépens des deux canines inférieures ; enfin, les deux malades avec kystes de la machoire inférieure que je vous présente ce soir sont des plus intéressants au point de vue opératoire. En effet, ces deux malades, par coïncidence, offrent un cas analogue, mais l'un a été opéré tout récemment (il y a quatre semaines), et l'autre, il y a vingt et un mois, et, comme vous le verrez, il y a un grand intérêt à les voir comparativement, le second cas permettant de juger du résultat probable du second dans l'avenir.

Je n'ai malheureusement pas pu vous présenter le troisième malade, celui au kyste de la mâchoire supérieure qui habite la province, mais voici son observation.

OBSERVATION I

Volumineux kyste dentifère de la dent de sagesse supérieure

M. R..., 18 ans. Ce malade, grand et fort garçon bien développé, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, vient dans mon service de l'Ecole dentaire pour me consulter au sujet d'une grosseur développée progressivement, mais sans souffrance dans sa joue et dont il a constaté l'existence depuis quelques mois.

A l'inspection de la face, on constate que la joue gauche, en arrière de la fosse canine et jusqu'au rebord orbitaire, est notablement plus grosse que la joue droite ; on y sent une tuméfaction profonde, régulière, rénitente, non douloureuse à la pression et non adhérente à la peau ; celle-ci a une coloration normale et n'est pas enflammée.

A l'inspection de la bouche, le sillon vestibulaire supérieur gauche est rempli par une volumineuse tumeur arrondie, fluctuante, indolente, s'étendant, en avant, jusqu'à la première prémolaire et, en arrière, jusqu'à la partie postérieure de la tubérosité du maxillaire ; en haut, la tumeur semble aller jusque vers le bord orbitaire.

Au pourtour de cette tumeur, qui est lisse et régulière, on sent un bord osseux en cratère, caractéristique des résorptions osseuses consécutives au développement des kystes.

La première grosse molaire manque, les racines en ont été enlevées il y a quelques mois, la deuxième grosse molaire est saine, ainsi que les autres dents ; la dent de sagesse n'a pas encore fait son éruption.

Une radiographie est prise, elle montre une grande raréfaction osseuse de la portion postérieure du maxillaire supérieur ; il ne reste pas de racine, il ne semble exister aucune lésion dentaire, cependant une tache blanche à la partie postérieure de la radio me donne à penser qu'il s'agit d'un kyste dentifère de la dent de sagesse, ce qui était en effet.

Opération. — Le 20 décembre 1924, après anesthésie muqueuse et transcutanée, je mène une longue incision de la muqueuse vestibulaire allant de la canine à la deuxième

grosse molaire. La muqueuse et le périoste sont réclinés et la paroi kystique mise à nu, puis ouverte, il sort un liquide purulent d'apparence, mais sans aucune odeur et on aperçoit une cavité considérable s'étendant en haut jusqu'au plancher de l'orbite, en avant jusqu'à la première prémolaire, et allant en arrière jusque dans l'espace ptérygo-maxillaire. Dans le kyste, au-dessus de la deuxième grosse molaire, apparaît la couronne de la dent de sagesse plongeant dans l'intérieur du kyste, de haut en bas et d'arrière en avant ; la paroi kystique entoure le collet de la dent comme une collerette, les racines sont complètement en dehors du kyste.

La dent de sagesse est enlevée, les racines en sont atrophiées et recourbées en arrière ; la deuxième grosse molaire, dont les parois alvéolaires sont très amincies, est extraite, les racines, la palatine surtout, sont tronquées par suite de résorption ou de développement incomplet.

La paroi kystique est alors curettée et détachée de cette excavation énorme que huit compresses de gaze superposées arrivèrent à peine à combler ensuite.

Le sinus ne fut pas rencontré au cours de l'opération.

Le tamponnement fut enlevé au bout de vingt-quatre heures, des lavages furent faits régulièrement et la cavité s'épidermisa sans incident, la cicatrisation était complète deux mois après. L'orifice de la cavité était alors considérablement diminué, mais la cavité elle-même, quoique également très diminuée, persistait encore lorsque j'ai vu ce malade pour la dernière fois, il y a trois mois environ ; mais sa présence ne gênait aucunement le malade qui se contentait d'y faire un lavage journalier de propreté. Je crois pouvoir dire, d'après les précédents que j'ai observés, que cette cavité, malgré son volume, est susceptible de se fermer complètement dans l'avenir.

***

Ce cas est intéressant par l'énorme développement du kyste, mais il rentre pour moi, qui ai, comme vous le savez, quelque expérience en la matière, dans les choses assez cou-

rantes. Les deux autres cas, dont les sujets sont ici présents, sont beaucoup plus remarquables comme vous l'allez voir.

M. Vais, mon chef de clinique, qui m'a assisté dans cette intervention, va vous lire l'observation de la jeune fille que je vous présente maintenant.

Observation II

Double kyste dentifère formé par les deux canines inférieures

Mlle Suzanne L..., 16 ans.

Antéc. héréd. Rien à signaler.

Antéc. pers. Entérite à l'âge de six mois. Rachitisme, manifesté surtout par de la macro et de la dolichocéphalie.

Eruption tardive des dents de lait (La mère ne peut pas préciser d'avantage).

Pas de maladie infectieuse.

Eruption normale et sans difficulté des dents définitives, sauf les deux canines du bas.

En décembre 1920, les deux canines temporaires étaient toujours en place, l'enfant avait 11 ans et les canines permanentes n'étaient pas apparues.

A ce moment, la gencive a commencé à se tuméfier et à suppurer dans la région vestibulaire, au niveau des canines.

Conduite chez un chirurgien, celui-ci a procédé, par la voie cutanée, au niveau du bord inférieur de la mâchoire, à l'extraction de la canine inférieure gauche, qui était en ectopie, en un point que l'absence de renseignements ne nous permet pas de déterminer.

Six semaines après l'opération et après l'avis d'un dentiste, le même chirurgien a fait l'extraction de la canine inférieure droite, cette fois par la voie buccale.

Deux plaies ont persisté à la suite de ces opérations et elles ont, paraît-il, suppuré pendant dix-huit mois. La mère affirme qu'en faisant les lavages, les deux cavités, déjà à cette époque, communiquaient entre elles par un tunnel.

En 1922, la suppuration a cessé, d'après les dires de la mère.

Depuis, elle n'avait plus rien remarqué, jusqu'au mois de

mai 1925, quand à ce moment apparut une nouvelle suppuration vestibulaire gauche, au niveau de la canine temporaire.

Examinée alors par un dentiste, Mlle L. est adressée par lui à l'Ecole dentaire.

Etat actuel : Déformation générale de la face, avec augmentation considérable de volume du maxillaire inférieur plus marquée au niveau du menton et du côté gauche.

On voit une cicatrice au niveau du bord inférieur du maxillaire, à gauche vers la partie médiane, cicatrice adhérente à l'os, résultant de l'extraction de la canine, pratiquée il y a quatre ans.

A la palpation, on sent à ce niveau une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine, non douloureuse à la pression.

Aucune réaction ganglionnaire.

Examen de la bouche :

Maxillaire supérieur : normal.

Maxillaire inférieur : persistance des canines de lait des deux côtés ; les incisives sont toutes plus ou moins déviées.

A gauche, les deux prémolaires sont complètement couchées, la couronne tournée du côté lingual. Le vestibule est rempli par une grosse tuméfaction, allant de la *première grosse molaire droite* jusqu'à la face distale de la *deuxième grosse molaire gauche*.

La muqueuse a une coloration normale, à peine plus rouge du côté gauche

A la pression, la tuméfaction est un peu douloureuse et dépressible à gauche, non douloureuse à droite.

La tuméfaction s'étend aussi à la face interne du maxillaire, surtout à gauche.

On remarque, au niveau de la canine de lait droite, sur la gencive, et au niveau de l'apex, une petite fistule avec une légère suppuration.

A gauche, le pus s'écoule en grande quantité, surtout à la pression, par une fistule située entre les deux prémolaires, au niveau du collet.

A droite, un stylet fin, introduit dans la fistule, est enfoncé sans difficulté, en direction postérieure, de 3-4 cm.

A gauche, le stylet est enfoncé entre les deux prémolaires, verticalement, jusqu'à 3 1/2-4 cm.; en direction du bord inférieur du maxillaire, on pénètre dans une cavité libre, 5 cm. en arrière.

Examen de la sensibilité pulpaire des dents : La sensibilité pulpaire est recherchée par stypage au chlorure d'éthyle, ce qui permet de constater la vitalité de la pulpe de toutes les dents, y compris la première grosse molaire droite cariée.

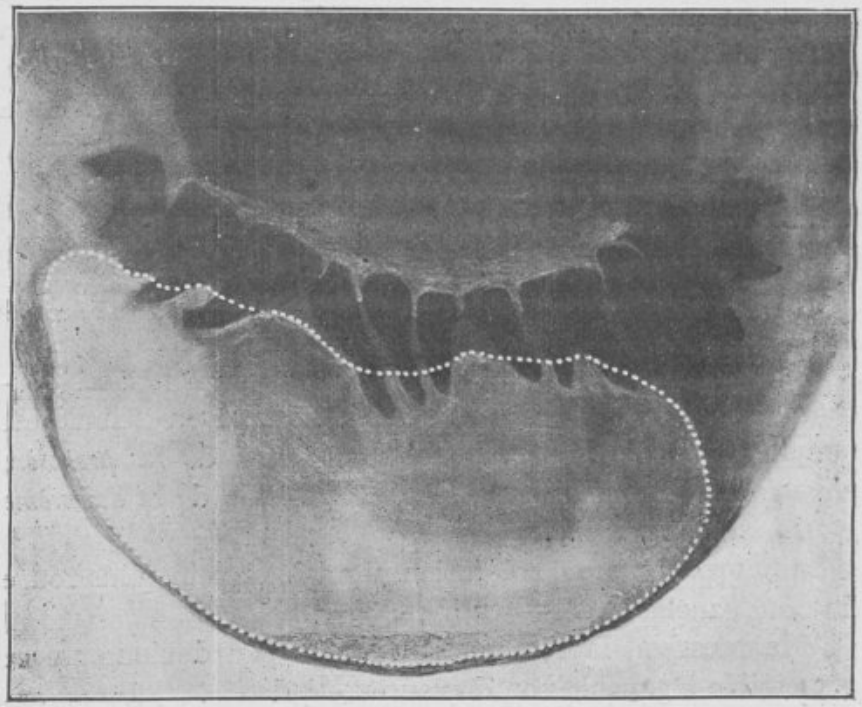


Fig. 1. — Observation II. Suzanne L... Radio de la portion médiane de la mâchoire inférieure. Le pointillé indique les limites du kystes ; remarquer sur cette radio, comme sur les deux autres, ci-contre de la même malade, la minceur de la coque osseuse.

Toutes les autres dents sont exemptes de carie. La première grosse molaire gauche a été enlevée et il ne reste pas de racines.

Radiographie : Trois radiographies de la mâchoire ont été prises : deux latérales et une centrale (Fig. 1, 2, 3) ; elles montrent que la branche horizontale du maxillaire inférieur est

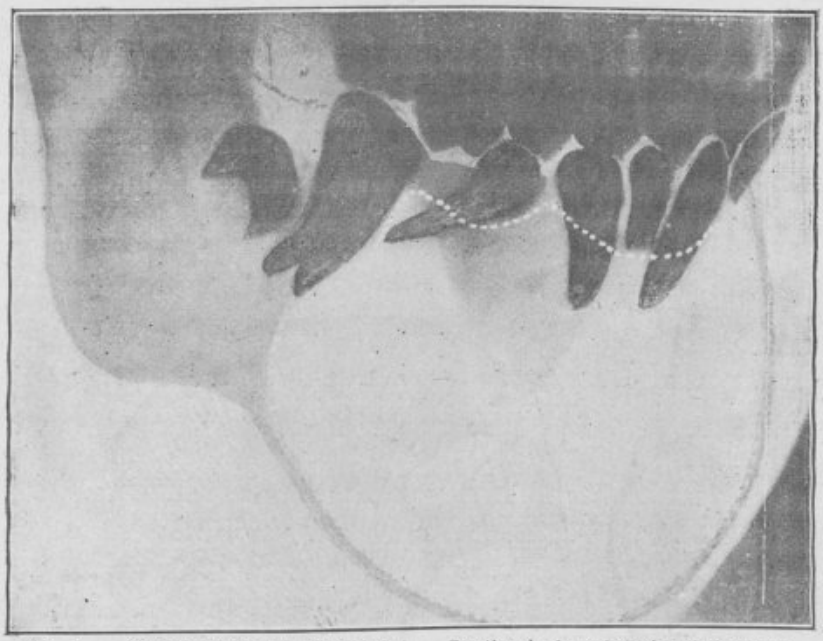


Fig. 2. — Observation II. Suzanne L... Radio de la mâchoire inférieure, côté gauche.

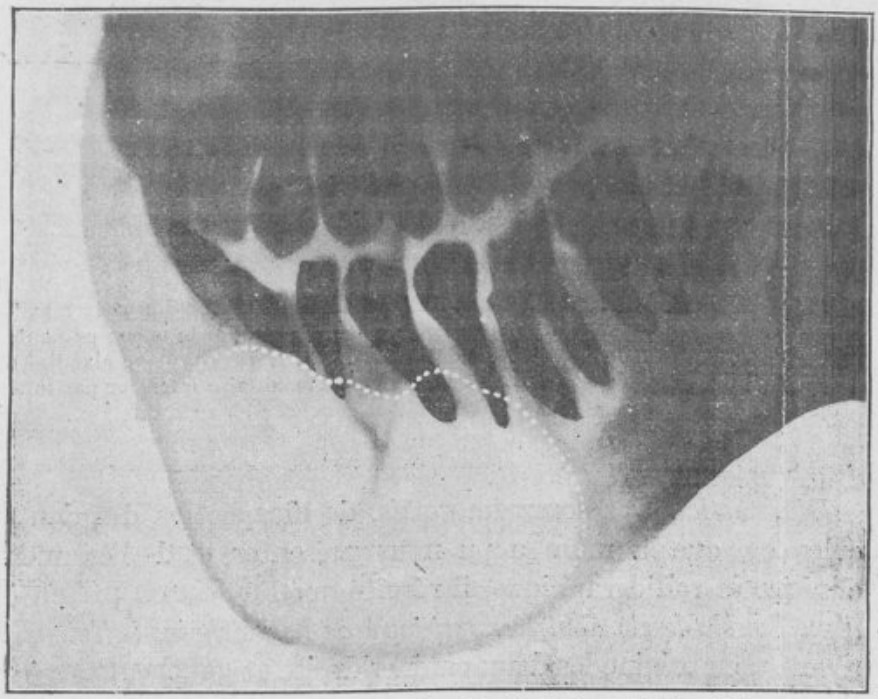


Fig. 3. — Observation II. Suzanne L... Radio de la mâchoire inférieure, côté droit.

considérablement augmentée de volume et qu'elle est creusée d'une énorme cavité s'étendant : en hauteur, des racines des dents au bord inférieur de la mâchoire et en longueur, de la première grosse molaire droite à la deuxième grosse molaire gauche. L'os paraît complètement aminci et réduit presque partout à une mince lamelle.

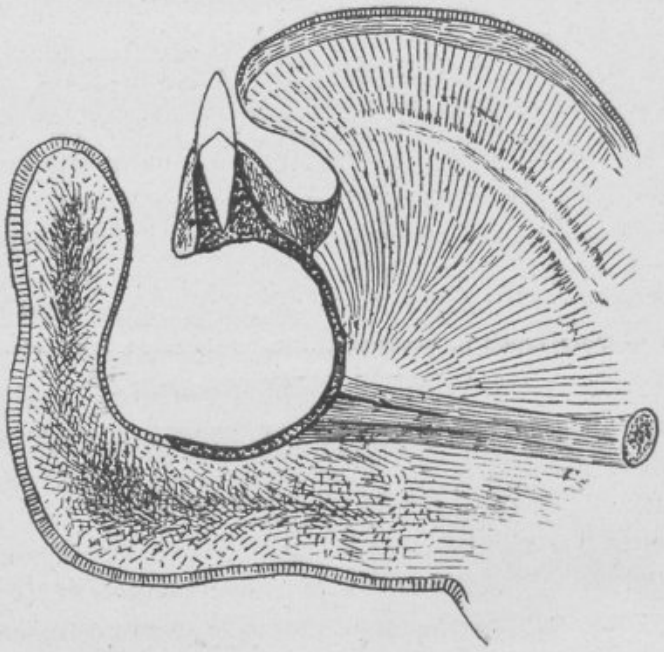


Fig. 4. — Observation II. Suzanne L... Dessin représentant en coupe le maxillaire inférieur de la malade après l'opération ; remarquer le mince pédicule osseux rattachant sur tout le pourtour (voir fig. 1, 2, 3) la portion alvéolaire et les dents à la mince coque osseuse restante du maxillaire inférieur par suite du développement des deux kystes droit et gauche.

Diagnostic : Des commémoratifs, de l'inspection des dents enlevées, que la mère a pu nous présenter, et de l'examen clinique et radiographique, il résulte que l'on est en présence *d'un double kyste dentifère suppuré de la mâchoire inférieure*, ayant pour origine les deux canines droite et gauche, enlevées il y a cinq ans.

Ces deux kystes, évoluant progressivement vers la ligne médiane, se sont fusionnés et ne forment plus qu'une énorme cavité, occupant la majeure partie de la branche horizontale de la mâchoire, qui est augmentée de volume, mais avec des parois osseuses extrêmement amincies.

Opération : Le Dr Roy a opéré la malade, assisté du Dr Vais, son chef de clinique, le 8 juin, il y a quatre semaines. L'opération a été faite avec anesthésie locale, suivant le procédé d'anesthésie transmuqueuse et transcutanée qu'il a décrit, il y a deux ans, à la Société d'Odontologie. 20 cmc. de sérocaïne Miégeville ont été employés pour obtenir l'anesthésie de toute la branche horizontale du maxillaire inférieur, dans toute son étendue.

Sitôt les injections faites, l'anesthésie était obtenue et M. Roy pratiqua une longue incision de la muqueuse du vestibule de la bouche, à 2 cmc. au-dessous du collet des dents et s'étendant de la première grosse molaire droite à la deuxième grosse molaire gauche et allant jusqu'à l'os. La muqueuse et le périoste sont réclinés jusqu'au bord inférieur du maxillaire. La paroi osseuse apparaît boursouflée, bleuâtre, les canaux de Havers dilatés ; elle est dépressible sous le doigt. Elle est sectionnée à la gouge et au ciseau, sur toute la hauteur de l'os, depuis la région sous-alvéolaire jusqu'au bord inférieur de la mâchoire et sur toute la longueur de l'incision, c'est-à-dire de la première molaire droite à la deuxième molaire gauche ; on se trouve en présence d'une immense cavité, remplie d'un magma caséeux, d'une odeur de putréfaction épouvantable.

L'os maxillaire est réduit à une épaisseur de 1-2 m/m sur toute l'étendue, aussi bien à la partie inférieure qu'à la face linguale. Il est boursouflé à la face linguale, comme à la face externe, mais la portion alvéolaire de l'os, par contre, est assez résistante, avec toutes les dents qu'elle supporte, dont les apex ne paraissent pas mis à nu au cours de l'opération ; le Dr Roy décide de conserver toutes ces dents, pensant que cette portion alvéolaire, bien étoffée par la fibro-muqueuse, soigneusement respectée par l'incision, est suscep-

tible de vivre dans des conditions convenables et d'assurer la nutrition de toutes ces dents, dont la conservation améliorera considérablement le résultat ultérieur de l'opération, tant au point de vue esthétique que masticatoire. Seules les deux prémolaires gauches, couchées lingualement et ne reposant plus que sur un os très aminci, sont enlevées.

La portion alvéolaire forme ainsi une sorte de marquise qui surplombe l'immense cavité kystique (Fig. 4). La paroi kystique, épaisse, est facilement détachée à la curette par grands lambeaux de la cavité osseuse ; on ne trouve plus trace de la cloison qui a dû séparer ces deux kystes autrefois. On ne trouve pas le nerf dentaire inférieur dans la cavité qui, complètement nettoyée, est tamponnée avec des compresses de gaze, imbibées de teinture de benjoin. Il fallut neuf de ces compresses de 10 cm. au carré pour remplir la cavité kystique, ce qui donne une idée de son étendue.

L'anesthésie fut parfaite durant toute l'opération, qui dura trois quarts d'heure environ.

Le tamponnement fut enlevé au bout de vingt-quatre heures et des lavages sont pratiqués d'une façon régulière ; les suites opératoires sont normales, la plaie s'épidermise progressivement et vous pourrez constater son bon état. La cavité, dont l'ouverture a notablement diminué, est encore néanmoins largement ouverte et les dents conservées sont dans un état satisfaisant.

***

Avant de vous inviter à examiner de près cette malade je vais, si vous le voulez bien, prier M. Cadic, qui a soigné le malade au début et m'a assisté dans mon intervention avec mon excellent collaborateur, le Dr Dreyfus, de vous donner lecture de l'observation du second sujet présenté, que vous pourrez utilement ensuite comparer avec la petite malade dont vous venez d'entendre l'observation.

Observation III

Kyste dentifère de la canine inférieure droite

M. G..., 45 ans, ouvrier typographe s'est présenté à la clinique du Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris en juillet 1923, venant consulter pour une suppuration siégeant à la mâchoire inférieure.

Le malade dit s'être réveillé un matin, avec la sensation d'une enflure non douloureuse au niveau de chaque canine du bas.

Après deux jours d'application de compresses chaudes ces deux grosseurs se seraient ouvertes par la bouche en donnant issue a une assez grande quantité de liquide jaunâtre. L'écoulement durait depuis deux semaines avec moins d'intensité, cependant assez abondant pour obliger le malade à se lever la nuit. Ne voyant pas d'amélioration à son état, le malade vint alors consulter.

Le facies fatigué, le teint plombé, le nez pincé indiquaient un état d'infection générale marqué. Au niveau du menton, à droite et à gauche se voyait un gonflement notable de la face particulièrement rouge et douloureux à la pression du côté gauche et au bord inférieur de la mâchoire. Les ganglions sous-maxillaires étaient indurés et douloureux de chaque côté.

A l'inspection de la bouche, on constatait que le malade avait toutes ses dents à la mâchoire inférieure, sauf la canine droite, la 1re prémolaire se trouvant au contact de l'incision latérale. Toutes ces dents paraissaient saines, n'étaient pas douloureuses et étaient solides.

A droite et à gauche, à un centimètre du bord gingival se trouvait une fistule au niveau de la canine gauche et de l'emplacement de la canine droite absente.

Une injection d'eau faite par l'un quelconque des deux orifices fistuleux sortait par l'autre orifice entraînant une grande quantité de pus jaunâtre, épais.

La sonde, enfoncée dans l'orifice fistuleux, donnait, à gauche, l'impression d'un os rugueux en voie d'élimination, à droite,

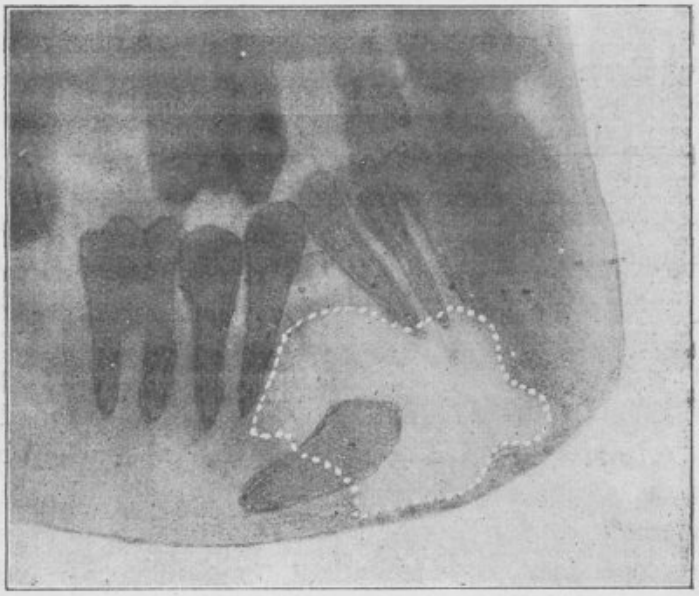


Fig. 5 — Observation II. — G... kyste dentifère de la canine inférieure droite. Radio du maxillaire inférieur, *côté droit*. Le contour du kyste est indiqué en pointillé. Les fig. 5, 6, 9 sont des radios prises avant l'opération; les fig. 7, 8, 10 placées en regard de celles-ci sont des radios des mêmes régions prises 21 mois après l'opération.

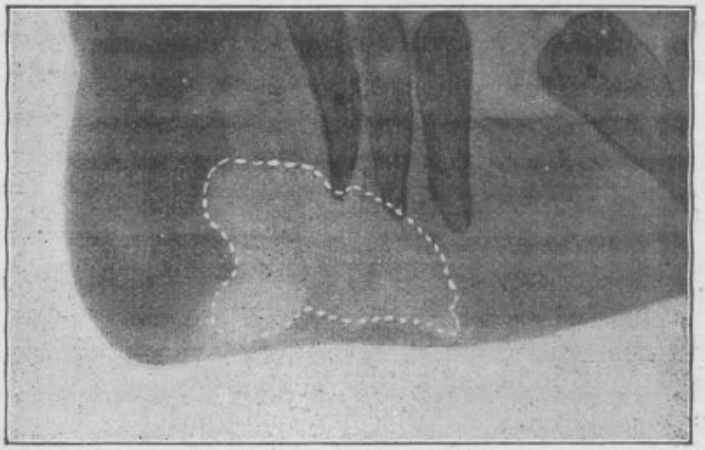


Fig. 6. — Observation III. G... kyste dentifère de la canine inférieure droite. Radio du maxillaire inférieur *côté gauche*, le kyste, comme on le voit, part de la canine droite (fig. 5), se développant de ce côté jusqu'à la 2e prémolaire gauche.

Fig 7. — Observation III G... Radio de la région représentée fig. 5 prise 21 mois après l'opération. Remarquer la régénération osseuse particulièrement au bord inférieur de l'os.

Fig. 8. — Observation III. G... Radio de la région représentée fig. 6 prise, 21 mois après l'opération.

la sensation d'un corps dur, arrondi faisant penser à la couronne d'une dent incluse à une grande profondeur.

La radiographie montre, à gauche, une grosse zone de ra-

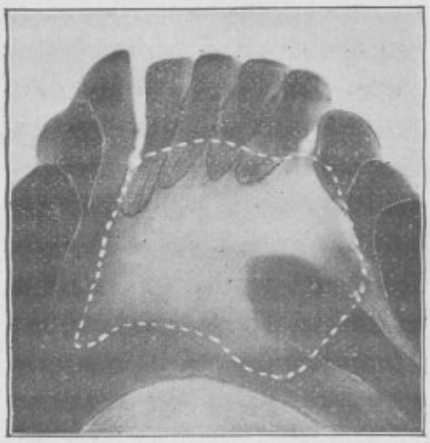


Fig. 9. — Observation III. G... Kyste dentifère de la canine inférieure droite Radio de la région médiane du maxillaire inférieur (voir fig. 5 et 6).

réfaction passant sous les incisives, la canine et la 1re prémolaire et s'étendant en profondeur jusqu'au voisinage du

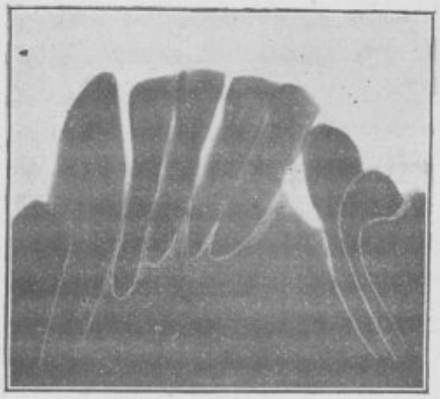


Fig. 10. — Observation III. G... Radio de la région représentée fig. 9 ci-dessus prise 21 mois après l'opération.

bord inférieur de la mâchoire. A droite, se voit une zone claire de la même dimension, mais plus régulière dans ses contours surtout à la partie supérieure nettement arrondie.

La portion d'os sain de cette région supérieure, qui est d'une épaisseur d'environ 2 m/m, apparaît comme l'arche d'un pont reliant la racine de l'incisive latérale d'une part et la racine de la 1re prémolaire d'autre part.

Les racines de ces deux dents semblent repoussées l'une du côté mésial, l'autre du côté distal, comme par une pression intra-osseuse tendant à les écarter.

De plus, à la partie inférieure et distale de cette tache claire, apparaît nettement la couronne d'une dent mono-radiculée dont la racine est implantée horizontalement dans le corps du maxillaire, sous la 1re prémolaire, à 1/2 centimètre à peine du bord inférieur de la mâchoire.

Une radiographie de la région incisive, prise d'arrière en avant, montre une immense raréfaction osseuse s'étendant de canine à canine en forme de tunnel, dont la voûte est formée par les racines des incisives et le plancher par la portion restant saine du maxillaire inférieur qui n'a plus qu'une épaisseur d'environ 2 m/m.

Devant la gravité de la situation, grosse suppuration d'une part, mauvais état général d'autre part, accompagné d'un moral assez déprimé, dès le lendemain nous présentâmes notre malade au Dr Roy qui porta le diagnostic de kyste dentifère suppuré, développé aux dépens de la couronne de la canine inférieure droite en ectopie dans le bord inférieur de la mâchoire, kyste s'étendant de la 1re prémolaire droite à la 2e prémolaire gauche passant sous la racine de toutes les dents et développé jusqu'au bord inférieur de la machoire réduite à une mince pellicule osseuse.

Immédiatement le Dr Roy fit au cautère un large débridement des deux orifices fistuleux et procéda à de grands lavages à l'eau oxygénée de ce long tunnel osseux et recommandation fut faite au patient de faire de semblables lavages chez lui avec une poire à eau 5 à 6 fois par jour.

Quelques jours de grands lavages et le teint de notre malade redevenait meilleur, en même temps que la douleur surtout à gauche était moins grande.

Huit jours après, le Dr Roy retira du côté gauche, région

canine, un séquestre osseux de la dimension d'une pièce de 1 franc, le séquestre fut retiré très facilement après simple incision de la gencive. A partir de ce moment la suppuration diminua sensiblement, l'état général du malade s'améliora en même temps que disparaissait son état de dépression.

On se trouvait alors au mois d'octobre 1923. Jugeant le moment propice, l'état du patient satisfaisant, le Dr Roy décida l'intervention chirurgicale. Avant de la pratiquer, on rechercha la sensibilité thermique au froid et à la chaleur, de toutes les dents de la région : prémolaires, canines et incisives; cette exploration donna le résultat suivant : $\overline{5, 4, 1|1, 3, 4, 5}$ sensibilité thermique, $\overline{2|2}$ pas de réaction thermique.

Opération. — Après anesthésie muqueuse et transcutanée du maxillaire inférieur dans toute la partie malade, anesthésie qui nécessita 14 cmc. de solution de sérocaïne à 2 %, le Dr Roy fit une grande incision de la muqueuse vestibulaire à 2 cm. au-dessous du bord gingival et allant de la 2e prémolaire droite à la 2e prémolaire gauche.

La muqueuse et le périoste furent réclinés jusqu'au bord inférieur de la mâchoire et la paroi osseuse antérieure fut enlevée à la gouge et au maillet, de la portion sous alvéolaire de la mâchoire jusqu'au bord inférieur de l'os, donnant accès dans une cavité kystique considérable au fond de laquelle, du côté droit, à l'emplacement indiqué par la radiographie, on trouva la couronne de la canine incluse autour du collet de laquelle la paroi kystique était insérée comme une collerette sans qu'aucune partie de la racine de cette dent fût en rapport avec le kyste. L'extraction de cette dent fut assez délicate, sa racine en effet, quoique assez courte, comme vous pouvez le constater sur la dent que nous vous présentons, était très solidement implantée dans la partie basilaire de l'os du côté droit, dans la portion saine du maxillaire, et la minceur de l'os dans la portion immédiatement antérieure de la mâchoire ne permettait pas de mouvements de luxation de cette dent sans s'exposer à une fracture complète de la mandibule.

Le Dr Roy fit à la gouge et au maillet la résection de l'os à la partie antérieure et supérieure et la dent fut alors enlevée sans avoir à faire d'efforts notables de luxation.

Cette extraction faite, on procéda au curettage minutieux de la cavité kystique qui était extrêmement volumineuse, comme le montrent les radiographies.

Le maxillaire était considérablement aminci, il n'avait plus, par places, que l'épaisseur d'une feuille de bristol au niveau du bord inférieur de la mâchoire. Néanmoins la portion alvéolaire était assez résistante et c'est pour cette raison et parce que la fibro-muqueuse gingivale était intacte que, bien que le kyste s'étendît jusqu'au dessous des racines de toutes les dents antérieures, le Dr Roy respecta toute cette portion, nous disant que celle-ci était susceptible de résister de façon parfaite et que, les apex de toutes les dents paraissant protégées par une lamelle osseuse, celles-ci lui semblaient susceptibles d'être conservées. Seule la 1re prémolaire gauche, dont la racine était dénudée par le kyste, fut extraite.

Le Dr Dreyfus qui assistait le Dr Roy dans cette opération, le Dr Vais et moi-même qui étions présents, nous avions peu de confiance dans l'avenir de cette avancée osseuse supportant 5 dents antérieures, que l'on pouvait comparer à un balcon rattaché à son édifice par une mince paroi. L'avenir a montré cependant, comme vous allez pouvoir le constater *de visu*, la justesse du pronostic que le Dr Roy avait porté.

Toute la paroi kystique ayant été enlevée à la curette, la cavité fut tamponnée à la gaze au benjoin pendant 24 heures, puis des lavages fréquents furent faits régulièrement dans la vaste cavité osseuse dont l'épidermisation se fit peu à peu.

Celle-ci terminée, la cavité était toujours très grande bien que l'ouverture en fût moins considérable. Mais progressivement la cavité se rétrécit peu à peu, de l'os nouveau se forma et aujourd'hui, 21 mois après l'opération, cette cavité a complètement disparu, sauf une petite dépression longitudinale dans laquelle il n'existe pas le moindre trajet fistuleux. Il serait impossible aujourd'hui de penser que ce malade a

présenté une mutilation de l'importance de celle qu'il a subie.

Quant aux dents antérieures qui ont été conservées dans des conditions qui semblaient, nous vous l'avons dit, tout à fait aléatoires, vous pourrez constater qu'elle sont toutes en parfait état et solides, même la canine gauche considérablement déchaussée et dont la pulpe à l'exploration thermique donne toujours une réaction positive.

Du reste cette exploration faite il y a quelques jours sur toutes les dents donne les mêmes résultats que celle faite avant l'opération.

Nous avons fait faire de nouvelles radiographies il y a quelques jours dans les mêmes positions que celles prises avant l'opération et vous allez pouvoir juger de l'état actuel et de la régénérescence osseuse qui s'est produite et qui peut s'apprécier particulièrement bien sur la radiographie du côté droit en comparant l'épaisseur du rebord inférieur du maxillaire avant l'opération et aujourd'hui.

***

Comme vous avez pu le voir, ces trois cas sont bien, comme nous vous le disions au début, intéressants et heureusement exceptionnels ; ils vous montrent le volume formidable, le mot n'est pas excessif, que peuvent prendre des kystes dentifères. Notez que le malade de la première observation a 18 ans et que la jeune fille que vous venez de voir a à peine seize ans.

Le cas de cette petite jeune fille montre aussi l'intérêt pour de tels malades d'être vus par des praticiens qualifiés et ce cas servirait à illustrer singulièrement la thèse stomatologique puisque, d'une part, c'est un médecin, chirurgien d'un hôpital de province, qui a vu et opéré cette petite malade pour la première fois et qui, après avoir extrait une des dents *par la voie cutanée*, a laissé les kystes évoluer pendant cinq ans et étendre considérablement leurs ravages et que, d'autre part, c'est un jeune chirurgien-dentiste qui, en voyant ce cas, l'a immédiatement adressé à l'Ecole dentaire de Paris pour le faire traiter.

En dehors de ces considérations accessoires, j'appellerai

votre attention au point de vue opératoire sur deux particularités : d'abord la possibilité d'opérer de tels malades avec une anesthésie locale parfaite au moyen de l'*anesthésie transcutanée* telle que je vous en ai décrit la technique il y a deux ans [1].

Le malade, objet de la troisième observation, est justement l'un des cas auquel je faisais allusion dans ma communication à ce sujet en vous promettant de vous le présenter.

La technique de cette anesthésie est facile, son effet immédiat et sa réussite constante.

Le second point sur lequel je veux insister, c'est l'intérêt qu'il y a, tout en faisant des interventions très larges, en travaillant toujours au grand jour, à respecter le plus possible les parties susceptibles d'être conservées. Dans ces interventions je conserve toujours soigneusement le périoste que je récline avant de m'attaquer au kyste et je respecte le plus possible la fibro-muqueuse gingivale dont ce m'est une occasion de plus de vous signaler, ainsi que je l'ai fait en maintes occasions, l'importance capitale dans la nutrition des maxillaires dans leur portion alvéolaire. C'est grâce à ces conditions que, chez le dernier malade présenté, il m'a été possible de conserver tout un groupe de dents dont la conservation, M. Cadic vous l'a dit tout à l'heure, semblait à première vue impossible et que j'ai pu obtenir une réparation aussi parfaite de l'énorme perte de substance résultant de l'évolution de son kyste.

C'est grâce à ces conditions, que j'ai cherché à réaliser chez la jeune fille que nous venons de vous présenter, que je compte bien obtenir également chez elle la conservation parfaite de toutes les dents, de la deuxième prémolaire droite à la canine temporaire gauche, actuellement en suspension dans l'espace en quelque sorte, leur alvéole n'étant rattaché que par la partie postérieure et par un mince cordon osseux à un maxillaire réduit à l'épaisseur d'une feuille de bristol. Mais, remarquez-le, la fibro-muqueuse est intacte et elle con-

1. Maurice Roy. L'anesthésie transcutanée dans les opérations de stomatologie. *L'Odontologie*, 1924, p. 353.

tinue à nourrir l'os sous-jacent et, d'autre part, le périoste que vous ne pouvez pas voir, mais que j'ai conservé et qui a été récliné dans toute la portion inférieure de la plaie va proliférer et, je l'espère bien, me permettra d'obtenir, dans ce nouveau cas, un résultat aussi satisfaisant que celui que vous avez pu constater dans le premier.

Enfin, si la seconde observation ne peut fournir aucune indication en raison de l'extraction faite cinq ans avant mon opération des deux dents causales, les deux autres confirment, s'il en était besoin, les idées que je vous ai précédemment exposées relativement à la nature des kystes dentifères.

L'insertion constante de la paroi kystique au collet de la dent, la couronne se trouvant toujours libre à l'intérieur du kyste à l'exclusion de la moindre portion radiculaire, montre que, conformément à la thèse que je soutiens, d'accord avec M. Julien Tellier, ces kystes ne sont pas développés aux dépens de débris épithéliaux paradentaires, comme le veulent Malassez et Galippe, mais sont, au contraire, suivant la théorie de Broca, d'origine folliculaire. Ces kystes, ainsi que je vous l'ai exposé précédemment, sont dus, suivant moi, à un développement tératologique de l'épithélium externe de l'organe de l'émail, théorie qui seule me paraît susceptible d'expliquer les rapports anatomiques constants que l'on observe entre la paroi kystique et la couronne de la dent causale.

LA CLINIQUE DENTAIRE SCOLAIRE MUNICIPALE DE COLMAR

Par Paul SPIRA, de Colmar

(Communication du Congrès de l'A. F. A. S. à Grenoble)

616.313 : 614.253.2

La question des soins dentaires à donner aux enfants des écoles primaires a été maintes fois discutée dans des réunions professionnelles ; elle a fait le sujet de plusieurs rapports circonstanciés. Je ne citerai que l'excellent exposé qu'en a fait M. le Dr Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dans la séance solennelle du Quarantenaire de l'Ecole dentaire de Paris, et les travaux et rapports complets du si regretté Dr Godon à notre section d'Odontologie au Congrès de l'A. F. A. S. à Rouen. L'assemblée, très nombreuse, y adoptait comme principe la nécessité d'organiser les soins dentaires pour les enfants des écoles ; la Société d'hygiène dentaire de France a pris en main la question et est appelée à rendre les plus éminents services.

La mise en pratique de ces idées nécessitera encore de gros efforts de la part de nos confrères et de nos associations professionnelles ; notre séance d'aujourd'hui sera, je l'espère et le souhaite, une sérieuse étape vers la réalisation de nos projets, qui ont pour but de donner à tous les enfants de nos écoles primaires la possibilité de faire soigner leurs dents aux frais de la généralité.

Dans ces travaux préparatoires, l'exemple et l'expérience d'une clinique dentaire municipale qui fonctionne régulièrement et de façon satisfaisante depuis près de vingt ans pourra faciliter ces efforts et servir de base pour l'organisation de ces institutions dentaires. Je pense donc que les explications que je vais donner sur la clinique dentaire municipale de Colmar contribueront pour une petite part à l'évolution de cette question vers un résultat salutaire si important pour le bien public. Aussi est-ce avec grand plaisir que j'ai accepté la mission dont m'a chargé M. le Maire de Colmar, à la suite

de votre invitation, de venir vous donner ces renseignements.

La municipalité de Colmar, chef-lieu du département du Haut-Rhin, ville de 45.000 habitants a installé en 1907 (il y aura donc bientôt 20 ans) une clinique dentaire pour les soins dentaires à tous les enfants des écoles primaires aux frais de la ville, donc tout à fait gratuits pour cette petite clientèle.

Le Dr Paul Kœnig, à cette époque membre du Conseil municipal, était l'instigateur et le fervent défenseur de ce projet. Ses fonctions de médecin inspecteur des écoles municipales lui avaient tôt fait comprendre toute la valeur d'une institution pareille pour l'amélioration de l'état de santé des petits élèves de notre ville.

Le conseil municipal de Colmar, toujours très favorable à toutes les idées de progrès social et d'amélioration de la situation des classes moins favorisées — je ne vous citerai que notre bain municipal avec sa magnifique piscine ouverte toute l'année et tous les genres de bains, médicinaux et autres, nos écoles construites avec tout le confort possible, bains-douches pour les élèves, infirmières scolaires, distribution de lait et de soupes aux enfants indigents à l'école, etc. — notre conseil, dis-je, se mit immédiatement à la réalisation du projet de la clinique dentaire et vota les crédits nécessaires.

Dans un bâtiment municipal, trois vastes pièces, claires et bien aérées furent affectées et installées ; l'une, la plus grande, comme salle d'attente, l'autre comme salle d'opérations, et la troisième, la plus petite, comme bureau du dentiste traitant. Sans dépenses exagérées, les trois pièces furent aménagées coquettement et bien conformes au but indiqué. Un fauteuil d'opération moderne, un tour électrique, un crachoir à eau courante, réflecteur, stérilisateur, armoire à instruments et l'outillage et le matériel indispensables furent achetés.

Le prix d'installation de toute la clinique, prête à fonctionner, s'élevait à 6.300 marks, donc à peu près 8.000 francs, au temps où le franc valait un franc.

Une infirmière fut engagée comme employée de la ville, et fut chargée de l'entretien de la clinique et de l'assistance au dentiste pendant les heures de services.

La question se posait : par qui faire donner les soins dentaires ? Notre municipalité clairvoyante estimait que la santé des enfants méritait les meilleurs soins possibles. On aurait pu demander le concours des praticiens de la ville, qui certes n'auraient pas refusé de travailler gratuitement au moins quelques heures par semaine à la clinique. Mais le résultat eût sûrement été pour le moins irrégulier au point de vue soins dentaires pour les enfants, et difficile au point de vue administratif. Je ne puis assez dire combien il est important, que pour obtenir un rendement satisfaisant, il faut un service régulier qui soit dirigé par un praticien, rémunéré suffisamment, pour qu'il puisse se vouer entièrement et exclusivement à cette tâche. La ville décidait donc de renoncer à toute possibilité de traitements au rabais.

Quand il s'est agi de choisir la personne à mettre à la tête du service, après de mûres réflexions on décidait de donner la place de préférence à une dame-dentiste. En effet la femme est certainement plutôt faite pour s'occuper continuellement d'enfants entre 3 et 14 ans, elle aura plus de patience avec les tout petits, saura mieux les prendre et se les attirer. Son instinct maternel lui permettra de gagner plus facilement la sympathie et la confiance des enfants qui vis-à-vis d'une femme seront moins peureux.

Une dame, chirurgien-dentiste, diplômée d'une Faculté de médecine, fut donc engagée par la municipalité pour créer et diriger la clinique dentaire. La dentiste scolaire fait partie des fonctionnaires municipaux avec droit à la pension au bout d'un certain nombre d'années. Elle n'a pas le droit de faire de la clientèle privée et doit se vouer entièrement à l'œuvre d'hygiène sociale à laquelle elle est préposée. D'ailleurs le temps lui manquerait pour s'occuper d'autre chose que de son service.

Car les écoles municipales, enfantines, primaires et élémentaires de Colmar comprennent environ 4.000 enfants, qui ont droit au traitement gratuit. S'il fallait traiter et obturer d'un coup et dans le courant d'une année toutes les dents creuses temporaires et permanentes de ces 4.000 enfants,

un seul praticien n'y suffirait ; plusieurs opérateurs y arriveraient à peine, en ne faisant que cela toute la journée. Mais cela n'est pas nécessaire et vous verrez tout à l'heure pourquoi.

Parmi les enfants ayant droit au traitement, il y en a qui se font soigner par leur dentiste privé, car en Alsace les caisses de malades des Assurances sociales sont obligées de fournir à leurs assurés, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants, comme le traitement médical, tout soin dentaire, et ainsi certains enfants sont traités par le dentiste de leurs parents. En plus, il y en a toujours un certain nombre qui pour des raisons de tout genre, peur du dentiste, etc., ne veulent pas profiter de cette institution salutaire. Et c'est là qu'entre en ligne le but éducatif de notre clinique et que peut se démontrer le plus le rôle moral du dentiste scolaire, point dont je parlerai plus tard.

En moyenne pendant ces dernières années — la guerre, vu la proximité de Colmar du front de bataille — avait sensiblement amoindri la fréquence de la clinique — en moyenne donc près de 3.000 enfants ont été traités à la clinique par an. Des milliers d'obturations et de traitements y ont été faits, mais des milliers d'extractions aussi figurent au tableau des opérations exécutées au dispensaire. On pourrait trouver excessif ce nombre d'extractions, mais le mauvais état de la denture des enfants, quand ils se présentent pour la première fois, et l'assainissement de ces bouches par la suppression des causes d'infection, nécessitait ce grand nombre d'extractions.

Le fonctionnement de la clinique se fait de la manière suivante, réglée administrativement par la municipalité en rapports directs avec les autorités scolaires. Au début de l'année l'instituteur ou l'institutrice fournit à la clinique une liste complète des élèves. Les enfants des écoles enfantines et de 1re année sont convoqués à la clinique, où l'on constitue leur fiche dentaire après examen minutieux de leur bouche. Pour les autres années, le dentiste passe dans toutes les classes des différentes écoles et examine rapidement les bouches des enfants, indiquant à l'instituteur les enfants qui ont besoin d'être traités. Les listes établies, chaque

enfant nouvellement entré à l'école qui a besoin de soins doit apporter le consentement par écrit signé des parents ; car nous n'avons aucun droit d'exécuter le moindre traitement, sans que les parents soient d'accord. Ceux qui refuseraient sont convoqués par le directeur de l'école et, si cela ne servait à rien, par le dentiste à la clinique, où, par tous les moyens de persuasion on essaie de les faire revenir sur leur refus, en leur faisant ressortir tous les avantages du traitement pour leurs enfants.

Pour les enfants au-dessus de six ans, la clinique n'a aucun autre moyen de pression. Mais vis-à-vis des parents dont les enfants sont à la salle d'asile, où la fréquentation de l'école n'est pas encore obligatoire, on obtient souvent un résultat positif, en menaçant les parents d'exclure leurs enfants des salles d'asile et classes enfantines, s'ils ne consentent pas à faire mettre en état la bouche de leurs petits.

Pour une autre catégorie d'enfants plus grands, dont les parents refuseraient l'autorisation au traitement, on arrive quand même au but, en faisant comprendre aux parents que leurs enfants ne pourraient être admis aux colonies de vacances, si leur bouche n'était préalablement assainie. En effet tous les ans une association locale de bienfaisance avec le concours financier de la ville et de toute la population envoie des centaines d'enfants de constitution faible pour un séjour de quelques semaines à la campagne, soit dans nos Vosges, soit même dans des villes d'eaux comme Besançon, etc.

Or, un enfant dont le système dentaire est défectueux, peut devenir une cause de difficultés à la campagne, s'il vient par exemple à y souffrir d'une dent malade. En plus, ces enfants ayant besoin de bien se nourrir pour se fortifier, de mauvaises dents les empêchent de mastiquer et ainsi de bien assimiler leurs aliments. Ils ne profitent donc guère de leur séjour aux colonies de vacances et celles-ci auraient fait des dépenses infructueuses pour l'enfant.

Il est donc de règle absolue qu'un enfant qui veut partir aux colonies de vacances doit présenter un certificat du dentiste scolaire constatant que sa denture est en bon état.

Vous voyez que malgré l'opposition initiale de certains parents qui, pour une raison quelconque refusent les soins de la clinique, celle-ci peut arriver dans beaucoup de cas à un résultat. Quand la clinique est en possession de l'autorisation des parents, on commence le traitement.

Tous les jours, à une heure déterminée, sur convocation du dentiste, un certain nombre d'enfants sont envoyés à la clinique, où l'on possède déjà leur fiche dentaire très exacte. Les soins nécessaires sont donnés et l'enfant renvoyé à l'école avec son livret, dans lequel seront inscrites les heures de départ de la clinique et de la classe. Ainsi un contrôle assez exact est effectué pour que l'enfant ne soit pas tenté de profiter d'une soi-disant séance chez le dentiste pour faire l'école buissonnière. Le carnet est remis à l'instituteur de classe, qui est chargé de le conserver, pour le donner à l'enfant, quand il doit aller à la clinique.

Ainsi, petit à petit, la bouche de tous ces élèves est assainie, autant que cela a été possible. Quand systématiquement pendant un nombre d'années, les dents des tout petits qui viennent d'entrer à l'école sont complètement mises en état, pendant les années suivantes ces mêmes enfants n'auront plus besoin que de traitements d'entretien de loin en loin et avec le temps on arrivera au résultat, qui sera comme le couronnement de l'œuvre de la clinique scolaire, que tous les enfants en quittant l'école à 14 ans auront un système dentaire en bon état.

Mais là ne se borne pas l'effort de la clinique ; il ne suffit pas de soigner les dents des enfants, si ceux-ci n'entretiennent pas, de leur côté, leur bouche en état de propreté. Aussi cherche-t-on par différents moyens à intéresser les enfants aux questions d'hygiène. Pendant le traitement de chaque classe, une petite causerie doit être faite aux enfants par l'instituteur de la classe sur les dents, leur utilité, etc. Le dentiste scolaire en donne lui-même, dans une causerie spéciale aux membres du corps enseignant, les directives en s'appuyant sur les ordres des autorités supérieures, inspecteurs, etc.

De temps à autre les jeudis, des enfants sont convoqués à la clinique pour leur enseigner l'emploi de la brosse à dents, et

par une distribution de brosses gratuites aux enfants qui se sont fait remarquer spécialement pour avoir bien nettoyé leurs dents, on entretient une certaine émulation et surtout un grand intérêt pour la chose.

Il est naturel qu'un enfant qui, pendant ses quelques années de classe, aura régulièrement entretenu sa bouche, continuera plus tard, une fois l'école quittée, à s'occuper de ses dents. Et voilà le côté moral de l'importance d'une clinique dentaire scolaire bien dirigée, mis en évidence, un résultat d'éducation de la plus grande portée de prophylaxie, à côté du résultat direct thérapeutique de l'assainissement de la bouche et de la suppression des dents malades avec toute leur suite d'affections générales possibles.

Depuis quelques années les médecins scolaires de notre ville ont constaté, et nous le mentionnons avec satisfaction, que les affections ganglionnaires, fistules, empâtements, etc. ont presque complètement disparu chez les enfants de nos écoles. D'autres améliorations dans l'état de santé de nos élèves se sont certainement produites, mais ne sont pas aussi faciles à constater que celles dont je viens de vous parler.

Je termine cet exposé en exprimant mes félicitations à notre dentiste scolaire, Mme Guy, qui, depuis quelques années, après une interruption par suite de la guerre, a assumé la lourde tâche de diriger cette institution avec une compétence et une volonté remarquables et avec un esprit d'initiative, qui nous promet les meilleurs résultats pour l'accomplissement entier de cette tâche de guérir et d'assainir la bouche de nos milliers d'enfants.

Nos remerciements doivent aller aussi à la municipalité de Colmar qui a pris l'initiative de créer la clinique et qui met libéralement à la disposition de cette institution les fonds nécessaires, et à M. Sengel, maire, qui, avec une haute compréhension du but social de l'œuvre, lui porte tout son intérêt, en vue de l'amélioration de la santé de nos générations futures.

PHLEGMON DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Dr I. A. SOUCHET (Rouen)

616.314 : 616

Les complications inflammatoires à distance d'origine dentaire nous ont toujours paru présenter de l'intérêt du fait des difficultés qu'éprouve le médecin ou le stomatologiste à établir une relation de cause à effet entre la lésion dentaire initiale, lésion de carie souvent minime pouvant être même parfois insoupçonnée de son porteur, et la complication inflammatoire secondaire résultant de la propagation ou de la fixation d'une invasion microbienne dans une région plus ou moins éloignée de son point de départ.

Parmi les observations qui ont été rapportées sur ce sujet et pour ne signaler que les plus récentes nous rappellerons ici que notre collègue Worms signalait dernièrement à la Société parisienne de Laryngologie sous le titre de « Phlegmon ligneux du cou et œdème du larynx d'origine dentaire » : le cas de deux malades atteints d'accidents graves de la région cervicale dont la cause était vraisemblablement due chez le premier à une lésion de carie de la dent de six ans inférieure gauche, chez le second à une carie de l'incisive centrale supérieure gauche.

Signalons la thèse de Mercier [1] sur la thrombophlébite du sinus caverneux secondaire aux affections septiques d'origine dentaire dans laquelle sont étudiées les lésions de phlébite à distance dues aux lésions infectieuses péridentaires.

Nous-même, dans la *Revue de Laryngologie* de mai 1922, avons signalé le cas d'un malade atteint d'un volumineux abcès de la fosse temporale gauche, qui aurait pu en imposer pour une collection suppurée d'origine otomastoïdienne et dont la disparition fut amenée par l'avulsion de la troisième grosse molaire supérieure gauche.

1. Thèse de Lyon 1924.

Le cas que nous vous rapportons aujourd'hui, bien moins singulier que les précédents, n'en présente pas moins un certain intérêt du fait de sa localisation palpébrale et des troubles généraux qui ont accompagnés son évolution.

Observation. — Mlle F. 19 ans nous est adressée le 5 mars 1922 pour un osteo--phlegmon d'origine dentaire ayant déterminé un abcès de la paupière inférieure droite.

Cette malade, atteinte depuis plusieurs années d'une carie pénétrante de la 2e grosse molaire supérieure droite, fut prise le 20 février de violentes douleurs ayant pour siège la dent cariée.

Ces premiers signes s'accompagnèrent rapidement de phénomènes réactionnels, de voisinage : gonflement considérable de la face externe du rebord alvéolaire, production d'une fluxion intense, œdème marqué des paupières inférieures et supérieures arrivant à l'occlusion de la fente palpébrale. Etat général mauvais, forte température 39° — 40° vespérale, anorexie, courbature généralisée, urines rares avec albuminurie légère.

L'avulsion de la dent malade fut pratiquée le 25 février, elle fut suivie d'une véritable débacle de pus par l'alvéole. Cet écoulement se continua heureusement pendant trois jours amenant une détente marquée des phènomènes douloureux, ainsi qu'une diminution de volume de la tuméfaction gingivo-jugale.

Brusquement le 28 février le pus cesse de couler, la malade est alors reprise de douleurs aiguës qui empêchent tout sommeil et qui s'irradient dans l'œil droit. La paupière inférieure, qui est restée infiltrée depuis le début des accidents, devient rouge, douloureuse; enfin le 3 mars devant les accidents locaux et l'atteinte de l'état général le médecin traitant m'adresse la malade.

Examen le 5 mars 1922. — On constate la présence d'une volumineuse tuméfaction occupant la joue droite, ainsi que la région palpébrale. La peau qui recouvre la joue est de couleur rouge violacé, la paupière inférieure est le siège d'un abcès de la grosseur d'une noix occupant les deux tiers externes de la paupière. Cette collection suppurée est recouverte par une mince pellicule portant à son milieu une croutelle.

A la palpation la tuméfaction jugale présente une dureté ligneuse, on sent que les parties molles sont soudées au plan osseux sous-jacent par l'œdème dur qui les infiltre.

L'examen du foyer dentaire montre les cavités alvéolaires de la dent malade complètement déshabitées. L'inspection et la palpation montrent qu'il existe au niveau du rebord alvéolaire un gros bourrelet, dur, non fluctuant, envahissant le cul-de-sac gingivo-

jugal. La pression de cette tuméfaction n'amène aucun drainage du pus par l'alvéole. Température vespérale 38°-38°5.

L'ouverture de l'abcès de la paupière inférieure pratiquée le même jour donna issue à un petit verre à liqueur de pus jaune bien lié. Le lendemain on peut remarquer que dans le fond de la plaie se

trouve un étroit orifice fistuleux traversant les fibres musculaires du muscle orbiculaire des paupières par où le pus s'est frayé un passage pour gagner la couche celluleuse sous-cutanée.

Suites normales, la suppuration diminue les jours suivants, ainsi que la température, guérison complète le 20 mars.

L'origine dentaire de ce phlegmon de la paupière nous a paru intéressant à signaler. L'infection des canaux radiculaires de la deuxième grosse molaire supérieure droite a été le point de départ d'une mono-arthrite apicale avec ostéo-

phlegmon secondaire gingivo-jugal. L'avulsion de la dent malade a amené l'ouverture et le drainage de la collection suppurée dans la cavité buccale. L'arrêt brusque du drainage alvéolaire a déterminé par contre des phénomènes de rétention qui se sont caractérisés par une reprise immédiate de la

douleur et par l'infiltration ligneuse de la joue traduisant superficiellement l'extension de l'infection sous périostée profonde. Le pus gagnant de proche en proche a inoculé ensuite la couche celluleuse située sous le muscle orbiculaire déterminant un début de suppuration qui s'est ensuite fistulisée à travers le muscle lui-même dans la couche celluleuse sous-cutanée, entraînant la production de l'abcès palpébral que nous avons dû inciser et drainer.

Avant de terminer nous tenons à faire remarquer l'acuité des phénomènes généraux (température à 40°, amaigrissement, albuminurie, etc.) qui ont accompagné les troubles dentaires. Ces accidents ont heureusement regressé et guéri dès que la suppuration a eu complètement disparu.

REVUE ANALYTIQUE

Extraordinaire accident au cours d'une opération dentaire

Nous extrayons cette information du Petit Parisien *du 10 octobre 1925 :*

Une enquête *post mortem* menée à Londres le 9 octobre par le coroner de West Ham (faubourg londonien) a révélé sur la mort d'un jeune homme de curieux détails.

Il y a quelques jours, un jeune homme du quartier, Henry Sins âgé de seize ans, était victime d'un accident de bicyclette. A l'hôpital où il fut transporté, une opération dentaire fut décidée immédiatement. Un anesthésique ayant été reconnu nécessaire, le dentiste de service fit usage d'un mélange d'éther et d'oxygène. Puis, pour dessécher la dent, il fit des insufflations d'air chaud. Il en était arrivé à la troisième, lorsqu'une explosion se produisit au fond de la gorge. Une violente hémorragie s'ensuivit que tous les soins prodigués ne parvinrent pas à arrêter et le jeune homme mourut au bout de dix minutes.

Au cours de sa déposition devant le coroner, le chirurgien-dentiste déclara qu'il n'y avait pas de flamme nue dans la pièce au moment de l'opération, et que l'explosion ne pouvait être attribuée qu'à un mélange détonant provoqué par les insufflations d'air chaud. Le témoin, qui est un des dentistes les plus connus de la capitale, a ajouté qu'un tel accident était sans précédent, à sa connaissance, dans les annales dentaires. Il a révélé, en particulier, que, pendant la guerre, il n'avait pas fait moins de mille six cents opérations similaires et qu'aucune n'avait été suivie de la moindre complication.

LEPOUTRE. – *Les Synalgies dentaires*

D'après de Fromentel fils, qui, le premier, s'est attaché à expliquer ces phénomènes que d'aucuns avant lui dénommaient « sympathies nerveuses aberrantes, synesthésies, synesthésalgies, etc. », il faut entendre par Synalgies « des actes par lesquels nous percevons presque simultanément deux sensations douloureuses, dont l'une, naissant à la suite et à l'occasion de l'autre, se fait sentir dans un endroit sain du corps et plus ou moins éloigné de celui d'où vient la douleur primitive.

Le docteur Lepoutre nous donne un court aperçu d'une catégorie, sans doute la plus intéressante, de ces sensations et s'efforce d'en interpréter la production.

Les irritations gingivo-dentaires peuvent présenter des répercussions nerveuses générales, des répercussions nerveuses régionales et des répercussions nerveuses limitées à un point ou à une zone très restreinte. Ces trois modes de manifestations relèvent évidemment d'un même processus pathologique ; seules les répercussions douloureuses strictement locales font l'objet de la présente étude.

L'A. adopte la même division que le Dr Rousseau-Decelle, dans son mémoire paru dans *La Revue de Stomatologie de Paris*, septembre 1922. Les faisant suivre d'observations, les unes plus adéquates que les autres, il parle successivement :

1° *Des synalgies dento-dentaires.* — Généralement, le malade se présente en accusant une localisation très nette de la douleur à telle ou telle dent du maxillaire inférieur ou supérieur, et, à l'examen, la dent incriminée ne présente aucune lésion, tandis que l'on découvre soit de l'arthrite, soit de la pulpite, soit toute autre lésion de la dent homologue située sur l'autre maxillaire ou inversement. Très fréquentes, ces synalgies peuvent se subdiviser, suivant leur modalité de propagation, en : *a*) synalgies ascendantes, dans lesquelles la dent, dont la lésion est cause de la douleur, dent algogène, siège au maxillaire inférieur, tandis que la dent au niveau de laquelle le patient localise la douleur, dent synalgique, siège au maxillaire supérieur.

b) Synalgies descendantes, dans lesquelles on note le phénomène inverse ; dans ces deux cas la dent algogène et la dent synalgique sont habituellement homologues.

c) Synalgies horizontales dans lesquelles les deux dents sont situées sur le même maxillaire inférieur ou supérieur. Dans la grande majorité des cas, ces dents algogènes et synalgiques sont situées du même côté ; on peut cependant rencontrer des synalgies croisées.

2° *Des synalgies dento-cutanées.* — Moins fréquentes et plus variables dans leur localisation, elles présentent ceci de particulier qu'elles apparaissent avec la cause et disparaissent avec elle ; si elles se prolongent, elles peuvent s'accompagner de phénomènes objectifs plus ou moins accentués tels que de la dépilation diffuse localisée et de la pelade.

3° *Des synalgies dento-muqueuses.* — a) Synalgies dento-narinaires assez fréquentes ; b) synalgies dento-laryngies, rares ; c) douleurs préauriculaires et auriculaires que l'on rencontre fréquemment dans les irritations de la mâchoire inférieure (lésions pulpaires des molaires) ; d) synalgies oculaires, photophobie par irritation gingivo-dentaire. Des affections oculaires peuvent aussi donner des douleurs dentaires réflexes. Tel le glaucerne qui provoque toujours de la névralgie dentaire.

4° *Des synalgies rétrogrades.* — Ce sont celles dans lesquelles l'irritation du point synalgique détermine une douleur au point algogène ; synalgie dento-dentaire ; douleur provoquée dans la dent algogène par l'irritation d'une aire peladique consécutive à l'action prolongée de la dent elle-même.

S'il est aisé de détailler les différents symptômes et de classer d'après eux les synalgies dentaires, autre chose est de s'expliquer leur mécanisme.

Les hypothèses, puisqu'on ne peut encore parler de preuves péremptoires, montrent bien, sinon la complexité du problème, du moins l'incertitude de la pathogénie. Si l'hypothèse de l'assimilation des phénomènes synalgiques aux faits d'hystéro-traumatisme ne trouve plus guère de partisans, nombreux sont ceux qui les attribuent à des

altérations névritiques ascendantes envahissant en partie le réseau d'anastomoses périphériques ; d'aucuns vont jusqu'à mettre ce phénomène sur le compte d'une désorganisation des tissus sous l'influence des microbes, d'une infection qui, partie d'une dent malade, gagnerait la dent synalgique. Les études récentes du système nerveux sympathique ont naturellement donné lieu à une nouvelle interprétation : pourquoi ne pas rapprocher les phénomènes synalgiques des algies sympathiques ? L'irritation des filets sympathiques au niveau de la lésion provoquerait un état d'excitation spéciale des centres correspondants dont l'état de souffrance peut diffuser vers les centres sympathiques voisins, symétriques ou homologues, étendant ainsi progressivement le territoire des manifestations douloureuses.

L'A. se rallie plutôt à l'idée que l'irridiation douloureuse passe par le cerveau ; la synalgie serait donc une sensation associée : sensation douloureuse enregistrée sans provocation extérieure, par transmission de l'ébranlement d'un foyer central à un autre, grâce aux connexions normales qui existent entre les deux noyaux de substance grise. Cette théorie de l'ébranlement central arrive à expliquer pourquoi il n'y a qu'une ou quelques cellules qui réagissent secondairement ; c'est parce que ces cellules se trouveraient dans un état d'infériorité physiologique par rapport à d'autres et présenteraient ainsi un état d'impressionnabilité anormale. Et, en effet, si l'on admet que toute irritation d'un tissu ou d'un organe détermine dans la cellule correspondante cet état d'infériorité physiologique, la clinique fournit un argument d'une certaine valeur à cette théorie, car, dans la majorité des cas de synalgies dento-dentaires, par exemple, la douleur synalgique s'éveille au niveau d'une dent antérieurement malade.

Quant à l'essence même des synalgies, la question sera résolue quand nous n'en serons plus réduits aux hypothèses, mais que l'on aura pu découvrir en quoi consiste l'action nerveuse.

(*Thèse de Lille*, 1924. Edité chez Leblanc et Durant, Lille).

M. Béal. — ***Quelques considérations sur le traitement de la pyorrhée.***

M. Béal (de Lille) considère la pyorrhée comme une affection microbienne, spécifique, causée par une variété spéciale de spirille. Il en résulte que le traitement doit être avant tout anti-spirillaire. Deux méthodes sont à envisager :

1° La *vaccination*, telle qu'elle a été employée jusqu'à présent, ne peut pas avoir d'action spécifique, puisque l'agent n'a pas été trouvé. Les vaccins employés n'agissent qu'indirectement en activant la défense leucocytaire et, par suite, n'ont qu'une action passagère.

2° La *chimiothérapie* est actuellement la méthode de choix, sous forme de salvarsanothérapie, M. Béal déconseille les injections ou applications locales et repousse les injections intraveineuses. Il préconise l'emploi du *stovarsol*, produit arsenical décrit par Ehrlich, et qu'il a étudié à l'Institut Pasteur avec M. Levaditi. C'est un sel stable, que l'on prend par la bouche, pendant plusieurs jours, à doses croissantes, en partant de 0 gr. 25 ; un repos d'une dizaine de jours est nécessaire

entre deux séries. On peut également l'employer en applications locales, mélangé à 1 pour 10 avec de la glycérine.

L'action est assez rapide ; il se produit une diminution durable, et quelquefois une disparition totale des spirilles dans les poches pyorrhéiques. M. Béal cite quelques cas de guérison pouvant être considérée comme complète, et il appelle l'attention du Congrès sur ce mode simple et efficace de traitement.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

Lébédinsky. — *La pyophagie*

M. Lébédinsky n'étudie que la pyophagie d'origine haute. Il rappelle qu'elle peut être d'origine nasale, laryngée, trachéale, etc., péribuccale, et que la cause la plus importante de pyophagie chronique est la pyorrhée alvéolaire. Après quelques considérations sur l'étiologie et les symptômes de cette affection, il envisage les complications de la pyorrhée.

a) Lésions digestives, gastrite septique, entérites ;

b) Absorption intestinale et infection par voie sanguine des agents infectieux avec lésions hépatiques, rénales, vasculaires, etc., et, enfin, infections générales ;

c) Absorption toxinique et intoxication chronique sous des formes diverses : neurasthénie, cholémie, etc.

Il faut donc traiter la pyorrhée. Parmi les divers traitements, M. Lébébinsky a fait choix de la thérapeutique vaccinale, sous la forme de vaccin de Goldenberg ; il en déclare les résultats excellents. Tous les cas légers ont été guéris de façon complète ; les cas moyens guéris dans la presque totalité (25 sur 28) ; dans les cas graves, l'auteur a obtenu une amélioration des complications de la pyorrhée.

Il faut espérer que de nouvelles observations très complètes viendront confirmer ces résultats et en assurer la valeur.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924 ; *Revue de Stomatologie*, mars 1925).

Frey. — *Rachitisme ; maxillaires et dents*

M. Frey, dans un historique rapide, constate que, dès le XVIII^e^ siècle et durant tout le XIX^e^ siècle, la pathologie digestive et la syphilis ont retenu, à l'exclusion l'une de l'autre, l'attention des médecins au point de vue de l'étiologie. Marfan a installé le syndrome qu'il dénomme *ostéo-lymphatisme* sur des bases étiologiques, cliniques, anatomopathologiques telles que les récents travaux français et étrangers, tout en montrant le déséquilibre du système régulateur du métabolisme minéral, ont apporté des additions plutôt que des modifications essentielles à la théorie infectieuse et toxique de Marfan.

A. *Les maxillaires.* — Le *rachitisme du maxillaire supérieur* est caractérisé quelquefois par le développement insuffisant de l'os incisif (rachitisme congénital et de toute première enfance), mais le plus souvent par la déformation ogivale de la voûte, avec ou sans atrophie. C'est l'action de la sangle musculaire périmaxillaire qui déforme l'os

malléabilisé par l'ostéolymphatisme chez l'enfant à respiration nasale déficiente. La déformation contraire, ou étalement rachitique, peut aussi se produire, mais est rare.

Le *maxillaire inférieur*, moins fréquemment touché, l'est surtout dans la région de l'angle ; on y constate, suivant les prédominences musculaires, tantôt de l' « obtusisme » (Frey), tantôt de l'élargissement. Le prognathisme, l'aplatissement antérieur, le relèvement en avant du bord inférieur, bien que fréquemment décrits comme déformations rachitiques, sont pour M. Frey des erreurs d'interprétation.

Il existe un grand, un moyen et un petit rachitisme maxillaire, mais sans rapports avec les formes homonymes du rachitisme général.

B. *Les dents.* — La dent en voie de formation et communiquant largement avec le milieu intérieur peut être atteinte par toutes les toxi-infections qui troublent ce milieu, alors qu'une fois calcifiée elle devient indifférente à ces mêmes toxi-infections (Wells, Zilva, M^me^ Mellanby). Il n'est donc pas surprenant que, pendant les périodes embryonnaire et infantile, la dent ne soit pas plus épargnée que les maxillaires par l'ostéolymphatisme.

Indépendamment des malpositions et malocclusions (conséquence du rachitisme des maxillaires), la dent peut être touchée :

a) Dans son *évolution* : éruption retardée, irrégulière, quelquefois accélérée ;

b) Dans sa *genèse* : agénésie de certaines dents par atrophie totale du germe ;

c) Dans sa *morphologie générale* et sa *structure profonde* : microdontisme, nanisme, rarement gigantisme, prédisposition à la carie par déficience calcaire.

Quant aux hypoplasies partielles, dites *érosions* dentaires, il ne semble pas, si l'on se reporte à la théorie de Capdepont, que le rachitisme puisse produire directement l'érosion. Comme celle-ci est fréquente chez les enfants rachitiques ayant eu des convulsions, le rachitisme serait indirectement producteur de ces hypoplasies par prédisposition à la diasthèse spasmogène ou tétanie, hypocalcémique et toxique.

En conclusion, il faut, en présence d'une manifestation rachitique sur les maxillaires et les dents :

1° Rechercher les causes du rachitisme et les traiter s'il en est temps encore ;

2° Favoriser la nutrition générale par l'hygiène, le bon fonctionnement gastro-entéro-hépatique, la lumière ultra-violette, les préparations phospho-calciques, l'huile de foie de morue riche en vitamine antirachitique et par l'adrénaline.

3° Remédier aux lésions installées, en rétablissant la respiration nasale, en traitant aussitôt que possible les malocclusions par les méthodes orthodontiques et en surveillant minutieusement les dents.

Si donc le spécialiste doit avoir des connaissances médicales, le médecin général, de son côté, ne doit rien ignorer des manifestations maxillaires et dentaires du rachitisme.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

L'Hirondel. — ***Quatre nouveaux cas d'actinomycose faciale ; considérations sur l'actinomycose dentaire***

M. C. L'Hirondel apporte quatre observations intéressantes, formes atténuées et frustes d'actinomycose, l'une à forme temporo maxillaire, les trois autres à forme gingivo-jugale. Dans les quatre, le noyau actinomycosique faciale était relié à une dent cariée par une bride fibreuse. Cliniquement, un des cas simulait une ostéo-périostite chronique fistulisée causée par une dent de sagesse ; dans les trois autres, les lésions pouvaient faire croire à une adénite génienne suppurée et fistulisée.

Au point de vue pathogénique, l'auteur, ayant trouvé des filaments mycéliens dans les canaux radiculaires d'une dent cariée chez un de ses malades, est amené à discuter l'origine végétale ou bucco-dentaire. Les faits qui militent en faveur de l'origine végétale ne sont pas absolument probants, car sur les végétaux on ne rencontre que des organismes mycéliens aérobies. Chez l'homme, au contraire, on trouve presque toujours une actinomycose anaérobie, se développant uniquement à une température voisine de celle du corps humain, cessant de vivre à l'air, ne pouvant supporter la siccité, et ne formant pas de spores. Cela est incompatible avec une existence végétale. Il semble que les débris de fourrage, trouvés du reste en petit nombre dans la bouche, agissent surtout en ouvrant une brèche aux actinomyces saprophytes de la bouche, car ceux-ci semblent exister normalement chez des individus sains. Il semble vraisemblable que l'on puisse conclure que l'origine bucco-dentaire de l'actinomycose est aussi vraisemblable que l'origine végétale.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

Crocquefer. — ***Evolution pathogénique des kystes paradentaires***

M. Crocquefer rappelle d'abord les principales théories de Malassez (1884), Redier (1907), Delater et Bercher (1923). C'est le principe de cette dernière théorie que l'auteur adopte pour expliquer l'évolution des kystes paradentaires, qu'on peut schématiser de la façon suivante. Une dent, atteinte de gangrène pulpaire totale, provoque une infection péri-apicale qui peut donner un granulome bourré de leucocytes. Ce granulome se vacuolise par dégénérescence cholestérinique et donne un granulome kystique à revêtement épithélial plus ou moins complet. Il se produit alors un pseudo-kyste ou un kyste paradentaire, suivant qu'il y a ou non communication de la poche avec le canal de la dent causale. L'accroissement du kyste se fait par dégénérescence cholestérinique des points irrités ou infectés de sa paroi. Si toute la poche se trouve infectée en même temps, l'épithélium disparaît, ainsi qu'on le constate dans quelques gros kystes.

En somme, le kyste paradentaire est un kyste ou pseudo-kyste d'origine infectieuse. Quant aux kystes dentifères et dentigènes, leur étude n'a pu être faite en raison de la rareté des cas.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

LACRONIQUE. — ***Traitement chirurgical des foyers péri-apicaux avec contrôle radiographique***

M. Lacronique considère que ce traitement chirurgical consiste avant tout dans le curettage du foyer infectieux : granulome simple, ostéite plus ou moins étendue, ou kyste, toutes lésions qui entourent l'apex de la dent. La résection apicale ne doit être qu'un temps ou un complément de l'opération et non pas le temps principal.

La clinique, aidée de la radiographie, permet de poser les indications opératoires : perte de substance alvéolaire étendue avec aérole radiographique diffuse ; aréole kystique ; aréoles latéro-radiculaires par canal aberrant d'Aguilhon de Sarran ou perforation, certaines incurvations trop grandes ou ténuité trop grande d'un canal ; instrument cassé dans un canal ; prothèse fixe avec pivot dans le canal ; voisinage du foyer péri-apical avec le sinus.

Toutes les dents, sauf les dernières molaires, sont justiciables de ce traitement, en pratique les mono-radiculaires et les bicuspides.

Ce traitement étant un acte chirurgical, doit l'être dans tous ses temps, c'est-à-dire fait à ciel ouvert et sous contrôle de la vue. L'opération comprend deux temps :

a) Un *temps alvéolaire* : incision large avec écartement des lambeaux de façon à voir complètement le champ opératoire et la cavité à curetter ; le curettage est souvent facilité par la résection apicale.

b) *Le temps radiculaire* consiste dans l'obturation du canal, qui ne doit pas être fait ni avant, ni après le curettage, mais au cours de l'opération, sous le contrôle de la vue, dans un champ opératoire large et bien accessible.

M. Lacronique présente 14 observations, chacune avec une série de radiographies montrant les lésions traitées avant et après l'intervention, et après reconstitution osseuse.

(*Congrès français de Stomatologie*, 20 octobre 1924).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Assemblée générale du mardi 7 juillet 1925

PRÉSIDENCE DE M. H. VILLAIN

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — VOLUMINEUX KYSTES DENTIFÈRES AVEC DESTRUCTION TRÈS ÉTENDUE DE LA MACHOIRE, par le Dr ROY.

Le Dr M. Roy donne lecture de la communication (v. p. 733).

M. le président. — En votre nom à tous je remercie ces deux malades qui ont bien voulu venir ce soir présenter leur cas intéressant.

DISCUSSION

M. Bonnet-Roy. — La communication de M. Roy est extrêmement intéressante ; elle est d'un très grand enseignement à plusieurs points de vue. En ce qui concerne la première des trois observations, celle qui se rapporte à un malade qui n'a pas été présenté, une chose me paraît digne de remarque, c'est le développement considérable de ce kyste dentifère, qui paraissait avoir complètement délogé le sinus. M. Roy nous a dit qu'il n'y avait plus trace de sinus, celui-ci était réduit à une cavité virtuelle sous-orbitaire. C'est, en effet, la règle de l'évolution anatomique de ces formations à la mâchoire supérieure.

Au point de vue de la technique opératoire, je serais heureux de savoir si, soit au cours de l'intervention, soit après, M. Roy a constaté une sécrétion quelconque, de sang ou de mucosités, par le nez, indiquant que la fosse nasale a pu être le siège d'une effraction. Car, quand on opère ces kystes énormes, il est bien difficile de ne pas établir une communication avec le méat moyen ; cela n'a d'ailleurs pas d'importance au point de vue opératoire.

En ce qui concerne les deux autres observations, extrêmement intéressantes, elles sont, pour moi personnellement, d'un grand enseignement parce que je n'aurais jamais cru possible de conserver, isolé en quelque sorte, un tel fragment de rebord alvéolaire, porteur de dents, avec espoir de la survie de ces dents. Or, on ne peut pas douter quand on a vu le malade qui est encore ici, que le pronostic chirurgical de la petite malade sera conforme au premier.

Ceci mérite la plus grande publicité, car quand on aborde une

telle lésion en se plaçant au point de vue chirurgical plutôt qu'au point de vue dentaire, on est tenté de faire sauter tout le rebord alvéolaire.

Pour ma part, je n'aurais jamais cru possible, au point de vue chirurgical, de conserver un rebord alvéolaire aussi étendu, en surplomb, portant des dents en aussi grand nombre.

Quant à la reconstitution du champ opératoire, il est certain qu'on trouve dans la cavité buccale des ressources infinies ; ces malades en sont un exemple. Ce qui s'est produit dans ces deux cas-là pour des kystes dentifères se produit également pour des tumeurs malignes des sarcomes en particulier, qui exigent un délabrement osseux étendu. Il se forme, à la suite, une néo-muqueuse qui tapisse la brèche opératoire et la comble en partie.

Bref, je considère, ces observations comme fort intéressantes ; elles témoignent d'une prudence et d'une clairvoyance opératoires singulières, et bien que mon avis n'ait pas grande autorité, je me permets de donner toute mon approbation et tous mes compliments à M. Roy.

M. Roy. — Je répondrai à M. Bonnet-Roy au sujet de la sécrétion du côté du sinus. Chez ce malade-là, rien n'a attiré mon attention de ce côté. La cavité a été ouverte très largement ; je n'ai pas vu trace du sinus. Il est certain qu'il y avait une partie qui tournait derrière la tubérosité, dans laquelle il m'était plus difficile de voir, mais il n'y a pas eu d'écoulement de sang du côté du sinus maxillaire.

Dans ces opérations de kystes de la mâchoire supérieure, il est très difficile de porter un pronostic. Dans certains cas, comme celui dont je viens de vous signaler l'observation, le sinus est refoulé, réduit comme vous le disait tout à l'heure Bonnet-Roy à une cavité virtuelle, la paroi externe du sinus maxillaire est refoulée. Dans d'autres cas, le sinus se trouve relativement peu atteint, et alors que dans un kyste aussi considérable le sinus n'est pas ouvert, on opère un kyste gros comme une noix et on tombe dans le sinus. J'ai vu un cas, gros comme la moitié d'un œuf de poule ; il y a eu une rondelle grosse comme une pièce de deux francs qui a ouvert le sinus. Il faut tâcher de ne pas ouvrir le sinus, mais on ne peut pas toujours le faire. M. Bonnet-Roy a pu le constater : il y en a qui se ferment, d'autres ne se ferment pas ; il est impossible de faire un pronostic ; mais en général, c'est une complication qui n'a pas beaucoup de conséquences.

J'ai vu des cas assez curieux dans lesquels il n'y avait pas de communication lors de l'intervention, et secondairement, quelquefois plusieurs semaines après, une petite perforation se produit et met en communication avec le sinus maxillaire.

Je suis très heureux que ce cas ait intéressé M. Bonnet-Roy, notamment au point de vue de la conservation des dents ; mais j'appelle son attention et la vôtre sur un point capital : c'est le respect de la fibro-muqueuse. Lorsque vous faites une intervention chirurgicale quelconque sur la mâchoire, aussi bien la supérieure que l'inférieure, respectez la fibro-muqueuse comme la prunelle de vos yeux. Si vous touchez cette fibro-muqueuse, la plaie ne se réunira pas, l'os se nécrosera ; si vous ne la touchez pas rien ne se produira. Tenez-vous toujours à une assez longue distance d'au moins 2, plutôt 3 millimètres de cette fibro-muqueuse; ainsi vous n'aurez rien à craindre, celà se réunira suivant la réaction particulière des malades ; quand la fibro-muqueuse est touchée, craignez que cela ne se produise jamais.

Je vous signale ce fait (je sors un peu du sujet) lorsque dans un curettage apical vous avez un trajet fistuleux qui peut se trouver plus ou moins rapproché de cette fibro-muqueuse, ne vous occupez pas de ce trajet fistuleux et ne croyez pas qu'il n'y a pas d'inconvénient à faire une incision à ce niveau ; ce serait une faute qui vous exposerait aux inconvénients que je viens de vous signaler.

J'ai déjà eu l'occasion d'appeler l'attention de la Société lorsqu'il y a bien longtemps, j'ai présenté un malade qui avait une grosse nécrose de la mâchoire inférieure ; une collection mentonnière plus exactement, à la suite d'un abcès provenant d'une prémolaire, il y avait eu un décollement énorme, c'était la première fois que j'avais vu une chose pareille : tout le maxillaire inférieur était complètement à nu depuis le bord inférieur de l'os jusqu'à la fibro-muqueuse ; il y a de cela pas loin de 20 ans. La première fois que j'ai vu cela, j'ai dit : cet homme-là va nous faire une nécrose formidable. Erreur : tout cela s'est réparé et n'a produit qu'un sequestre comme une lentille ; sa fibro-muqueuse était intacte, elle a guéri admirablement.

Pendant la guerre, il y avait un certain zouave ici qui avait la mâchoire en marmelade ; il y avait une espèce de grande esquille sur une partie latérale absolument mobile. Georges Villain disait : on va l'enlever ; je répondais : non, je conserve la fibro-muqueuse qui est adhérente à ce lambeau, cela peut reprendre. De fait, c'était près du bord gingival ; ça s'est reconsolidé et ce malade-là a refait une mâchoire absolument complète sans solution de continuité.

Ceci pour vous montrer l'importance de cette fibro-muqueuse dans la nutrition des maxillaires et particulièrement dans le maxillaire inférieur.

M. le président. — Un mot, pour rappeler à M. Roy que, pendant la guerre, très souvent les chirurgiens opéraient en grand, à droite, à gauche et en laissaient le moins possible.

Je tiens donc à le remercier, ainsi que MM. Cadic et Vais, qui qui nous ont donné des indications très précises.

II. — LES DENTS TEMPORAIRES ET L'ARCADE DENTAIRE PERMANENTE, par M. Georges VILLAIN.

M. G. Villain donne lecture de cette communication (sera publiée dans un prochain numéro).

DISCUSSION

M. Roy. — Le modèle qui passe en ce moment entre vos mains est absolument extraordinaire. J'avoue sans ambages que s'il n'y avait pas ce cas-là, on pourrait peut-être discuter, mais cela est tellement extraordinaire de penser qu'une dent a pu être soignée et se trouve à un niveau comme celui-là, que ça lève tous les arguments qu'on pourrait opposer. Je suis vraiment tout à fait surpris. Personne, en voyant cette mâchoire-là, ne pourrait imaginer qu'il y a une molaire là-dessous. Ce sont des cas exceptionnels ; mais du moment qu'ils existent, il y a une raison ; ils peuvent ne pas être isolés ; c'est peut-être là le cas extrême de formes intermédiaires plus courantes. Je signale cependant ce fait que j'ai parlé déjà plusieurs fois à la Société d'un malade de ma clientèle qui a une absence de dents permanentes : 14 dents permanentes de moins. La radio montre qu'il n'y a aucun germe de dents ; Devauchelle a fait cette radio il y a bien longtemps ; il s'agit d'un garçon qui a 1 m. 80, qui est un gaillard bien au-dessus de la moyenne. Ce garçon qui a conservé un assez grand nombre de ses dents de lait et dont les dents se trouvent écartées a des molaires temporaires en ingression très forte ; je parle de celà de mémoire. Il va falloir que j'étudie un problème de prothèse pour lui ; je lui prendrai les empreintes. Ses molaires temporaires sont en forte ingression ; elles sont enfouies dans les gencives ; ce sera une occasion de plus pour discuter ce problème que vous venez de soulever ce soir et qui est certainement des plus intéressants.

M. G. Villain. — Je ne voudrais pas qu'on suppose que je veuille dire que l'ingression des molaires temporaires est toujours due à des causes mécaniques. Il semble que l'égression des molaires temporaires soit souvent ralentie, pas toujours. Il y a un cas qui le montre très bien sur un des côtés de l'arcade. Mais je considère que généralement l'égression molaire temporaire est moins rapide que l'évolution des dents permanentes ; il peut très bien y avoir des raisons osseuses qui stabilisent une dent dans sa position ; mais tout de même les cas d'ingression comme ceux que nous

rencontrons ici indiquent bien des causes mécaniques en dehors de toutes autres causes. Cette différence chronologique qu'il y a entre l'ingression des dents temporaires et des dents permanentes peut être normale, mais il y a dans les cas anormaux des causes mécaniques.

M. Roy. — Est-ce que vous avez recherché chez ces malades-là les dates d'éruption des dents ; si ces malades ont poussé leur dent de 6 ans de bonne heure ou tard. Cela pourrait présenter un certain intérêt. Nous avons dans l'évolution des dents de 6 ans des différences assez sensibles ; il y en a qui viennent à 6 ans, d'autres à 7. Il serait intéressant de voir si cette cause-là a une influence sur l'ingression des molaires temporaires.

M. G. Villain. — Dans tous les cas que je vous ai présentés, la chronologie d'évolution des dents est normale, sous réserve du cas de Mlle B, car je ne connais pas l'histoire de l'évolution de ses dents.

M. le président. — Je remercie M. Georges Villain de sa communication. La séance scientifique est maintenant terminée et je vais ouvrir l'Assemblée générale.

III. — Rapport du secrétaire général, par le Dr Solas.

M. Solas donne lecture de son rapport de secrétaire général ; il se félicite d'assister au développement et à l'activité de la Société.

M. Roy. — Je tiens à féliciter le secrétaire général de la tâche et de l'initiative qu'il a prise en nous amenant une série de conférenciers qui ont donné un intérêt considérable aux séances de la Société d'Odontologie, et qui ont augmenté les rapports des dentistes avec les médecins s'occupant de questions tout à fait différentes. Vraiment, nous devons remercier M. Solas de la façon si brillante et si dévouée avec laquelle il a accompli ses fonctions.

M. le président. — Nous sommes unanimes à remercier M. Solas, qui s'est beaucoup dépensé pour nous amener des conférenciers ; nous devons aussi remercier M. Bonnet-Roy à qui nous devons la venue ici de certains auteurs de communications intéressantes.

Assister tous les mois à nos séances pour écouter des travaux, c'est une chose aisée ; ce qui l'est moins, c'est de trouver des auteurs. M. Solas à cet égard s'est donné beaucoup de peine. Il a réussi à nous assurer une année tout à fait belle, et voilà trois ans qu'il fait cela. Habituellement, un secrétaire général de la Société d'Odontologie garde son poste trois années, mais ne veut plus le conserver. Or, M. Solas, sur nos instances, tout à l'heure, a accepté de rester en fonctions, du moins pour l'année prochaine (je compte

bien pour ma part sur un nouveau bail de trois ans) C'est tout à son honneur ; nous ne pouvons que lui en être reconnaissants.

Il a singulièrement facilité ma tâche de président, je lui dis donc : merci, et je suis certain d'être votre interprète à tous en le félicitant (Applaudissements).

Le Bureau sortant a un autre devoir : celui de vous présenter le prochain Bureau. Nous avons examiné les candidatures et nous nous permettons de vous proposer, comme président, notre confrère M. V. E. Miégeville, vice-président depuis plusieurs années, mais que la maladie nous a privés du plaisir de le voir ; ce soir il est parmi nous ; ce sera un honneur pour notre Société de l'avoir à sa tête.

Comme premier vice-président, M. Brodhurst ; comme second vice-président, le Dr Desforges ;

Enfin comme secrétaire général, M. Solas et comme Secrétaire-adjoint, susceptible de le remplacer, nous ne pouvons mieux faire qu'en prenant M. Cadic ; j'espère qu'il acceptera et je l'en remercie à l'avance.

IV. — Election du Bureau.

A mains levées : sont nommés *président* : M. V. E. Miégeville ;
Vice-Presidents : MM. Brodhurst et Desforges ;
Secrétaire général : M. Solas ;
Secrétaire-adjoint : M. Cadic.

M. le président. — Avant de clôturer la séance, je vous rappelle le Congrès de Grenoble, dont vous allez recevoir le programme prochainement. En plus des réunions scientifiques il y aura de nombreuses excursions. Inutile de vous dire ce qu'est le Dauphiné: c'est une des régions les plus pittoresques de France que ceux qui ne l'ont pas vue y viennent ; que ceux qui y ont été y retournent. Je vous donne donc rendez-vous le 27 juillet à Grenoble.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le secrétaire général,
Dr Solas.

***

Séance du mardi 3 novembre 1925

La séance est ouverte à 9 heures du soir sous la présidence de *M. V. E. Miégeville.*

Le Président prononce une allocution.

La parole est ensuite donnée au *Dr Bonnet-Roy* pour la présentation d'un malade atteint de cancer de la cavité buccale à localisations multiples. Les lésions ont été traitées par la curiethérapie (2 séries de 6 aiguilles). Malgré les difficultés de traitement (les aiguilles ont dû

être retirées au bout de 3 jours, alors qu'on comptait les laisser 7 jours) les lésions sont actuellement absolument cicatrisées. Les lésions ont été examinées histologiquement et le diagnostic d'épithélioma avait été confirmé par le laboratoire.

M. Ninck (de Nice) présente ensuite un appareil de son invention des métaux, la presse-pompe, destinée à la coulée.

La presse-pompe est un appareil d'une grande simplicité, constitué par une simple pompe refoulante qui s'applique automatiquement et hermétiquement sur le bord supérieur des cylindres de différentes grosseurs contenant les moules à cire perdue.

L'air contenu dans la pompe se comprime sous l'action d'un levier et la pression, agissant sur le métal en fusion, chasse ce dernier dans le moule ; cette pression, qui est progressive, est strictement limitée par un dispositif spécial, suivant l'importance de la pièce à couler. En outre le chalumeau à sens et hauteur réglables est composé de telle manière que le robinet serve d'articulation et se ferme automatiquement.

L'opération est absolument instantanée. Il n'y a aucun refroidissement à craindre, aucun danger de manipulation, aucune déformation à redouter, aucune chance d'insuccès. Le métal est d'une homogénéité parfaite, il ne présente ni bavures ni piqûres grâce à l'utilisation d'une pression progressive, continue, élastique et réglable de l'air comprimé, sa manœvre est extrêmement simple et entièrement automatique.

En outre l'appareil est transportable, autonome et indépendant de toute source étrangère d'air comprimé.

M. G. Villain adresse ensuite un chaleureux appel aux membres de la Société en les invitant à participer au Congrès dentaire international de Philadelphie en 1926.

La séance est levée à 11 heures.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

Séance du 20 juillet 1925

Deux cas d'hémorragies tenaces après avulsions dentaires, traitement et étiologie. Docteur Ginestet Félix.

A propos de ce cas d'hémorragie ayant succédé à des avulsions dentaires, l'auteur signale l'importance de la recherche des antécédents d'un malade a qui l'on doit pratiquer une extraction, et la nécessité, s'il y a des raisons de craindre une hémorragie, d'appliquer un traitement préventif par le chlorure de calcium et le sérum. Dans le traitement curatif, l'auteur déconseille, sauf pour les cas graves, l'application d'un leucostatique local comme l'eau de Rabel et le perchlorure de fer, il préfère la compression locale à l'aide d'une gaze imbibée d'une substance leucostatique ne provoquant pas d'eschare. Il conseille de compléter ce traitement local par un traitement général au chlorure de calcium et au sérum, à défaut de sérum, injection de

sang humain. Il insiste sur la nécessité de faire un bon diagnostic etcologique capable d'orienter le traitement général.

Un cas d'épulis épithélio-conjonctive. Docteurs Troude et Pacaud.

Les auteurs présentent une observation d'épulis dans laquelle ils ont vu une prolifération épithéliale intense, concluant à la présence d'un épithélio-granulome latero-dentaire décrit par Delater et Bercher.

Causes profondes de la carie dentaire, hérédité constitution. La carie dentaire et la prédisposition morbide. Docteur Jules Ferrier.

D'après l'auteur, la carie dentaire ne serait qu'un épiphénomène de la malformation des éléments constitutifs de la dent.

Distinguant la carie d'origine constitutionnelle due à l'état d'infériorité physique dont le sujet a hérité de ses parents, de la carie congénitale due aux accidents au cours de l'évolution de l'œuf, il montre que la première révèle une hérédité chargée, trahie par une constitution faible ; la seconde serait d'autant moins grave que les troubles occasionnels sont apparus plus tardivement.

La carie constitutionnelle se différencie de la carie congénitale en ce que la première touche toutes les dents et la seconde, quand elle ne se confond pas avec la première, siège d'autant plus vers le fond de la bouche que le trouble embryogénique se produit plus tard.

Double épithelioma de la lèvre inférieure chez un homme jeune. Traitement chirurgical et médical, guérison maintenue. Docteur Thésée.

Rapportant l'observation d'un double épithélioma de la lèvre inférieure opéré tardivement chez un homme âgé de 39 ans, suivi d'une guérison qui se maintient 3 ans après, l'auteur pense que, dans les épithéliomas de la lèvre, il ne faut recourir au radium que lorsque les ganglions sont intacts et qu'il faut opérer dans le cas contraire. Il ajoute que, dans les deux cas, il est indispensable d'appliquer un traitement général soit par la backerine et le chlorate de soude, soit par l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire.

Dr Raison.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

Session de Genève

I. — Séance solennelle d'ouverture.

La F. D. I. a tenu sa dix-neuvième session à Genève, du 2 au 6 août 1925, conformément au programme que nous avons publié.

La séance solennelle d'ouverture a eu lieu le lundi 3 août, à 10 heures du matin, au Palais Eynard (Jardin des Bastions), sous la présidence d'honneur de M. Musy, président de la Confédération helvétique, et de M. Rochaix, président de la République de Genève, avec la présidence effective de M. Oltramare, conseiller d'Etat, président du département de l'Instruction.

L'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, la Finlande, la Hollande, l'Italie, la Lettonie, le Luxembourg, la Suède et la Suisse, au total seize pays, y étaient représentés.

M. Jaccard, président du Comité national suisse, prononce le premier discours, auquel répond M. Brophy, président de la F. D. I. Puis, à tour de rôle, les délégués apportent les salutations et les vœux de leur pays et de leurs confrères : M. Schæffer-Stuckert (Allemagne), M. Guy (Angleterre), M. Gottlieb (Autriche), M. Baudoux (Belgique), M. Dubeau (Canada), M. Haderup (Danemark), M. Potter (Etats-Unis), M. Landete (Espagne), M. Roy (France), M. Van Hasselt (Hollande), M. Guerini (Italie), M. Schneider (Luxembourg), M. Lenhardtson (Suède).

M. Christiani, doyen de la Faculté de médecine et président de la Commission de l'école dentaire de Genève, puis *M. Dherst*, du Service d'hygiène du Bureau international du Travail, saluent les délégués et *M. Oltramare*, président de la séance, clôt la série des discours.

Il annonce que la Société odontologique suisse a nommé membre d'honneur le président Brophy et remet à ce dernier le diplôme et la médaille du prix Miller, qui lui a été conféré à Luxembourg, en 1924.

II. — Première séance du Conseil exécutif

Le lundi 3 août, à 2 heures et demie, le Conseil exécutif a tenu sa première réunion.

Il est donné lecture de la correspondance, qui comprend, entre autres, une lettre par laquelle M. J.-H. Mummery, vice-président de la F. D. I. et président de la Commission des recherches scientifiques, se démet de toute fonction active en raison de son état de santé.

La démission est acceptée avec des regrets et des remerciements pour les services rendus, puis M. Mummery est nommé président honoraire et remplacé par M. Guy, comme administrateur du fonds Miller.

Pour honorer la mémoire du président Paterson, décédé, en septembre 1924, le *secrétaire général* présente un projet de résolution qui est adopté.

Sur la proposition de *M. H. Villain*, il est décidé que pour rendre hommage aux trois présidents défunts de la F. D. I., Miller, Godon, Paterson, leurs noms seront placés en tête de toutes les brochures de la F. D. I.

M. W. H. Logan, président du Congrès dentaire international de 1926, donne lecture du règlement de ce Congrès (que nous avons publié dans notre numéro d'octobre 1925), qu'il accompagne des explications nécessaires.

III. — Assemblée générale.

Le mardi 4 août, la F. D. I. se réunit en assemblée générale à 11 heures du matin.

M. W. H. Logan expose l'organisation générale du Congrès de 1926, les conditions de voyage, l'itinéraire qui sera suivi (v. p.), 787 etc.

M. Otto King, qui est secrétaire général du Congrès et en même temps de l'*American Dental Association*, complète les indications données par M. Logan.

M. Dubeau invite les membres qui se rendront à Philadelphie à passer par le Canada pour assister au 14e Congrès biennal de l'Association des dentistes canadiens.

M. G. Villain présente à l'assemblée les deux parties du film *Préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires*, de MM. Morineau, Lubetzki et E. Darcissac, employé à l'Ecole dentaire de Paris pour l'enseignement par le cinéma, qu'il accompagne d'explications.

Cette présentation soulève un grand enthousiasme.

L'assemblée se sépare après cette présentation.

IV. — Deuxième séance du Conseil exécutif.

Le mercredi 5 août, le Conseil exécutif a tenu sa deuxième séance, qui s'est ouverte à 3 heures.

Il est décidé que les candidatures pour le prix Miller seront présentées en 1926.

M. Guy donne lecture du rapport de la Commission d'enseignement concluant à ce que :

1° Il soit créé dans chaque pays un conseil d'inspection et de contrôle, chargé d'inspecter les écoles dentaires et de faire des rapports sur le personnel enseignant, les locaux, le matériel, l'enseignement et les méthodes pédagogiques, ce conseil comprenant une majorité de dentistes choisis ou élus par la profession dentaire de ce pays. (Proposition de contrôle pédagogique faite par *M. G. Villain*).

2° La Commission soit chargée d'examiner l'établissement d'un programme minimum d'études dentaires et d'un curriculum idéal conduisant à la qualification nécessaire pour avoir le droit d'exercice légal et de faire un rapport sur cette question. (Proposition de *MM. Turner et Gilmour*).

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

***

M. Ed. Rosenthal donne lecture du rapport de la Commission de législation, qui est adopté.

Il donne lecture ensuite des conclusions prises par cette Commission sur une pétition de la délégation autrichienne, savoir :

A. Seul, un titre académique dentaire doit conférer le droit d'exercer la profession.

B. L'usage du terme *dentiste* ou terme ayant la même signification quant à sa destination ne doit être autorisé qu'aux personnes possédant le diplôme dentaire donnant le droit d'exercer la profession.

C. Une Commission de cinq membres sera nommée pour réunir et fournir aux Comités nationaux, sur leur demande, toute documentation éventuellement utile à la défense des principes formulés ci-dessus dans les résolutions *A* et *B*.

Ces conclusions sont approuvées.

La Commission prévue au paragraphe *C* est immédiatement composée de MM. Lennert, G. Villain, Gottlieb, Gilmour, Ed. Rosenthal, Harrison, Aguilar, Nord, ces trois derniers, membres de droit.

***

M. Nord donne lecture du rapport de la Commission de législation relatif à la revision des statuts.

Il est décidé à ce propos que le trésorier soumettra chaque année un projet de budget.

***

M. Van Hasselt donne lecture de son rapport de trésorier, qui est adopté.

Il est décidé que les noms des membres de la F. D. I. en retard de deux ans pour le paiement de leur cotisation seront donnés au Conseil exécutif pour décision à prendre (radiation) et que ces radiations proposées par le trésorier seront effectives si les intéressés n'ont pas répondu dans les soixante jours à un nouvel avis de sa part.

***

Il est prononcé un certain nombre d'admissions individuelles et collectives de membres de la F. D. I., notamment de l'A. G. S. D. F.

***

M. J. Bruske donne lecture du rapport de la Commission d'hygiène concluant à :

1° La ratification de la nomination de membres de la Commission.

2° L'approbation du règlement de la Commission modifié.

3° L'autorisation pour la Commission de se réunir au cours de l'année.

4° La ratification de la création de trois sous-Commissions (soins dentaires scolaires, soins dentaires publics, Institut international d'hygiène dentaire et de recherches) et de la nomination des trois présidents-rapporteurs de ces sous-Commissions.

5° La création de cet Institut international avec l'appui et les subventions des pays représentés à la F. D. I.

6° La présentation, pour adoption par le Congrès de Philadelphie, des deux résolutions suivantes :

A. Les soins dentaires normaux ne doivent pas se borner à la simple suppression de la douleur, ils doivent avoir pour but la conservation de toutes les dents dont la guérison est possible.

B. Les soins dentaires scolaires organisés systématiquement n'auront de plein succès que dans le cas où les bouches de 90 % de tous les enfants auront été assainies.

7° La publication des comptes rendus des sessions de la Commission pour chaque pays dans une des langues officielles à son choix.

8° La proposition de mise à l'ordre du jour de la Section d'hygiène du Congrès de Philadelphie de plusieurs questions.

9° La délégation auprès de la Ligue internationale des Sociétés de Croix-Rouge de membres des Commissions d'hygiène, Croix-Rouge, Armée et Marine.

Ces conclusions sont approuvées avec le rapport.

Il est décidé que la F. D. I. profitera de sa présence à Genève pour se mettre en rapports avec la Commission d'hygiène de la Société des Nations et que le président de la Commission d'hygiène de la F. D. I. entrera en relations avec cette Société.

Une Commission de trois membres est chargée d'examiner la question d'un insigne pour la F. D. I.

***

M. Joachim donne lecture du rapport de la Commission de documentation.

***

M. Nord donne lecture du rapport de la Commission de la presse concluant à la création d'un bulletin de la F. D. I.

Cette création est décidée à titre d'essai à condition qu'elle n'entraîne pas de dépenses pour la F. D. I.

***

Un Comité des finances, composé du trésorier, du secrétaire général et des présidents des Commissions, est chargé de soumettre au Conseil exécutif les propositions de dépenses des Commissions.

V. — Troisième séance du Conseil exécutif.

Le Conseil exécutif s'est réuni le jeudi 6 août, à 9 heures 30 du matin.

M. Aguilar rend compte de la réunion tenue la veille au soir par les administrateurs du fonds Miller, de l'état des comptes et des décisions prises : il a notamment été décidé que les fonds seront déposés à l'*Union des banques suisses*, à Genève.

Les comptes, le rapport et le dépôt sont approuvés.

M. Aguilar fait connaître la situation du fonds de secours aux Russes, qui accuse une disponibilité de 1498 dollars.

Il est décidé que ce reliquat sera confié aux administrateurs du fonds Miller pour les cas de calamités, en demeurant distinct de ce fonds, sera déposé dans une banque américaine et que les intérêts en seront ajoutés au fonds Miller.

Un vote de remerciements est émis pour M. et M^me^ Aguilar en raison de l'œuvre humanitaire des plus louables qu'ils ont accomplie en Russie.

***

MM. Aguilar et G. Aillain sont délégues au Congrès de la Fédération latino-américaine qui se tiendra à Buenos-Ayres, du 10 au 25 octobre 1925.

***

Un crédit de 20 livres sterling est ouvert à la Commission de documentation et un autre de pareille somme à la Commission d'hygiène.

***

Sur la proposition de *M. G. Villain* les présidents de Commissions seront invités à lui faire parvenir avant le 1er octobre 1925, tous les documents destinés au compte rendu, sans quoi ceux-ci ne pourront y figurer.

Il est décidé que les documents des diverses sessions seront envoyés à la bibliothèque du Palais mondial, à Bruxelles.

***

Une invitation du président de la Fédération dentaire nationale française, M. G. Villain, à tenir à Paris, en 1931, le huitième Congrès dentaire international est renvoyée au prochain Conseil exécutif.

***

La liste des présidents et secrétaires des Commissions est établie.

***

Il est donné lecture d'une lettre de la délégation canadienne, composée de MM. Dubeau, G. Lemieux et Lantier, invitant la F. D. I., à prendre part au Congrès canadien en se rendant à Philadelphie, en 1926.

***

Après un vote de remerciements au Comité national suisse, en particulier à M. Jaccard, au Gouvernement génevois, à la municipalité, à la Société des Nations, au Bureau international du Travail, enfin au président Brophy, la séance est levée et la session close.

Réceptions, visites, banquet, excursion.

A côté du programme de travail que nous venons d'exposer, le Comité national suisse avait aimablement préparé un copieux programme de délassements.

Le dimanche 2 août, veille de l'ouverture de la session, à

20 heures 30, ce Comité recevait, à l'Hôtel des Bergues, les membres de la F. D. I. et leur souhaitait la bienvenue.

Le mardi 4, à 14 heures 30, la F. D. I. était reçue à la Société des Nations, où le Dr Boudreau a fourni tous renseignements utiles sur l'organisation de la Commission d'hygiène de la Société.

De là, la F. D. I. s'est rendue au Bureau international du Travail, où M. Dherst a exposé le fonctionnement du Service d'hygiène de ce Bureau.

Enfin, à 16 heures 30, la F. D. I. était reçue au Musée de l'Ariana par la ville de Genève, représentée par M. Naine, conseiller administratif, qui a fait les honneurs du Musée. Une collation a été offerte aux délégués.

Le mercredi 5 août, le banquet traditionnel de la F. D. I. avait lieu à l'Hôtel des Bergues, à 20 heures, sous la présidence de M. Guillaume Pictet, conseiller de l'Etat de Genève. Il fut accompagné d'un concert vocal et instrumental.

Le Dr *Brophy* ouvre la série des toasts en remerciant le Gouvernement génevois, de son accueil.

M. Pictet dit que Genève est fière de voir chez elle un si grand nombre de praticiens distingués.

Le Dr *Carrière*, chef du Département fédéral de l'hygiène, se réjouit, comme hygiéniste de la remarquable évolution de l'hygiène dentaire.

M. Dherst présente les vœux du Directeur du Service d'hygiène au Bureau international du Travail, où la médecine préventive prend de plus en plus d'importance.

M. Patry, au nom de la Société médicale de Genève, souligne l'importance des rapports de l'odontologie et de la médecine générale.

M. Jaccard remercie les congressistes d'être venus aussi nombreux à Genève, puis d'autres toasts sont portés par MM. Guy, Dr Boudreau, G. Villain.

Un bal a terminé la soirée.

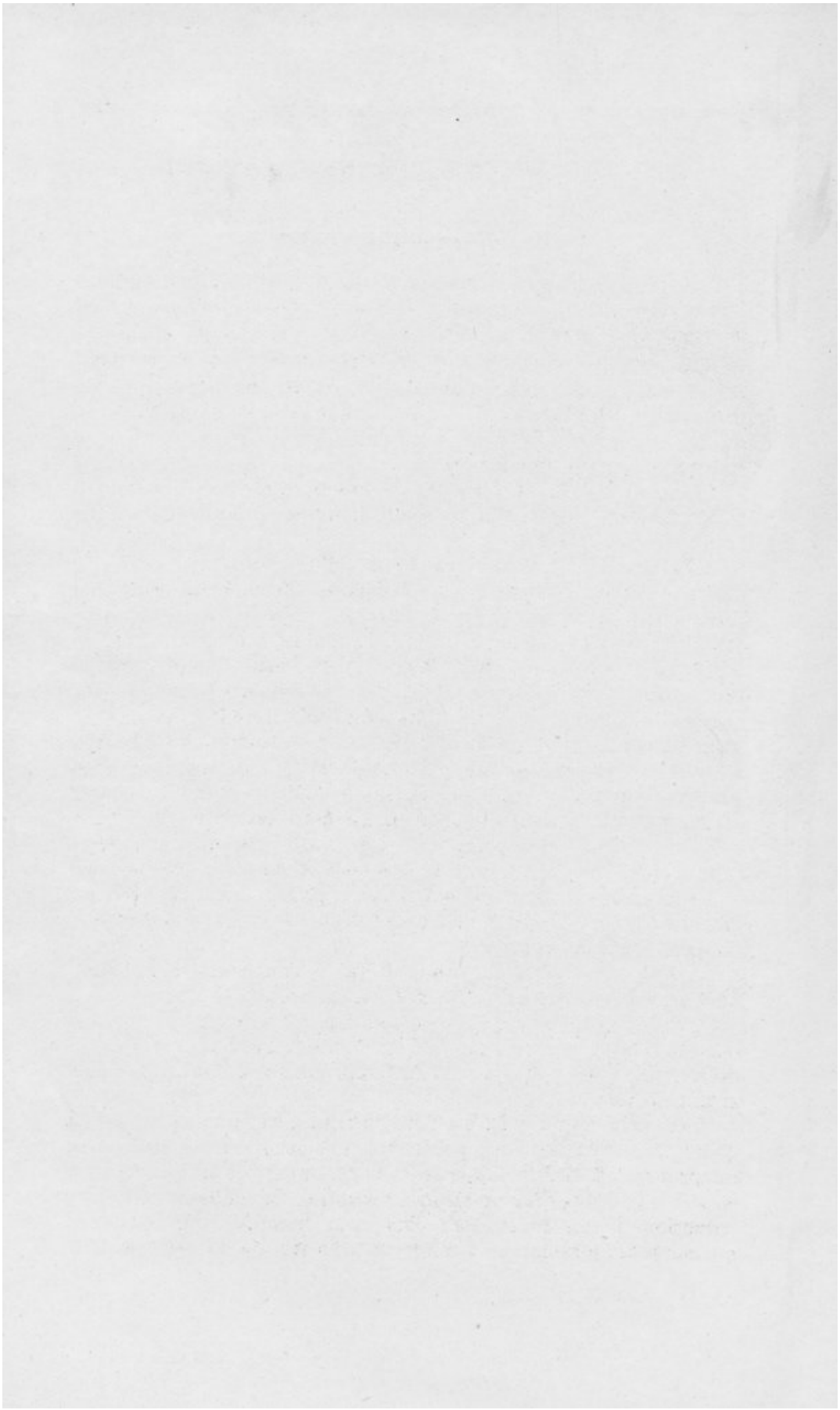
***

Le jeudi 6 août, après-midi, une excursion au Salève, en train spécial, a clôturé agréablement cette session caractérisée par une assistance nombreuse, un travail assidu et fécond et une grande courtoisie accompagnée de beaucoup de cordialité dans les relations.

La prochaine session aura lieu à Philadelphie, pendant le Congrès.

Fédération dentaire internationale

Session de Genève *(2-6 août 1925)*



7e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

PHILADELPHIE (23-28 AOUT 1926)

Projet d'itinéraire et prix

Pour faciliter le voyage aux congressistes qui se rendront à Philadelphie, une agence de voyages a préparé et présenté au Comité d'organisation et à la F. D. I., à sa session de Genève, le projet suivant de voyage collectif qui peut être considéré comme très avantageux.

TRANSPORT PAR MER : Cabine de première classe réservée de Rotterdam, Boulogne-s-Mer ou Southampton à New-York et retour, sur la base de dollars 140, aller et dollars 140, retour, y compris les taxes américaines.

TRANSPORT PAR FER : Billets de première classe pour tout le trajet de New-York environs, selon la route indiquée dans l'itinéraire, à New-York.

PULLMAN : Voitures spéciales de Pullman au tarif officiel ; moitié du compartiment à louer à chaque voyageur au départ de Philadelphie environs jusqu'à l'arrivée à New-York. Les voitures Pullman sont munies de tout le confort sanitaire.

HÔTELS : Chambres sans bain à New-York, Philadelphie et Chicago. A tous les autres endroits, les wagons-lits seront utilisés comme logement. Des chambres sans bain seront réservées et utilisées pendant les journées passées à Washington, Pittsburgh, Detroit et Boston. Les voyageurs désirant une chambre avec bain particulier devront payer un supplément de dollar 1 par jour et par personne, selon l'hôtel et la chambre occupée.

REPAS : Notre prix comprend trois repas par jour, commençant à New-York le 20 août au déjeuner et finissant à New-York le 4 septembre au petit déjeuner. Nous avons supprimé 4 dîners, sachant que les congressistes participeront à des dîners officiels à quatre occasions différentes.

BAGAGES : Il sera tenu compte du droit réglementaire du transport gratuit des bagages à main et enregistrés.

Un guide expérimenté accompagnera les voyageurs pendant leur tournée et sera secondé par nos représentants locaux dans les différentes villes, en vue de la bonne organisation de tous nos arrangements.

Notre prix comprend les billets du transport par mer évalués à dollars 280, ceci pouvant permettre aux congressistes qui ne se joindraient au Groupe qu'à New-York ou qui le quitteraient à New-York, de bénéficier d'une réduction de dollars 280. Une réduction de dollars 15, sera également accordée aux membres qui ne se joindraient au Groupe qu'à l'arrivée à Philadelphie.

Itinéraire

Août	10	Départ de Rotterdam. — Bateau « Rindam ».
—	10	Escale à Boulogne-sur-Mer.
—	11	Escale à Southampton.
—	20	Arrivée à New-York.
—	21	A New-York, *Hôtel Mac Alpin.*
		Demi-journée de visite de la ville, en automobile.
		Excursion en yacht à Manhattan Island (2 h. 1/2).
—	22	Départ New-York, 15 h., Penn. RR.
—	22	Arrivée à Philadelphie 17 h., Penn. RR.
—	23 au 27	A Philadelphie, *Hôtel Bellevue Stratford.*
—	28	Départ de Philadelphie, 23 h. 25.
—	28	Arrivée à Washington, 3 h. matin (Séjour dans le wagon-lit).
		2 h. — Excursion en auto à Arlington et jardin zoologique.
		4 h. — Visite des monuments publics.
		4 h. — Excursion en auto à Mount Vernon, Alexandria (Va.).
		Départ de Washington, 17 h. 30 ou 22 h. 30, Penn. RR.
		Arrivée à Baltimore, 18 h. 30 ou 23 h. 23, Penn. RR.
		Départ de Baltimore, 23 h. 57, Penn. RR.
—	29	Arrivée à Pittsburg, 9 h. matin.
		2 h. — Excursion en auto, visite des principaux monuments.
		Départ de Pittsburg, 23 h. 59, Penn. RR.
—	30	Arrivée à Chicago, 9 h. 15 matin (heure centrale).
—	31	A Chicago, *Congress Hôtel.*
		2 h. 1/2. — Visite en auto de luxe à Chicago : Parc, Boulevards, également deux heures ; excursion, visite en auto à Union Stock Yards.
—	31	Départ de Chicago, 23 h. 59, Mich. Cent. RR.
Septembre	1	Arrivée à Detroit, 8 h. 30 matin.
		3 h. — Visite de la ville Belle Ile, et de la fabrique des autos Ford.
—	2	Départ de Detroit, 3 h. matin, Mich. Cent. RR.
		Arrivée aux chutes du Niagara, 8 h. matin.
		Excursion aux Gorges du Niagara par bateau de la Niagara Gorge Belt Line et à « Maid of the Mist ». Point de vue des chutes du Niagara.
—	2	Départ des chutes du Niagara, 11 h. 55 matin.
		Arrivée à Rochester, 14 h. 22.
		A Rochester. Visite du Dispensaire dentaire.
		Départ de Rochester, 18 h. 22 ou 23 h. 45.

Septembre	3	Arrivée à Boston, 6 h. 30 matin ou 10 h. 55 matin.
—	3	A Boston. 1 h. 1/2. — Excursion en auto au Boston historique et à Bunker Hill. 1 h. 1/2. — Excursion en auto dans Boston et Cambridge. Visite du Dispensaire dentaire Forsyth.
—	3	Départ de Boston, 23 h., N. Y. C. H. et H. RR.
—	4	Arrivée à New-York, 5 h. 30 matin (Séjour dans le wagon-lit).
—	4	Embarquement à New-York par le bateau « Rindam », 11 h. matin.
—	13	Escale à Plymouth.
—	14	Escale à Boulogne-sur-Mer.
—	14	Arrivée à Rotterdam.

TARIF.

1 personne couchette inférieure..... ..	dollars	537.00
1 personne couchette supérieure.....	—	534.00
2 personnes couchettes inférieures, par personne.	—	527.00
2 personnes en compartiment, par personne....	—	549.50
3 personnes en compartiment, par personne ...	—	538.50
2 personnes en salon, par personne.....	—	558.00
3 personnes en salon, par personne.....	—	544.00
4 personnes en salon, par personne.....	—	537.00

SEMAINE ODONTOLOGIQUE

Une semaine odontologique organisée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec le concours de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer et le Syndicat des odontologistes docteurs en médecine, aura lieu du 21 au 28 février 1926 à l'Hôtel Majestic, avenue Kléber, Paris.

Elle comprendra les assemblées générales de ces différentes sociétés, des communications et démonstrations scientifiques et une importante exposition de fournitures dentaires.

2e CONGRÈS SCIENTIFIQUE DES MÉDECINS-DENTISTES POLONAIS

Le 2e Congrès scientifique des médecins-dentistes polonais s'est tenu comme Section Stomatologique (21e du 12e Congrès des médecins et naturalistes polonais du 12 au 16 juillet 1925). Il comptait 260 participants, c'est-à-dire le double du 1er qui avait eu lieu à Léopol en 1923.

Les médecins-dentistes polonais traversent maintenant une crise grave causée, d'une part; par la mauvaise situation économique générale, d'autre part, par le projet de loi dentaire gouvernemental, discuté actuellement à la Diète. La question des mécaniciens-dentistes est en voie d'être définitivement réglée en Pologne par la loi ; ceux-ci ont dû s'assurer des appuis sérieux parmi les membres du Gouvernement et de la Diète qui ont maintenant une influence favorable pour eux à l'égard du projet de loi.

Déjà l'avant-projet du rapporteur du Ministère de l'Intérieur (Direction générale du Service de Santé) contenait des dispositions qui, en général, s'inspiraient de la loi autrichienne de 1920 relative aux mécaniciens-dentistes.

Bien que le projet fût rapporté par un médecin, la Commission de la Santé publique de la Diète alla encore plus loin et à modifié le projet gouvernemental de telle manière que les mécaniciens-dentistes seront, quant à l'exercice de la profession, mis sur le même pied que les médecins-dentistes.

Le projet de loi gouvernemental avait prévu pour les mécaniciens-dentistes le titre de *technicien-dentiste autorisé* sous condition d'un examen passé devant l'autorité politique du 2e ressort. La commission de la Santé publique leur avait généreusement octroyé le titre de *dentiste* et permettait aux *dentistes*, en Grande Pologne et en Petite Pologne, de donner, dans l'exercice de leur profession, les mêmes soins dentaires que les médecins-dentistes.

En Congrès Pologne, où les mécaniciens-dentistes ne font jamais rien dans la bouche du malade et ne pouvaient faire des travaux prothétiques d'après des modèles que sur la commande du médecin-dentiste, ils pourront, d'après le projet de la commission de la Santé publique, s'ils prouvent qu'ils pratiquent (c'est-à-dire exercent leur profession) depuis 12 ans, être autorisés aussi, après examen devant une autorité administrative, à faire des travaux dans la bouche du malade.

Dans la session d'automne de 1925 la Diète discutera en 2o et en 3o lecture le projet de loi et ce serait miracle si, avec sa composi-

tion actuelle, elle le modifiait. Or, des miracles, on n'en voit plus aujourd'hui.

Rien d'étonnant que les médecins-dentistes polonais qui ont pris part au Congrès de cette année aient été fortement impressionnés par la loi en préparation et envisagent l'avenir avec inquiétude.

Le Congrès général des médecins et naturalistes polonais était consacré à des discussions purement scientifiques, ce qui n'a pas permis de débattre des questions professionnelles. Mais une session du *Conseil central des Associations professionnelles des médecins-dentistes de la République polonaise*, sous la présidence de M. Henryk Allerhand (de Lwow-Leopol), secrétaire général de la Section stomatologique du Congrès, a été consacrée à ces questions et le Conseil s'est prononcé contre le projet de loi gouvernemental.

Dans la Section stomatologique du Congrès même ont été vivement discutés les plus récents problèmes de la stomatologie moderne : plus de 40 communications ont été faites, suivies de discussions qui ont dû être abrégées faute de temps et à cause du règlement du Congrès, qui accordait 5 minutes à chaque orateur y prenant part.

Les séances générales du Congrès, où furent présentées d'excellentes communications d'une importance générale avaient contribué à augmenter l'intérêt du Congrès. A citer comme particulièrement remarquable celle du Prof. Sieledcki (de Cracovie) : *La mer comme objet de recherches scientifiques* et celle du Prof. Gantkovroki (Posen) : *La thérapeutique physique*. Ces conférences eurent lieu dans le grand hall du *Polytechnikum* de Varsovie à l'aide d'un haut parleur et impressionnèrent fortement l'auditoire.

Une exposition scientifique et technique était annexée au Congrès ; elle comprenait une Section stomatologique remarquable, où les objets exposés, du plus haut intérêt à tous points de vue, ont obtenu des récompenses élevées de la part du jury.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE

(11-14 juillet 1925)

Section de Stomatologie et d'Art dentaire

La Section de stomatologie et art dentaire comprenait une exposition de matériel moderne de cabinet d'opérations et de radiographie dentaire et deux séances de travail.

Le dimanche matin pendant que les autres congressistes visitaient les divers services hospitaliers, les membres de la Section se réunissaient à la Faculté de médecine.

Ils inauguraient d'abord l'exposition de matériel d'art dentaire, visitaient successivement les stands de Ash et fils, du Comptoir Français, l'exposition d'appareils de prothèse de M. Desclaux, ainsi que les stands non spécialisés de la Maison Gaiffe, de M. Toury, etc...

Ils se groupent ensuite dans le grand amphithéatre de la Faculté où, en présence de M. le doyen Abelous, le Dr Nux, chargé du cours de stomatiologie, présente M. le professeur Cavalié, directeur de l'Ecole dentaire et chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, et M. le Dr Siffre, délégué de la Société odontotechnique de Paris, tous deux revenus avec plaisir dans la ville qui vit leurs débuts dans la médecine.

Le prof. Cavalié expose avec érudition et une clarté parfaite la question des kystes d'origine dentaire insistant tout particulièrement sur la pathogénie des kystes radiculo-dentaires ou apexiens. Il en montre l'origine aux dépens des débris épithéliaux paradentaires de Malassez, réveillés par l'infection granulomateuse péri-apéxienne ; il insiste spécialement sur l'antagonisme évolutif entre le granulome et le kyste, la prépondérance de l'un entraînant fatalement la disparition de l'autre.

Puis, en deux communications mineures, il expose ses recherches sur la coloration des dents naturelles et sur les lois qui régissent à l'état normal et pathologique les migrations des dents sur l'arcade.

Le Dr Siffre rappelle deux sujets qui lui tiennent à cœur et pour lesquels il mène inlassablement le bon combat : la thérapeutique préventive des malpositions dentaires, et le traitement des canaux par l'acide sulfurique de Nordhausen.

Un banquet réunit ensuite, à l'Hôtel Régina, conférenciers et auditeurs. A l'heure des toasts le Dr *Nux*, le Dr *Courtis*, au nom du syndicat des stomatologistes, le Dr *Bonnery*, au nom du syndicat des dentistes, le professeur *Cavalié* et le Dr *Siffre* dirent à

l'envi le plaisir qu'ils avaient de voir réunis, pour le mieux de la profession, médecins, chirurgiens-dentistes et dentistes.

Le Dr *Cadenat* remerciait ses confrères d'avoir répondu à son appel et dit l'espoir qu'il a de voir à leur tour Montpellier et Bordeaux reprendre l'organisation que Toulouse a vue naître cette année.

***

La séance du lundi groupait au Centre régional, à la Grave, les Roentgen et Curie thérapeutes avec les stomatologistes et dentistes.

Le Prof. *Marie* fit les honneurs de la maison à ses hôtes et leur montra les succès très remarquables qu'il obtient dans les néoplasies de la tête et du cou.

Tandis que le prof. *Garipuy* montrait les résultats obtenus sur les néoplasies utérines, le Dr *Nux* présentait en son nom et au nom du Prof. *Marie* un appareil à point d'appui externe, pour le traitement des cancers buccaux.

Cet appareil se compose essentiellement d'une cupule radifère portée par une tige articulée que des branches parallèles fixent sur le maxillaire inférieur.

M. le Dr *Cadenat* montrait également l'olive en aluminium qu'il construit pour aider au traitement des néoplasies du naso-pharynx et un appareil facilement adaptable dérivé du stabilisateur de prothèses de Darcissac pour le traitement des tumeurs des deux maxillaires.

Tous les congressistes se réunissaient ensuite à nouveau pour entendre le Dr *Regaud*, de l'Institut du Radium de Paris.

Celui-ci avait très aimablement accepté de parler, hors série, au groupe dentaire du traitement des néoplasies buccales.

Il opposa les néoplasies des maxillaires, où la résection osseuse doit toujours précéder la curiethérapie — homogène et à distance, aux cancers des lèvres et de la joue où l'irradiation externe et interne combinées jouent un rôle très souvent efficace.

Pour les tumeurs de la langue il faut distinguer trois groupes — celles de la pointe : chirurgie lorsqu'elles sont petites — curiethérapie lorsqu'elles sont un peu plus avancées, celles de la base en arrière du V lingual, justiciables de la roentgenthérapie pénétrante — celles du plancher où le radium doit agir à la fois par un appareil externe et par un appareil buccal, mais que la nécrose du maxillaire inférieur et les accidents septiques rendent plus difficile à traiter.

Enfin pour les localisations ganglionnaires, la chirurgie est à l'heure actuelle le moyen le plus sûrement efficace.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SYNDICAT DES ODONTOLOGISTES DOCTEURS EN MÉDECINE

SIÈGE SOCIAL
chez M. le Dr L. FREY, 61, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.

Nous venons de fonder un nouveau Syndicat.

Le besoin s'en faisait-il sentir ? Hélas, oui !

La politique professionnelle jusqu'à ce jour est restée ballottée entre deux formules :

La formule stomatologique { doctorat en médecine d'abord[1], études spéciales ensuite ; aucun contrôle par des examens officiels[2] ;

La formule odontologique { aussitôt après le certificat d'études primaires dites supérieures[3], études spéciales exclusivement, théoriques et pratiques, avec le contrôle d'examens officiels.

Chacune de ces formules a ses partisans, tous de bonne foi, nous voulons le croire, soutenant d'une façon plus ou moins véhémente et courtoise ce qu'ils croient être la vérité.

Mais si chacun reste sur ses positions, notre politique professionnelle n'évolue pas et l'Intérêt public qui réclame des praticiens nombreux (6.000 au grand minimum) et instruits *théoriquement* et *pratiquement*, cet intérêt public reste insatisfait.

La formule stomatologique, en raison de la longue durée des études médicales et techniques, 8 ans[4], ne lui donne pas la garantie du nombre ; faute d'examens techniques officiels, elle peut ne pas lui offrir non plus celle de la qualité ;

---

1. Nous n'envisageons pas les études spéciales au cours des études médicales selon le programme de l'Association Française des chirurgiens-dentistes ; ce serait risquer de ne faire ni de vrais médecins, ni de bons dentistes.

2. Seuls, les élèves de l'Ecole Française de Stomatologie peuvent obtenir un certificat officieux d'aptitude.

3. D'ailleurs, la plupart des groupements dentaires réclament actuellement l'obligation du baccalauréat complet.

4. P. C. N. 1re année
Etudes médicales 5e —
— techniques 2e —
} Total : 8 années.

Avec la formule odontologique, la garantie quantitative existe puisque la durée totale des études ne dépasse 5 ans, mais, malgré les examens officiels obligatoires, la qualité scientifique, de plus en plus indispensable, resterait souvent discutable si les modifications demandées par les odontologistes eux-mêmes ne se réalisaient pas.

Entre ces deux formules extrêmes, nous voulons que notre groupement soit le *moyen terme* qui permettra à notre profession *d'évoluer* et de *s'orienter* là où la poussent son intérêt propre et l'intérêt de la santé publique.

Notre programme sera donc toujours un *programme d'évolution. Pour le moment,* nous demandons, avant toute étude spéciale, le Baccalauréat complet ; c'est lui qui assurera la possibilité de certaines études médicales et surtout biologiques dont le chirurgien-dentiste ne peut plus se passer et que lui-même réclame. Nous maintenons les 5 années d'études qui, elles, assureront notre recrutement.

Nous ne sommes les adversaires d'aucun groupe ; nous sommes avec ceux des stomatologistes qui réclament, par des examens obligatoires, une consécration technique officielle ; nous sommes avec tous les chirurgiens-dentistes qui veulent élever leur niveau professionnel ; nous sommes avec tous ceux qui veulent assurer en France et dans nos Colonies un recrutement qui vaille par la qualité autant que par le nombre ; avec tous ceux également qui s'insurgent contre les passe-droits, les dispenses injustifiées, le sabotage des examens et l'exercice illégal.

Nous réclamons, bien entendu, notre place au Comité consultatif de l'Enseignement supérieur.

Nous ne sommes pas des polémistes.

Nous voulons simplement être des réalisateurs.

BUREAU PROVISOIRE POUR 1925 :

Dr FREY, Président ;
Dr FRISON, Vice-Président ;
Dr SOLAS, Secrétaire ;
Dr LEBLAN, Trésorier ;
Dr BOSQUET, Secrétaire-adjoint.

AIDE A LA PROFESSION DENTAIRE JAPONAISE

Nous avons annoncé dans notre numéro de février dernier qu'un premier envoi de livres et de journaux avait été fait à l'Ecole dentaire de Tokio détruite par le tremblement de terre de septembre 1923.

Un nouvel envoi a été fait, qui nous a valu de l'Ecole sinistrée la lettre suivante adressée à l'Ecole dentaire de Paris.

Tokio, le 8 août 1925.

A la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris,

Messieurs,

J'ai le grand plaisir de vous annoncer que le Gouvernement de l'Empire du Japon, par ses Départements des Affaires étrangères et d'Education, nous a fait transmettre aujourd'hui les films cinématographiques, ainsi que les œuvres et périodiques scientifiques d'art dentaire que vous avez eu l'obligeance de nous offrir. En raison de votre belle générosité, de vos preuves de sympathie et de votre assurance de future assistance, je tiens comme président de l'Ecole dentaire de Tokio, ainsi qu'au nom de tous les Dentistes japonais à vous dire que vos dons si précieux, extrêmement estimés par tous, nous aideront à développer de plus en plus l'art dentaire dans notre pays, et à vous exprimer ici notre sincère gratitude et notre haute considération.

Pour l'Ecole dentaire de Tokio : Prof. M. CHIWAKI, *Président.*

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE

Nous trouvons sous ce titre dans le *Concours médical* du 9 août 1925 un article dans lequel le Dr Foveau de Courmelles étudie cette question en analysant une thèse de doctorat en droit sur les *droits des auteurs de découvertes ou d'inventions scientifiques*, soutenue par Mlle Suzanne Munier, de Nancy.

Nous renvoyons tous ceux de nos confrères que cette question peut intéresser à ce travail étudié et complet.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE PAR LE CINÉMATOGRAPHE

Le 5 juillet dernier un film pédagogique sur la *technique de la préparation des cavités* dû au Dr Alejandro Zabotinsky, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres, a été présenté par lui et patronné par le Cercle odontologique et l'Association dentaire argentine pour l'enseignement à l'Ecole dentaire de Buenos-Ayres. Nous en trouvons le compte rendu dans la *Revista odontologica* de juillet 1925.

Rappelons que c'est en décembre 1923 que fut présenté à l'Ecole dentaire de Paris le premier film sur la préparation des cavités (*Odontologie* du 30 janvier 1924).

AU BRÉSIL

Une loi adoptée par le Parlement brésilien en août 1924 oblige les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers qui veulent exercer au Brésil à faire des études complètes dans une Université du pays, conformément aux dispositions habituelles. L'étranger doit, en outre, posséder la langue portugaise parfaitement et connaître l'histoire et la géographie du Brésil.

Les professeurs d'universités étrangères peuvent pratiquer au Brésil sans être astreints à ces obligations si leur pays accorde le même droit aux professeurs brésiliens.

(*Zahnärztliche Rundschau*, 23 août 1925).

AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER

L'Amicale, poursuivant sa tâche de défendre les intérêts de ses adhérents, a le plaisir d'informer les confrères qui sont restés soldats de 2e classe qu'ils peuvent devenir dentistes auxiliaires s'ils font les démarches nécessaires, ainsi qu'il résulte de la lettre qui suit :

MINISTÈRE
DE LA GUERRE

République Française

1er Bureau — Personnel
Direction du Service de Santé

Le Président du Conseil, Ministre de la Guerre
à Monsieur le Président de l'Amicale des Dentistes
des Armées de Terre et de Mer.

En réponse à votre lettre du 5 octobre 1925, j'ai l'honneur de vous faire connaître :

1° Que les chirurgiens-dentistes qui sont actuellement soldats de 2e classe de réserve ou ceux récemment naturalisés et versés directement dans la réserve à cause de leur âge, peuvent être nommés dentistes auxiliaires ; ils n'ont qu'à se mettre en instance à cet effet auprès du Directeur du Service de Santé de la Région de Corps d'Armée sur le territoire de laquelle ils résident ;

2° Le nombre de candidats au grade de dentiste militaire de 2e classe appartenant au service armé étant de beaucoup supérieur aux besoins, il ne peut être envisagé actuellement de nominations pour les candidats classés dans les services auxiliaires.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de la Guerre et par son ordre,
Le Médecin principal de 1re classe, Directeur.

55

HYGIÈNE

VISITE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL A LA CLINIQUE DENTAIRE SCOLAIRE DE COLMAR

Lors du récent passage du Président du Conseil à Colmar nous avions demandé au maire de cette ville de faire entrer dans le programme des réceptions officielles une courte visite à la clinique dentaire scolaire municipale.

Après les séances si importantes sur l'hygiène dentaire au Congrès de l'A. F. A. S., à Grenoble, après que la section d'odontologie de ce congrès eut émis plusieurs vœux concernant ces questions d'hygiène dentaire, vœux que l'assemblée générale de l'A. F. A. S. a adoptés pour être transmis aux pouvoirs publics, nous estimions que c'était la meilleure manière d'intéresser à ces problèmes les chefs de notre gouvernement, en leur montrant de visu une clinique dentaire scolaire qui fonctionne depuis près de 20 ans, à la satisfaction de tous et qui donne des résultats très importants au point de vue de l'hygiène.

MM. Painlevé, président du Conseil, Chaumet, ministre du Commerce, Bonnet, sous-secrétaire d'Etat, et les personnages parlementaires et officiels de leur suite se sont vivement intéressés au fonctionnement de la clinique, tant au point de vue médical-thérapeutique qu'au point de vue moral. Les visiteurs, après avoir hautement admiré cette organisation, qui rend de si éminents services, grâce à l'esprit social de la municipalité qui dote la clinique de fonds suffisants à son bon fonctionnement, grâce aussi aux connaissances professionnelles et au dévouement de notre confrère M. Spira, qui dirige cette institution, ont vivement félicité M. Sengel, maire de Colmar.

Nous espérons que cette démonstration a favorablement influencé les chefs de notre gouvernement et leur a fait comprendre la nécessité de créer des cliniques dentaires scolaires dans tous les centres importants. Ils ont apprécié une fois de plus le grand rôle qu'est appelé à jouer le chirurgien-dentiste français pour le relèvement de l'hygiène et l'amélioration de la santé publique.

DISPENSAIRE INTERCOMMUNAL D'ERMONT

Nous avons annoncé la création, sur l'initiative de M. Wallis-Davy, d'un service dentaire pour les enfants des écoles d'Ermont, et la conférence faite à cette occasion au préau des écoles par notre Directeur et Rédacteur en chef, le Dr M. Roy, sous le patronage de la Société les *Amis du Dispensaire*.

Pour seconder l'action éducatrice des instituteurs et institutrices en cette matière, M. Fieschi, l'un des deux dentistes attachés à ce dispensaire, a fait imprimer, *à ses frais*, un petit opuscule sur la dentition et les soins à y donner, pour être distribué dans chaque classe. De plus, MM. Fieschi et Wallis-Davy comptent organiser des consultations de plus en plus nombreuses et même dans certains cas donner des soins gratuits.

Depuis la rentrée des classes, ces consultations fonctionnent de la façon suivante :

1° Deux fois par an, M. F. Fieschi, après accord avec le Directeur et la Directrice des Ecoles, procédera à une inspection dentaire générale, des notes seront prises sur des cartes spéciales, *les parents seront avisés des soins à donner, libre à eux de s'adresser par la suite à tel ou tel dentiste.*

2° Le premier dimanche de chaque mois, de 9 à dix heures du matin, M. Wallis-Davy, se tient gratuitement à disposition au dispensaire et pour chaque examen un relevé des dents malades est noté sur un carton spécial avec l'indication des soins à donner.

Dans les cas particuliers, et après enquête, les soins sont donnés gratuitement soit au cabinet de M. F. Fieschi, soit à l'Ecole dentaire de Paris.

3° Le deuxième lundi de chaque mois, à 8 h. du matin, sous la conduite de leurs maîtres, les enfants ayant besoin d'être suivis, sont conduits au cabinet de M. Fieschi, qui les examine à nouveau et qui, le cas échéant, donne les soins nécessaires aux enfants nécessiteux.

FILM HOLLANDAIS CONCERNANT LE PALUDISME

Un de nos confrères, M. R. Anema, nous communique une note sur un film micro-cinématographique préparé, à la demande de la Croix-Rouge de Hollande, et montré dans les provinces de ce pays où sévit le paludisme pour apprendre à la population à prévenir la maladie.

Ce film, remarquable par sa valeur de vulgarisation, comme au point de vue scientifique, a été présenté au 12e Congrès d'hygiène à l'Institut Pasteur, les 20, 21 et 22 octobre à Paris, par le Dr Van Seters, de Leyde.

C'est par l'aimable intermédiaire du Comité France-Hollande et de la section scientifique du Comité Hollande-France que le Dr Van Seters, le conférencier et M. Mol de Bloemendaal, directeur du Bureau de photographie scientifique, ont pu venir à Paris ; ils ont constaté à quel point fut favorable l'accueil que les congressistes ont donné à leur bel effort.

NÉCROLOGIE

François Wirion

Nous avons le regret d'apprendre le décès, à l'âge de 50 ans, de M. François Wirion, médecin-dentiste à Luxembourg, membre de l'A. G. S. D. F.

C'était un confrère des plus sympathiques et qui manifestait un vif intérêt à nos réunions professionnelles et à l'Ecole dentaire de Paris, dont il avait été l'élève.

Ses obsèques ont eu lieu le 3 novembre. Devant la tombe, au cimetière, M. Aloyse Decker, lui adressa un suprême adieu au nom de la Société des sciences médicales, du Syndicat médical et de l'Association des médecins-dentistes dont le défunt faisait partie.

Nous sommes désolés de la perte de cet aimable confrère et nous adressons nos sincères condoléances à sa mère et aux membres de sa famille.

***

Bénédict Kritchewsky

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère Bénédict Kritchewsky, docteur en médecine et chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F. depuis le 31 octobre 1894.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Amicale des dentistes des armées de terre et de mer. — Le Conseil d'Administration de l'Amicale a décidé, dans sa dernière séance, de choisir la date du 11 novembre, pour rendre un pieux témoignage aux confrères morts au champ d'honneur.

Une délégation est allée, dans les trois Ecoles dentaires de la capitale, déposer une palme devant les tables de marbre sur lesquelles figure la longue et glorieuse liste de nos malheureux camarades.

Ce même jour, une somme de deux cents francs a été versée,

par les soins du Conseil, entre les mains du président de l'*Aide confraternelle*.

A l'Ecole dentaire de Paris, cette délégation a été reçue par les membres désignés par le Conseil d'administration pour s'associer à cette manifestation du souvenir.

Société d'Odontologie de Paris. — La réunion mensuelle de la Société d'Odontologie a eu lieu le mardi 3 novembre 1925, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant (v. p. 777 le compte rendu résumé) :

1° Allocution du Président.

2° M. Geoffroy. — Présentation d'un bridge à cellules.

3° M. Ninck. — Presse à air comprimé pour couler les métaux sous pression.

4° 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 aura lieu le *mardi* 8 *décembre* 1925, *à* 8 *h.* 1/2 *du soir* au siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 9 décembre 1924.

2° Correspondance.

3° Rapport du Secrétaire général.

4° Rapport du Trésorier.

5° Election de dix membres du Conseil d'administration.

6° Modification de l'art. 75 du Règlement intérieur relatif au Conseil de famille.

7° La campagne contre les revendications professionnelles.

8° Questions et propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. Cadic, Eudlitz, Fié, Frinault, V. E. Miégeville, Pillière, Solas, L. Viau, G. Villain, Wallis-Davy.

Il sera procédé au vote à 10 heures.

Ecole dentaire de Paris et Ecole odontotechnique. — La séance solennelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole odontotechnique aura lieu le mardi 22 décembre à 8 h. 30 du soir, dans la salle des fêtes du *Petit Journal*, 21, rue Cadet, sous la présidence de M. Bénazet, Sous-Secrétaire d'Etat de l'Enseignement technique au ministère de l'Instruction publique.

Visite à l'Ecole dentaire de Paris. — M. Bénazet, Sous-Secrétaire d'Etat de l'Enseignement technique, est venu visiter les Services de l'Ecole dentaire de Paris le 18 novembre. Il a exprimé sa satisfaction de leur fonctionnement et a adressé des félicitations au Directeur, au Directeur adjoint et au Secrétaire général, qui le guidaient dans cette visite.

Manifestation de sympathie. — Le Comité Inter-Sociétés et les praticiens de l'art dentaire, désirant manifester leur reconnaissance au Professeur Sebileau à l'occasion de son élévation à la dignité de Commandeur de la Légion d'honneur, ont décidé d'organiser un banquet qui aura lieu le 15 décembre 1925 dans les salons du restaurant Marguery, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris, au prix de quarante francs.

Ecole dentaire de Lyon. — La séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Lyon a eu lieu dimanche le 29 novembre à 17 heures, à la mairie du 3e arrondissement.

Elle a été suivie d'un banquet.

Syndicat des dentistes du Rhône et des région voisines. — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le 21 novembre à 17 heures, dans les salons Berrier et Millet, place Bellecour, à Lyon. Elle a été clôturée par un banquet.

Nomination. — Nous avons le vif plaisir d'apprendre que le Dr Florestan Aguilar, secrétaire général de la F. D. I., a été nommé membre de l'Académie royale de médecine d'Espagne.

Nous lui adressons nos très chaleureuses félicitations de cet honneur qui rejaillit sur la profession dentaire, à laquelle il appartient.

Nomination de dentiste militaire. — Par décret du 3 novembre 1925 est nommé dans le cadre de réserve *au grade de dentiste militaire de 2e classe* (Rang du 16 octobre 1925) M. Magneville (André), dentiste auxiliaire à la 19e section d'infirmiers militaires, affecté à la 10e région.

(*Journal officiel* du 7 novembre 1925).

Congrès des médecins et chirurgiens-dentistes lettons. — Du 11 au 13 septembre s'est tenu à Rigà un congrès des médecins et chirurgiens-dentiste lettons. Il y a été présenté 113 communications en allemand, en russe ou en letton, principalement sur les rapports entre la médecine et la dentisterie.

Statistique des dentistes australiens. — On compte en Australie approximativement 3.000 dentistes, dont 1.600 dans les Nouvelles Galles du Sud, 800 dans l'Etat de Victoria et 1.000 dans les trois autres Etats (Queensland, Australie du Sud et Australie de l'Ouest).

Statistique des praticiens allemands. — Une erreur typographique qui s'est produite à la suite du bon à tirer du numéro d'octobre a dénaturé cette statistique qui doit être rectifiée ainsi : On compte en 1925 en Allemagne 8.109 chirurgiens-dentistes (Zahnärzte) et médecins approuvés exerçant la dentisterie (Zahnheilkunde ausübende approbierte Aerzte) contre 4.459 en 1920 et 5.243 en 1922.

Mariage. — Le mariage de Mlle Marcelle Riollet, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste, avec M. Raymond Bouillot, médecin-vétérinaire, a été célébré le 19 octobre 1925.

***

Le mariage de Mlle Jacqueline Gadeau, fille de notre confrère de Tulle, avec M. Georges Croisier, juge au tribunal civil de cette ville, a été célébré le 10 novembre.

Nos félicitations aux nouveaux époux.

Naissance. — Notre confrère M. Henri Soret et Mme Henri Soret nous font part de la naissance de leur fille Marie-Thérèse.

Nous leur adressons nos félicitations.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs

patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service fonctionne depuis le 1er octobre 1925, tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Les praticiens sont invités à remettre à leurs malades une note explicative au sujet du renseignement radiographique qu'ils désirent.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements. Téléphone : Trudaine, 34-01.

Paris, 9 novembre 1925.

Monsieur le Directeur,

Un individu paraissant âgé de 25 à 30 ans, de 1 m. 75 environ se présente actuellement chez les confrères, se recommandant de mon nom et demande qu'on lui avance de l'argent pour prendre un billet de chemin de fer pour Rouen où se trouve son domicile. Il prétend que son portefeuille lui a été dérobé aux Arts Décoratifs, ou qu'il l'a perdu, et qu'il n'a plus d'argent, ni papiers sur lui.

Je vous serais reconnaissant de prier vos lecteurs qui pourraient avoir sa visite de vouloir bien le faire arrêter et m'en prévenir *immédiatement par téléphone*, afin que je puisse porter plainte.

Veuillez agréer, etc.

R. MANTEAU, 49, rue des Mathurins : Cent. 26-27.

P.-S. — Les dents de cet individu sont rangées de façon très irrégulière.

45e ANNÉE. N° 12. 30 DÉCEMBRE 1925 VOL. LXIII.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DOUBLE ULCÉRATION CANCÉREUSE DANS LA CAVITÉ BUCCALE

Par le Dr BONNET-ROY

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1er novembre 1925).

616.31 006.46

Le malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter a 67 ans ; je l'ai examiné le 15 juillet 1925 à l'Hôpital Lariboisière pour une double ulcération cancéreuse dans la cavité buccale ; il était dans cet état depuis 10 à 11 mois.

L'examen révélait : sur le bord latéral gauche de la langue une ulcération de 4 centimètres de long, en forme de raquette, reposant sur une base modérément indurée ; la partie large, ovalaire et régulière, était antérieure et n'était séparée de la pointe de la langue que par 1 centimètre 1/2 environ de muqueuse saine ; cette ulcération se poursuivait en suivant le bord marginal et jusqu'au niveau de la dernière grosse molaire, environ. D'autre part, il présentait à la face interne de la joue, du même côté — gauche — une ulcération de même nature reposant sur une base indurée, mesurant 4 à 5 centimètres dans la longueur et 4 centimètres dans la hauteur ; cette ulcération se trouvait immédiatement en arrière et au-dessous de la commissure labiale. Il s'agissait manifestement d'une plaque de leucoplasie dégénérée. D'ailleurs, la biopsie que j'ai pratiquée a donné au microscope la réponse que la clinique faisait prévoir d'épithélioma épidermoïde classique.

La question de l'opération se posait d'autant mieux que le malade n'avait pas d'adénopathie. Néanmoins, à ce point de vue spécial de l'opérabilité, il fallait tenir compte de la dualité du cancer.

J'aurais certainement proposé à ce malade l'intervention chirurgicale seule s'il s'était agi uniquement d'un épithélioma de la langue ; mais il s'agissait aussi d'un épithélioma de la joue pour lequel j'aurais dû pratiquer une résection étendue qui eût été très mutilante, opération que je ne devais pas envisager chez un sujet de cet âge et qui, comme vous pourrez vous en assurer dans un instant, ne présentait pas les signes extérieurs d'une résistance physique très encourageante.

J'ai donc eu recours à ce qui, pour certains chirurgiens et pour la plupart des radio-thérapeutes, est le traitement de choix, mais à ce que je crois cependant ne pas devoir être préconisé dans tous les cas : la curiethérapie. J'ai pratiqué d'abord la ligature de la carotide externe ; après avoir lié la carotide externe du côté gauche, j'ai placé au niveau du foyer lingual six aiguilles de 2 milligrammes 66 de radium élément ; j'ai placé également six aiguilles autour de la lésion de la joue. Je me proposais de laisser ces douze aiguilles en place pendant sept jours ; je n'ai pas besoin de vous dire que ce n'était pas très agréable pour le malade. Au bout de trois jours, celui-ci ne s'alimentait pas, ne buvait pas, devenait très asthénique, son pouls filait, il présentait un peu de température, et l'on pouvait craindre que le remède fût pire que le mal. J'ai donc enlevé les douze aiguilles de radium après soixante-douze heures d'irradiation.

Malgré ce temps relativement court, au dire des spécialistes, j'ai pu constater, trois semaines environ après que le malade avait quitté l'hôpital, que ses lésions de la cavité buccale étaient en très bon état de cicatrisation ; la lésion de la joue avait disparu ; la lésion de la langue également ; il restait près de la pointe de la langue un petit élément qui avait échappé à l'irradiation. C'est à la fin d'août, le 29, que j'ai constaté cette petite lésion qui avait persisté et je l'ai réséquée sous anesthésie locale. La cicatrisation s'est poursuivie.

Vous allez voir le malade qui ne présente plus aucune trace de ses lésions, si ce n'est un aspect légèrement cicatriciel, comme toujours après l'application du radium. Vous constaterez également un petit ganglion de la région sus-hyoïdienne médiane, mais il n'est pas néoplasique ; il est purement inflammatoire ; il est en voie de régression puisqu'il y a huit jours il était gros comme une noisette.

En résumé, je crois que dans les cas où l'âge du sujet, l'étendue des lésions et la multiplicité des foyers néoplasiques contre-indiquent une intervention radicale, l'application du radium faite après la ligature de la carotide externe — et j'insiste sur ce point, car cette ligature est très favorable à l'action des radiations — peut donner dans les cas de néoplasmes de la cavité buccale des résultats encourageants.

PRESSOPOMPE RENÉ NINCK

PRESSE A AIR COMPRIMÉ POUR COULER LES MÉTAUX SOUS PRESSION

Par RENÉ NINCK

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1er novembre 1925.*)

616.314 × 32

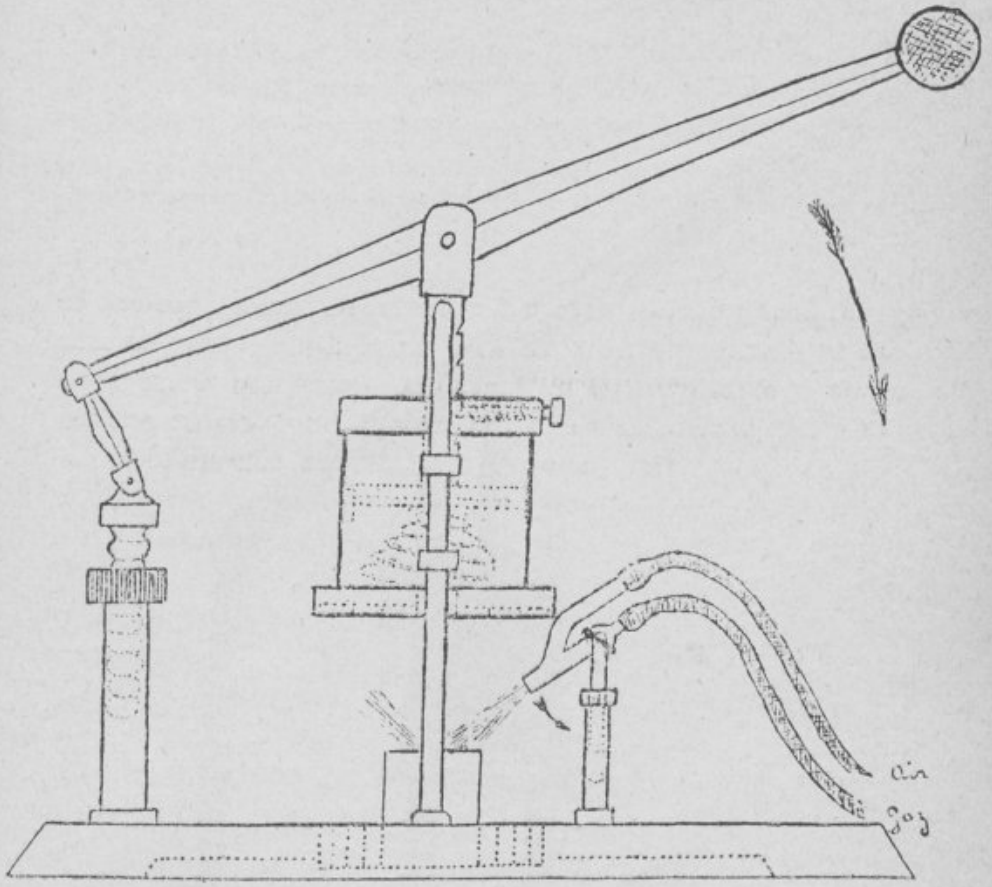
La pressopompe permet d'obtenir des pièces coulées de toutes dimensions sans aucune déformation, sans bavures, d'une homogénéité parfaite et, par conséquent d'une résistance plus grande, grâce à l'utilisation d'une pression progressive, continue, élastique et réglable de l'air comprimé.

Le principe fondamental de l'invention est l'emploi d'une pompe refoulante qui obtient la pression nécessaire au coulage des métaux dans le procédé dit : de la cire perdue.

L'invention est caractérisée par le fait que le déplacement relatif de la plaque de fermeture du moule et l'actionnement de la pompe sont obtenus par un seul et même levier de manœuvre de manière que ce soit la continuation du même mouvement de fermeture qui crée la pression destinée au coulage ; autrement dit, la plaque de fermeture du moule, formée par la partie inférieure de la pompe à air, est combinée avec une commande de l'autre partie de la pompe telle que le déplacement de l'organe de commande déterminant le mouvement relatif entre le cylindre du moule et cette plaque de fermeture ait pour effet d'appliquer d'abord celle-ci contre le bord supérieur du cylindre du moule pour le fermer et ensuite de comprimer l'air dans le corps de la pompe pour l'envoyer dans ce moule.

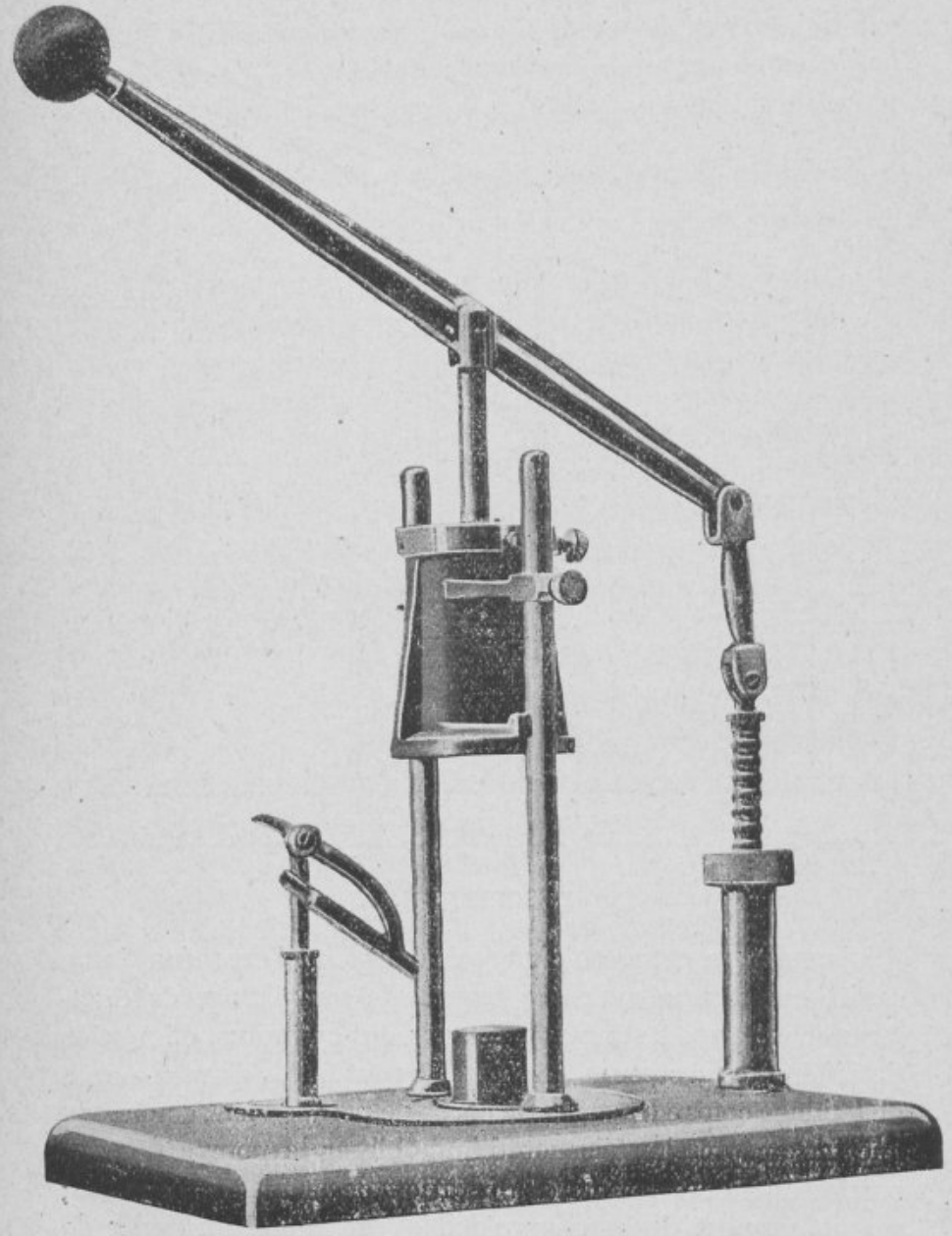
Le joint sera obtenu, non par une commande impérative, mais par l'intermédiaire d'un ressort placé à l'intérieur de la pompe, de manière que l'abaissement du levier de manœuvre applique d'abord le corps de pompe sur le bord supérieur du cylindre du moule pour assurer l'étanchéité complète avec celui-ci, ensuite et progressivement chasse l'air qui comprime le métal en fusion.

L'invention porte en outre sur un dispositif d'encliquetage permettant de régler la pression de l'air comprimé.



DESCRIPTION.

L'appareil se compose d'un socle dans lequel est ménagé une cavité cylindrique avec des bagues de remplissage de différents diamètres destinées à recevoir des cylindres, de moules de différentes grosseurs. Sur ce socle sont fixées deux colonnes de guidage contre lesquelles le corps de pompe vient coulisser ; une vis de pression permet d'immobiliser la pompe dans la partie supérieure pendant l'opération de la fusion du métal; sur un support de hauteur réglable, est monté un levier de commande qui actionne par l'intermédiaire d'une biellette le corps de la pompe et la tige du piston.



Sur le socle dans une glissière est également monté un chalumeau dont l'éloignement et la hauteur sont réglables et composés de telle manière que le robinet de fermeture serve d'articulation au chalumeau de manière que le pivotement du brûleur éteigne automatiquement la flamme. A l'intérieur de la pompe est placé un ressort conique qui maintient le piston relevé et dont l'écrasement donne la pression nécessaire pour assurer l'étanchéité entre le cylindre du moule et la face inférieure de la pompe ; cette face inférieure constituant la plaque de joint est percée d'un orifice central qui permet l'évacuation de l'air comprimé ; elle comporte, en outre, un logement nervuré permettant de recevoir une pâte plastique formant joint étanche. Sur la face supérieure de la pompe est monté un cliquet d'arrêt limitant ou arrêtant la course du piston ; cette disposition permet de régler préalablement ou à un moment quelconque du coulage la pression de l'air comprimé.

Manipulation.

La face inférieure de la pompe constituant la plaque de joint, étant préalablement garnie d'une pâte plastique de joint ; la hauteur des supports du levier et du chalumeau étant réglée suivant la grosseur du cylindre du moule et enfin la position initiale du piston dans son cylindre étant fixée par le cliquet d'arrêt à une hauteur dépendant de l'importance de la pièce à couler et de la pression que l'on veut obtenir, on place le cylindre du moule, qui a été préparé et chauffé de la manière usuelle, dans un logement approprié et l'on chauffe à l'aide du chalumeau le métal à couler. La fusion étant convenablement obtenue on abaisse le levier à fond d'un seul mouvement : la pression du ressort assure automatiquement l'étanchéité du joint avec le bord supérieur du cylindre du moule. A mesure que le piston descend la pression sur le métal en fusion augmente et celui-ci est chassé dans le moule.

Avantages.

L'opération est donc absolument instantanée. Il n'y a aucun refroidissement à craindre, aucun danger de manipulation,

aucune déformation, aucune chance d'insuccès. Le métal est d'une homogénéité parfaite, ne présente ni bavures, ni piqûres et reste d'une malléabilité absolue grâce à l'emploi d'une pression progressive donnée par un fluide élastique et limitée exactement au degré voulu.

La manœuvre est extrêmement simple et entièrement automatique, l'opération peut être confiée à une personne inexpérimentée.

En outre, l'appareil est transportable, autonome et indépendant de toute source étrangère d'air comprimée.

En un mot, la Pressopompe est une invention qui répond aux besoins du moment, car, tout en remédiant aux inconvénient multiples constatés jusqu'à ce jour, elle économise dans une proportion énorme l'utilisation de la main-d'œuvre : une simple opération de polissage donne à l'objet coulé l'aspect définitif que voulait lui donner le praticien.

PRÉPARATION DES CAVITÉS PROXIMO-TRITURANTES DES PRÉMOLAIRES ET DES MOLAIRES

Film pédagogique

De MM. MORINEAU et LUBETZKI, avec la collaboration de M. Eugène DARCISSAC. Dessiné et réalisé à l'écran par M. MORINEAU.

PREMIÈRE PROJECTION A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE.

Séance du 9 juin 1925.

616.314 089 27 × 2

L'enseignement cinématographique de l'Ecole dentaire de Paris vient de s'enrichir d'un nouveau film pédagogique : « la Préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires » de MM. Morineau et Lubetzki, avec la collaboration de M. Eugène Darcissac et des membres de la Commission d'enseignement par le cinématographe (section dentisterie opératoire).

Ce film est très important, tant par la longueur de la pellicule (il mesure 821 mètres, soit 40 minutes de projection) que par l'ampleur de la question traitée : la préparation de la cavité composée, c'est-à-dire ouverte sur plusieurs plans.

La vue de ces images mouvantes permettra aux étudiants de s'assimiler facilement des détails de technique plus ardus que ceux décrits dans le précédent film de M. Morineau, qui traitait de la préparation de la cavité simple, c'est-à-dire ouverte sur un seul plan.

Divers dessins animés représentent les phases de l'opération dans les différents plans où l'on peut la voir ou la concevoir : plan triturant, plan proximal, coupe sagittale ; passant d'une vue à l'autre par le procédé appelé fondu-surimpression.

En plus de la description des principes de technique généralement applicables à la préparation des cavités proximo-triturantes, quelques cas particuliers ont été décrits : cas d'une dent dépulpée et la construction d'un gradin de ciment.

Cas où la cavité proximale est directement accessible aux instruments par suite de l'absence des dents voisines.

La préparation spéciale de la rétention triturante dans les dents à cuspides peu accentués et sans sillon intercuspidien (exemple : la première prémolaire inférieure).

En outre, la nécessité du refoulement de la gencive saine qui a envahi la cavité proximale est indiquée par l'action d'un pansement compressif sur le feston gingival.

Et quelques mètres de vues réelles (photo-cinématographiées) des mains de l'opérateur démontrent la manière de prendre un point d'appui pour l'emploi des ciseaux à émail.

La projection de ce film, dessiné et réalisé à l'écran par M. Morineau, comporte deux parties :

1° Considérations générales sur les cavités proximo-triturantes — ouverture de la cavité — nettoyage de la cavité.

2° Préparation proprement dite de la cavité. — Cas particuliers, ce qu'il faut ne pas faire — c'est-à-dire : obtenir une cavité rétentive à angles vifs, des parois planes se rencontrant à angle droit ou légèrement inclinées (85°) — des bords résistants et biseautés — un gradin proportionné à la grandeur de la cavité — une extension préventive rationnelle.

REVUE DES REVUES

FABRICATION DES BRIDGES AVEC DES SURFACES TRITURANTES PHYSIOLOGIQUEMENT PARFAITES EN EMPLOYANT DES PIÈCES MI-PRÉPARÉES D'AVANCE

Par le Dr FENCHEL, de Dusseldorf[1].

Ce nouveau procédé a été d'abord imaginé dans l'intention d'économiser du matériel et du temps. Lors de son emploi, il se trouvait qu'en dehors de ces deux avantages, le bridge ainsi construit représentait un perfectionnement en ce qui concerne son rendement au point de vue de la mastication.

Au premier abord j'avais, je le répète, donné le plus de valeur au facteur économie. J'avais donc ajouté à mon système une série de conseils d'économie tels que l'emploi de métaux non précieux, et qui déviaient fortement l'attention de l'amélioration technique obtenue. Aujourd'hui, grâce à la stabilité du mark-or, nous pouvons nous permettre de travailler de nouveau bien plus qu'en temps d'inflation avec de l'or. On peut même constater que la pénurie d'or a été suivie d'une véritable faim d'or qui fera dédaigner peut-être dans certains cas l'économie d'or de 33 % que mon système permet malgré une plus forte stabilité du travail fini. Il est certain que cette période va passer aussi et que nous reviendrons au système d'avant-guerre, c'est-à-dire travailler autant que possible des métaux précieux, mais en les économisant quantitativement autant que possible également, sans naturellement aller jusqu'à nuire à la résistance de notre travail.

Le système décrit ici aboutit non seulement à cela, mais offre encore, malgré une plus grande légèreté et une exécution plus facile, une résistance et une aptitude à la mastication augmentées.

La genèse du système a débuté par la construction d'une pièce intermédiaire de bridge préparée d'avance.

Figure I. — Une petite loge creuse ayant la forme d'une prémolaire ou molaire est munie d'une facette porcelaine.

Au moyen de semblables loges préparées d'avance, j'ai fait un grand nombre de bridges pour lesquels ou bien il n'y avait pas d'antagonistes, ou bien il se trouvait dans ma réserve une loge

1. Traduction de M. Weinacht

s'articulant avec l'antagoniste. J'entretenais ma réserve en pièces intermédiaires préparées d'avance, dans mes moments libres, d'après la méthode de la coulée.

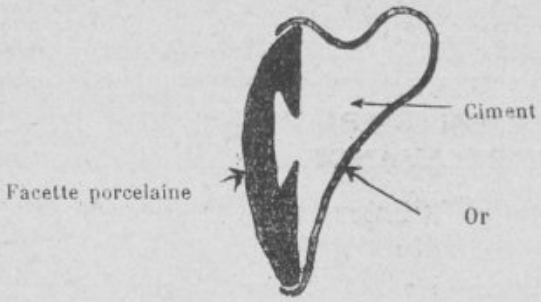


Fig. 1.

Après avoir façonné les couronnes-piliers, j'y soudais simplement ma pièce ainsi préparée et en peu de temps je créais un bridge de belle allure. L'emploi de pareilles pièces préparées à l'avance n'était plus possible dès que l'articulation se compliquait quelque peu, par exemple après la progression de l'antagoniste dans l'espace des dents manquantes.

Il fallait donc améliorer mon système. J'inventai alors des loges sans faces triturantes dont je reproduis ici la forme initiale.

Figure II. — Elles furent confectionnées en des diamètres mésio-distaux différents de 2 m/m à 7 m/m et de 2 m/m 1/2 à 8 m/m de hauteur. Donc, à partir de l'intervalle lacunaire le plus étroit jusqu'à la largeur d'une grosse molaire j'avais à ma disposition une série de loges dont la forme profonde s'adaptait à l'oc-

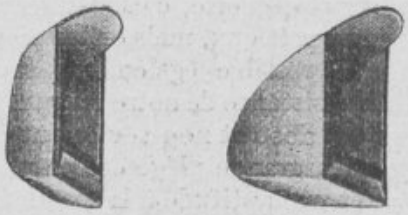


Fig. 2.

Forme plate Forme profonde

clusion normale et la forme plate à toutes les occlusions plus ou moins anormales.

Les loges présentent une ouverture vestibulaire pour recevoir la dent en porcelaine. La surface triturante diminue rapidement lingualement, permettant son emploi même dans les occlusions très basses.

Figure III. — La confection de la face triturante se fait donc ici en dehors de la confection de la loge, d'après le modèle en cire pris dans la bouche du patient, comme je vais l'expliquer un peu plus loin. Un perfectionnement ultérieur donnait la loge très plate, en somme une simple contre-plaque munie d'une logette pour la réception des crampons.

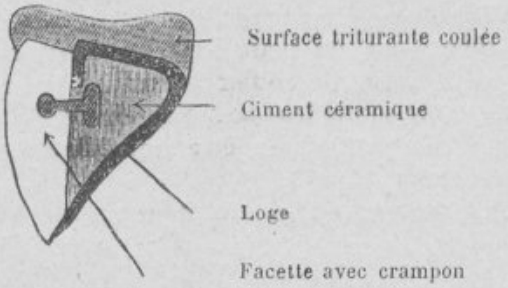


Fig. 3.
Loge profonde avec facette placée après la coulée

Figure IV. — La contreplaque fabriquée en trois grandeurs différentes dépasse la dent de toutes parts. Elle sera, après avoir fait une incision aux angles, simplement courbée par-dessus la dent au moyen d'une pince et ajustée à la lime. On soude ce membre au bridge et l'on coule la face triturante s'il n'existe pas de racine vestibulaire. S'il en existe une, au contraire, on prendra une empreinte avec le pivot « *in situ* », on préparera le pourtour de la racine profondément et, après avoir modelé le talon, on coulera avec la bague.

Fig. 4.
Loge genre contreplaque, vue frontale

Figure V. — Ainsi le système semblait avoir atteint sa perfection. On avait réalisé une large économie de matériel et de temps et le modèle de la face triturante était parfait.

C'est alors que je réussis l'invention du ciment céramique. C'est un ciment au phosphate de zinc sur la même base que les

autres ciments dentaires. Il se distingue de ceux-ci par la façon dont il se comporte vis-à-vis de la chaleur. Tous les ciments se désagrègent à une température supérieure à 400° Celsius (rouge sombre). Le ciment céramique, par contre, ne se désagrège pas, mais fond et se prend en une masse céramique semblable à de la porcelaine qui, à l'égard d'autres ciments dentaires, a le grand avantage d'être très résistant et inattaquable par les acides buccaux.

L'invention de ce ciment facilite le travail d'une façon insoupçonnée. Grâce à lui, on peut fixer les dents en porcelaine dans leur loge, déjà avant de couler la surface triturante, immédiatement après avoir soudé les loges aux piliers. La surface triturante une fois modelée peut donc être immédiatement coulée sur les facettes porcelaine.

Voici les avantages qui en résultent :

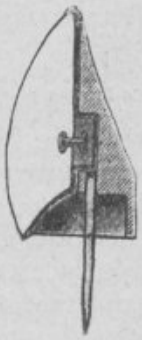


Fig. 5.

Loge contreplaque avec facette, pivot soudé, talon et bague coulés.

1) Le ciment céramique se fixe, à la cuisson, fortement sur la dent et ne se détache pas, même si, avec le temps, la loge arrivait à se perforer à un endroit quelconque, mettant à nu le ciment sous-jacent.

2) La surface triturante coulée peut empiéter sur la dent de façon à la retenir déjà mécaniquement, comme la sertissure retient une pierre précieuse.

3) On évite, après le modelage, la perte de temps due à l'enlèvement des facettes porcelaine et après la coulée, celle due à l'ajustage et au scellement des facettes dans les loges.

4) La dent est sertie d'une façon hermétique.

Cette méthode de travail oblige uniquement à garantir, par une mince couche de ciment céramique, les parties de la dent sur lesquelles le métal doit couler, pour éviter qu'à la suite du refroidissement et de la contraction du métal la porcelaine ne vienne à éclater. Ceci n'arrivera jamais en prenant la précaution indiquée.

Pour obvier à l'éclatement de la porcelaine, nous avons construit une nouvelle forme de loge, la *loge à bavette*.

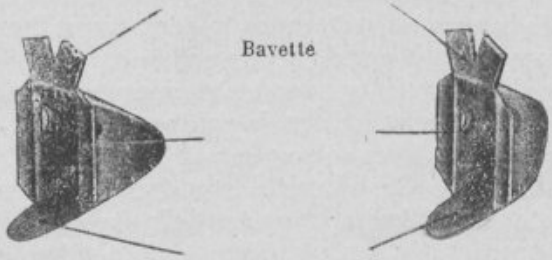


Fig. 6.
Bavettes forme profonde

Fig. 7.
Languette d'appui pour la facette forme plate

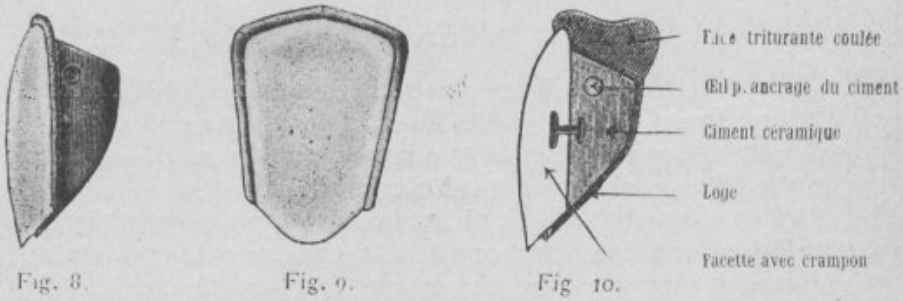


Fig. 8.
Vue de profil avec facette et bavettes retournées

Fig. 9.
Vue frontale

Fig. 10.

La nouveauté de ces loges consiste en des appendices en forme de bavettes qui seront recourbés par-dessus les arêtes triturante, mésiale et distale de la facette. Lors de la coulée, cette bordure métallique empêche le métal en fusion de toucher à n'importe quel endroit la dent en porcelaine et par conséquent évite par là même son éclatement.

Enfin, il existe pour ma méthode des soudures spéciales permettant d'inonder — avant la coulée des surfaces triturantes — les couronnes piliers et les parties intermédiaires du bridge avec de la soudure de façon que, lors de la coulée, le métal en fusion se combine automatiquement à la soudure. Le temps perdu par « les paillons de soudure à placer » après la coulée est par là évité.

Résumé de la méthode

A. — Travail préparatoire

1) Les bagues ou couronnes brasées sont, après décorticage des piliers du bridge, mises en bouche et adaptées au pilier.

2) Une cire d'occlusion est prise par-dessus ces couronnes ou bagues.

3) Prise d'empreinte en plâtre avec les bagues ou couronnes en place. Les bagues ou couronnes restent fixées dans l'empreinte et seront immobilisées par de la cire collante.

4) Coulée de l'empreinte avec les couronnes ou bagues en position et mise en articulation avec la contre-empreinte.

5) Recherche des loges convenant à l'articulation.

6) Mise en place des facettes porcelaine et ajustage des bavettes de la loge par-dessus les arêtes de la facette.

7) Couronnes et loges sont légèrement inondées de soudure à leurs points de contact et sur leur surface triturante. (Soudure spéciale 3003 respectivement 5156 ou 750 III).

B. — Coulée du bridge

Modification I

a) Les facettes porcelaine sont scellées dans les loges au moyen de notre ciment céramique. Les facettes porcelaine sont protégées, aux endroits susceptibles d'être recouverts du métal en fusion, par une mince couche de ciment céramique.

b) Les couronnes-piliers et les loges munies de leurs facettes porcelaine sont fixées fortement à la cire collante. Les surfaces triturantes sont modelées par-dessus, des tiges de coulées (grosseur d'une épingle à cheveux) sont placées en de nombreux endroits aboutissant à des places recouvertes de soudure.

Mise en revêtement du tout et coulée.

Figure XI. — Pour la coulée le cylindre doit être rouge vif, les trous de coulées doivent briller clairement. Laisser refroidir lentement. Le bridge sort de là complètement terminé. Le ciment céramique devient de la porcelaine à la température de coulée.

Modification II

Cette modification permet la confection d'une surface triturante physiologiquement parfaite.

a) On fixe à la soudure les loges aux piliers. Les surfaces triturantes des loges sont légèrement inondées de soudure.

b) On cimente les facettes porcelaine dans les loges au moyen du ciment céramique.

Enduire l'arête triturante de la facette porcelaine d'une légère couche de ciment céramique.

Quand on emploie des loges à bavettes, on borde les trois côtés de la facette porcelaine en recourbant les bavettes, avant de cimenter.

c) La surface triturante du bridge est garnie d'une couche de cire, le bridge est mis en bouche et par des mouvements de mastication le patient modèle lui-même une surface triturante d'une justesse physiologique insoupçonnée.

On place les tiges de coulée, on met en revêtement et l'on coule.

Modific. 3. Surf. triturante.

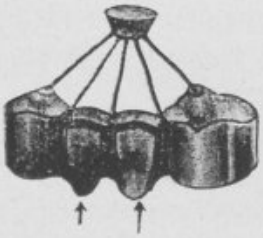


Fig. 11.
Bridge après la coulée, loges à bavettes, avec facettes scellées avant la coulée.

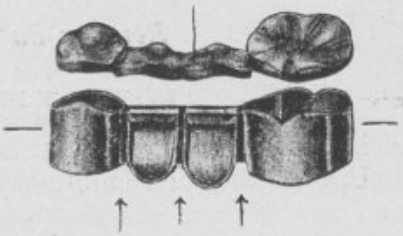


Fig. 12.
Soudure, loges, bagues.

Modification III

On peut naturellement couler la surface triturante du bridge séparément et la fixer après sur les bagues et les loges avec de la soudure (fig. 12).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 3 novembre 1925

PRÉSIDENCE DE M. V. E. MIÉGEVILLE

La séance est ouverte à 21 heures.
Une centaine de membres sont présents.

I. — CORRESPONDANCE.

Lettre d'excuse de M. Geoffroy, malade, et empêché de faire sa communication, qui est reportée au mois prochain.

II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

La tradition veut qu'en prenant possession de ce fauteuil, à l'ouverture de la session, le nouveau président prononce une allocution. Je me conforme d'autant plus volontiers à cette tradition qu'en agissant ainsi je m'acquitte d'un devoir de courtoisie à l'égard de ceux dont je suis appelé à diriger les débats.

J'en profite donc pour vous exprimer à tous ma profonde reconnaissance de m'avoir honoré de vos suffrages en me confiant une fonction aussi enviable, un poste aussi élevé, car, ce sera là, mes chers confrères, le grand honneur de ma carrière professionnelle.

Ma surprise fut grande quand le bureau sortant m'annonça qu'il me proposait à vos suffrages et je l'ai remercié bien sincèrement, car son choix m'honore profondément.

Mais, c'est une lourde charge que vous me confiez et elle eût été, je vous assure, bien mieux remplie par de plus dignes qui sont nombreux ici.

Je suis en effet tout confus de m'asseoir ce soir dans ce fauteuil pour présider aux débats scientifiques de notre chère Société, lorsque, jetant un regard sur le passé, je me vois, moi, seul chef de clinique succédant à mes trente prédécesseurs, tous professeurs à

l'Ecole dentaire de Paris, parmi lesquels plusieurs furent des célébrités odontologiques, quelques-uns même des savants. Mais hélas! un bon nombre sont disparus, et, je salue ici respectueusement leur mémoire.....

En jetant les yeux devant moi pour me rassurer j'aperçois encore ici une pléiade de confrères éminents dont plusieurs furent mes maîtres. Ce m'est une raison de plus pour apprécier tout le prix du choix que vous avez fait ; oui, je suis plein d'inquiétude mais aussi de fierté, et, en regardant à mes côtés, je suis moins inquiet, car j'aurai pour exercer ma tache l'aide des collaborateurs qui constituent le bureau de cette société, tous praticiens expérimentés, aimables collègues sur lesquels je puis compter en toute assurance et auxquels j'exprime par avance mes sentiments de gratitude pour le concours qu'ils ne manqueront pas de m'apporter. C'est tout d'abord notre si sympathique président de l'Association, M. Brodhurst, puis mon excellent ami et bi-confrère Desforges, notre aimable secrétaire général Solas à qui vous avez donné en juillet une si grande marque de confiance et de reconnaissance en le nommant pour trois années encore dans ses fonctions ; je n'ai pas à vous en faire l'éloge ; enfin notre jeune ami Cadic secrétaire-adjoint, dont le dévouement et la bonne collaboration, je sais, me sont acquis d'avance.

Il serait quelque peu prétentieux de ma part, peut-être même aussi non moins révolutionnaire, de songer à établir un programme d'action — j'en vois qui sourient et semblent déçus. — Non, je ne veux pas faire de révolution, le long séjour à la campagne et la réflexion dans le calme au milieu de la verdure et des fleurs m'ont inspiré une ligne de conduite toute de raison et puis, cela n'irait peut-être pas sans difficultés, et même, sans dangers. S'il semble à propos de mettre dans un congrès une ou plusieurs questions à l'ordre du jour, de donner des directives, cela s'explique par le besoin de faire élucider par la profession certains points de science ou de technique demeurés obscurs ou de faire émettre une opinion ou porter un jugement ayant en quelque sorte force de loi morale. Il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'une assemblée comme la nôtre siégeant régulièrement à intervalles rapprochés. Du reste à vouloir faire porter les débats sur quelques sujets uniquement, inévitablement fixés d'une manière un peu arbitraire, à vouloir en quelque sorte tracer le sillon duquel nul n'aurait le droit de s'écarter, on s'expose immanquablement à rendre les réunions stériles, à condamner à l'inaction et au silence tous ceux dont l'activité, les recherches ou les observations se portent d'un autre côté. Bref nous acceptons volontiers tous les travaux et nous les solliciterons. Je formulerai simplement cependant

un petit désir — nous sommes, ne l'oubliez pas, deux pharmaciens dans le bureau — ce serait de voir donner un nouvel essort aux questions de thérapeutique qui semblent somnoler un peu depuis quelques années. Mais après tout, la thérapeutique — Θεραπεω : je soigne, je guéris — n'est-elle pas l'ensemble de tous les moyens physiques chimiques, mécaniques et même chirurgicaux employés pour soigner et essayer de guérir nos malades. Cette science particulière tient donc une grande place dans la science dentaire en général, science qui nous occupe tout particulièrement ici. Nous sommes donc logique avec nous-même en donnant cette explication pour une tendance dont nous nous confessons volontiers en cet appel fait plutôt à nos amis pharmaciens-dentistes.

Ceci dit nous sommes persuadé que le moyen de rendre nos réunions fructueuses c'est de vous convier largement tous à y venir apporter sans timidité et sans hésitation tout ce qui peut être considéré comme un progrès, un perfectionnement, une amélioration. Les découvertes, les inventions de quelque ordre qu'elles soient ; les appareils, les instruments dus à votre ingéniosité ; les constatations que vous aurez faites ; les procédés de traitement que vous aurez imaginés, c'est-à-dire ce qui, en un mot, dans l'ordre scientifique, technique et même purement manuel, est de nature à réaliser un progrès peut et doit nous être présenté.

Il est parmi nous beaucoup de jeunes praticiens nouvellement entrés dans la profession : c'est à eux tout particulièrement que j'adresse un appel. Qu'ils viennent, comme leurs anciens l'ont déjà fait, verser leur offrande sur l'autel de la science odontologique afin que le flambeau de cette science, non seulement ne s'éteigne jamais, mais brille sans cesse d'un nouvel éclat.

Notre chère profession, vous le savez, est fortement attaquée, injustement attaquée, d'aucuns la déclarent insuffisante, inutile voire même dangereuse, et, ils ont juré la perte du chirurgien-dentiste espérant sous un travestissement nouveau lui donner une étiquette différente. Les uns, illuminés, ambitieux, fascinés par un titre, sont sortis hélas ! de nos rangs ; les autres, venus en droite ligne de la grande famille médicale, ont l'air d'oublier ce qu'ils ont appris de nos aînés ; la reconnaissance hélas ! n'est plus de ce monde !!

Quelle meilleure défense cependant leur opposer que de leur montrer et publier partout, pour toute réponse, les progrès que réalisent chaque jour l'odontologie, l'art et la science dentaires grâce aux chirurgiens-dentistes.

Vous voudrez bien excuser cette légère incursion sur un terrain qui semble plutôt du domaine de la polémique que du domaine scientifique. Je ne m'en sers que comme un argument de discussion à l'appui de la thèse que je soutiens et que vous approuverez

certainement tous parce qu'elle est de l'essence même de notre société qui, de par son règlement, n'a d'autre but que de *vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'Art ou à la Science dentaires et de produire et discuter les faits nouveaux.*

C'est à poursuivre ce but, mes chers confrères, que je vous invite et comme les discours les plus courts sont sinon les plus beaux, mais les moins fatigants, j'ai pitié de vous et je ne prolongerai pas davantage cette allocution que je vous suis reconnaissant d'avoir écoutée avec attention.

En terminant, je vous demanderai donc de commencer dès à présent nos travaux et je formule le souhait que la session 1925-1926 de notre société ne soit pas inférieure comme moisson scientifique aux sessions qui l'ont précédée depuis 45 ans qu'elle existe. Votre président vous sera infiniment reconnaissant de l'aider dans sa tâche soit en lui apportant, soit en lui procurant auprès de vos amis des communications qui nous instruiront et nous charmeront tous.

C'est donc votre bon concours à tous, mes chers confrères, qui assurera la vitalité et la prospérité de notre société et je suis persuadé qu'il me suffira de le solliciter pour que vous nous l'accordiez sans réserve afin qu'il contribue au progrès et au bon renom de l'Odontologie française.

(*Vifs applaudissements*).

III. — Double ulcération cancéreuse dans la cavité buccale

M. le Dr Bonnet-Roy présente le malade et donne lecture de la communication (V. p. 805 du présent numéro).

Discussion

M. le Dr Roy. — Le cas présenté par M. Bonnet-Roy est tout à fait intéressant autant que j'en ai pu juger par l'examen superficiel que j'ai fait : la langue paraît en très bon état ; il n'y a plus trace d'ulcération, ni de la joue, ni de la langue. Néanmoins il me semble qu'il y a un ganglion ; je me demande s'il n'y aurait pas lieu tout de même de faire l'exérèse de ce ganglion. Bonnet-Roy est plus qualifié que quiconque pour juger de la chose, mais je me demande s'il n'y aurait pas lieu, par mesure de prudence, de faire quelque chose, car ce ganglion a l'air un peu adhérent à la peau.

J'ai constaté aussi avec intérêt qu'il n'y avait pas eu de répercussion sur le maxillaire inférieur. Le radium donne quelquefois des nécroses osseuses ; il n'y a rien eu du côté de l'os : la guérison s'est donc faite dans des conditions tout à fait satisfaisantes. — C'est un résultat tout à fait intéressant et certainement il présente au moins autant de garanties et peut-être même plus que le bis-

touri, qui malheureusement n'est pas toujours suivi de résultats extraordinaires.

C'est un cas encourageant et il y a lieu de féliciter M. Bonnet-Roy pour le beau résultat qu'il a obtenu.

M. Bonnet-Roy. — J'ai signalé tout à l'heure la présence d'une adénopathie sus-hyoïdienne ; je crois qu'elle est inflammatoire. Je n'étais pas inscrit officiellement sur l'ordre du jour de ce soir précisément à cause de ce ganglion, car quand j'ai revu ce malade il y a 15 jours ou trois semaines, j'ai eu l'attention attirée par ce ganglion ; je ne pouvais pas présenter le malade comme guéri s'il avait eu un ganglion néoplasique. J'ai assisté à la fonte de cette adénopathie qui a diminué de volume de moitié depuis 15 jours. Je pourrais l'enlever ; je voulais d'abord la voir fondre, ce qui fait penser qu'elle n'est pas néoplasique.

Quand les ganglions réagissent après le radium, ils le font avec une rapidité et une intensité déconcertantes. Quand on a mis du radium dans la cavité buccale et qu'on a négligé les ganglions qui, cliniquement, n'étaient pas décelables, dans les huit jours qui suivent, on les voit apparaître. Le radium agit comme un coup de fouet.

Je me souviens d'une malade qui avait, chose, je crois, absolument exceptionnelle, un double cancer de la langue sur les deux bords : l'un avait la formule histologique d'un sarcome, l'autre d'un épithélioma. Cette malade, qui était âgée et difficile à traiter, n'a pas voulu que je lui fasse une plaie cervicale. Je lui ai mis des aiguilles de radium dans ses deux lésions : elles ont fondu comme celle-ci, mais cela a donné un coup de fouet à un ganglion qui existait et n'était pas décelable ; un mois après elle avait une masse ganglionnaire grosse comme un œuf de poule, ce qui me fait penser que si le malade que vous venez de voir avait un ganglion néoplasique il aurait augmenté de façon considérable.

M. Roy. — Je suis heureux d'avoir provoqué ces explications de M. Bonnet-Roy, qui ne nous avait pas dit l'évolution suivie par ce ganglion ; je croyais qu'il n'avait pas bougé. Cette fonte est en effet tout à fait intéressante et semble justifier le diagnostic que M. Bonnet-Roy a porté.

M. le Président. — Vous venez d'entendre M. le Dr Bonnet-Roy qui, toujours si aimablement, vient nous intéresser et nous instruire par ses savantes communications. Au nom de la Société d'Odontologie, je lui adresse nos plus vifs remerciements.

IV. — Presse a air comprimé pour couler les métaux sous pression, par M. Ninck

M. Ninck donne lecture de la communication (v. p. 808 du présent numéro).

Discussion

M. Blatter. — M. Ninck est venu à l'Ecole, il y a quelques jours, me faire voir cet appareil et m'a demandé mon opinion. Je lui ai conseillé de le présenter à la Société d'Odontologie, et d'en faire une démonstration pratique.

Le nom de M. Ninck n'est pas inconnu de la profession. Son grand-père a été le premier professionnel qui s'est servi du caoutchouc vulcanisé pour la confection des appareils dentaires, il a une parenté professionnelle intéressante et je crois qu'on doit le remercier d'avoir fait le voyage de Nice à Paris pour montrer cet appareil.

M. Ferrand. — Comment se rend-on compte de la pression ?

M. Ninck. — Le levier est complètement relevé ; en l'abaissant on sent très bien quand la pression est suffisante ; le cliquet arrête, cela ne peut pas monter ; de sorte que jamais il n'y a trop de pression ni pas assez.

M. Henri Villain. — M. Ninck peut-il nous dire quels avantages présente son appareil sur les appareils à force centrifuge ?

M. Ninck. — Dans tous les appareils autonomes existants, quelles que soient l'importance de la pièce à couler et la grosseur du cylindre, la pression est toujours la même, elle n'est pas comme dans mon appareil réglée au degré voulu. De plus, dans les autres procédés la pression n'est pas constante pendant la solidification du métal coulé, dans le mien, au contraire, cette solidification se produit sous l'action directe de l'air comprimé, dont la pression se prolonge autant qu'il est nécessaire et empêche les boursouflures et piqûres dans la masse même du métal. Comme la pression est progressive et continue et qu'elle est donnée par un fluide élastique on évite également les bavures et les déformations du moule.

M. H. Villain. — Je vous demanderai de faire une expérience pratique. Quand on a commencé les premiers appareils, on coulait des petits cubes de 1 centimètre ; on en a coulé un avec la vapeur, un avec la fronde, c'est-à-dire la force centrifuge. Il se trouva que les molécules du métal du cube qui avait été coulé par la force centrifuge étaient beaucoup plus denses que celles coulées avec la vapeur ; il y avait une différence en poids de 1 gramme entre les deux cubes, si mes souvenirs sont précis.

Il serait utile que M. Ninck fasse des expériences semblables et qu'il puisse nous dire si vraiment, avec l'air comprimé tel qu'il l'obtient, les molécules sont aussi denses qu'avec les appareils à force centrifuge. Voilà, il me semble, un point qu'il serait intéressant à connaître.

M. Ferrand. — On pourrait mettre un aéromètre pour indiquer exactement la pression.

M. Ninck. — Oui, mais cela augmenterait le prix de revient.

Un membre. — Et si vous donniez une trop grande pression ?

M. Ninck. — On arriverait aux inconvénients qu'on a remarqués dans les autres appareils, c'est-à-dire le craquement du revêtement.

Un membre. — Il faut savoir limiter la pression.

M. Ninck. — Suivant l'importance de la pièce à couler, on limite la pression par avance ; on la sent très bien. J'arrive à une pression énorme ; si vous mettiez le doigt en-dessous, vous sentiriez la pression que j'obtiens. Pour des inlays, je mets le cliquet au dernier cran et j'ai une pression très petite ; pour les choses menues il n'y a pas besoin de grande pression. Or, dans les autres appareils, la pression est toujours la même.

M. Roy. — Comment est composée la pompe à l'intérieur ?

M. Ninck. — Comme une pompe refoulante ordinaire avec un piston en cuir embouti préservé de la chaleur par une rondelle d'acier ; la chaleur à l'intérieur de la pompe est d'ailleurs insignifiante.

M. Roy. — L'appareil n'est-il pas susceptible de se dérégler ?

M. Ninck. — Non, absolument pas. La construction robuste, la simplicité de la manœuvre et du mode d'exécution de l'appareil garantissent largement son fonctionnement normal ; d'ailleurs, j'emploie avec succès ma presse depuis plus de deux ans et elle n'a jamais été déréglée.

M. G. Villain. — Je trouve l'appareil de notre confrère Ninck tout à fait intéressant, parce que la pression d'air peut être réglée ; elle n'est pas calculée dans son appareil, mais il pourrait aisément le faire. Il serait bon de connaître la pression exercée par rapport à la surface des cylindres ; il serait utile d'avoir cette mesure indiquée sur les différentes graduations de la tige du piston pour chaque variété de cylindre puisqu'il y a une série de cylindres. Ceci est important pour les différents métaux que nous sommes appelés à couler ; il est évident que dans l'aluminium il y a une très grosse difficulté d'obtenir la coulée parce qu'on a une pression trop forte et pas suffisamment maintenue.

L'appareil pourrait servir aussi pour la coulée de métaux qui ne dégagent pas une chaleur suffisante quand ils sont à l'état de fusion, comme l'étain. A ce point de vue l'utilisation de cet appareil représente un véritable progrès. Il y aurait lieu d'envisager, comme le disait tout à l'heure mon frère, le résultat sur la densité du métal coulé. Mais il y a une expérience aussi à faire : c'est la résistance des divers revêtements avec des pressions variées lors de la coulée.

Lorsque nous employons un revêtement, nous avons tous remarqué les ratés nombreux et successifs de coulées que nous avons dans nos laboratoires. Ces ratés sont dus à la constitution du revêtement, un revêtement trop riche, par exemple, en carbonate de chaux. Mais nous avons aussi remarqué la finesse variable des pièces coulées que nous sortons avec un même revêtement, et cette finesse est peut-être due à une pression différente ; suivant que nous employons une différence de pression trop forte ou trop faible, nous chassons le métal sur le corps de revêtement et faisons pénétrer plus ou moins les molécules métalliques dans les molécules de plâtre.

Je voudrais demander à M. Ninck d'employer différents revêtements à des pressions déterminées, et voir le résultat quant au grain du métal projeté sur les différents revêtements avec des pressions calculées. Je crois qu'ainsi on approche petit à petit de la réalisation scientifique des appareils de pression que nous avons à utiliser. Qu'on emploie la force centrifuge, l'air comprimé, soit comprimé par un corps de pompe préalablement et chassé dans le moule au moment où l'on ferme celui-ci ; qu'on emploie la vapeur d'eau, aucun de ces procédés n'est basé sur des données précises et surtout calculables. Dans celui qui nous est présenté, il y a des cylindres excessivement petits, ce qui est un avantage considérable pour nous, car il y a une déperdition moins grande de chaleur ; la fusion peut se faire plus rapidement. Je crois que cet appareil sera extrêmement précieux et nous permettra d'obtenir des coulées rationnellement calculées suivant la constitution et le volume du métal. Pour ma part, je suis heureux de féliciter M. Ninck de nous avoir présenté un appareil aussi perfectionné que celui-ci.

M. le Président. — Après une discussion aussi étendue que celle qu'ont suscitée la si intéressante présentation de M. Ninck et les explications détaillées qu'il nous a données, je n'ai qu'à joindre mes félicitations à celles de mes confrères sur l'ingénieux appareil de M. Ninck et le remercier d'avoir bien voulu venir de Nice pour nous faire cette présentation. M. Ninck doit faire demain matin à l'Ecole une démonstration avec sa presse, j'espère que les auditeurs seront nombreux ; en tous cas M. Ninck nous a promis de renouveler sa démonstration à la prochaine séance de démonstrations pratiques de notre Société et je l'en remercie encore.

V. — Congrès dentaire international de Philadelphie.

M. G. Villain. — Je désire vous entretenir du septième Congrès dentaire international qui doit se tenir à Philadelphie au mois d'août prochain. Je vois tout de suite le sourire sur vos lèvres :

Philadelphie est assez loin, le dollar coûte cher ; nous n'avons pas l'intention de faire un déplacement aussi long, aussi onéreux.

On m'a souvent traité d'américanophile ; pour une fois je le serai encore.

J'estime que c'est un devoir pour tout Européen de visiter les Etats-Unis. C'est un double devoir pour un dentiste d'aller dans le pays qui est certainement le premier du monde au point de vue de notre science et de notre art spécial. Les Américains savent recevoir ; je l'ai expérimenté plusieurs fois, et je vous assure que vous serez admirablement traités là-bas. Nos confrères ont fait très largement les choses ; ils désirent que le congrès soit un succès : or, il est déjà assuré d'être un succès par le contingent américain lui-même. Il y a 55.000 dentistes aux Etats-Unis ; ces 55.000 dentistes ne sont pas tous groupés en associations professionnelles ; mais, il y a une Association professionnelle qui à elle seule compte 45.000 membres payant cotisation. Vous imaginez que cette Association puisse être quelque peu puissante. Celle-ci s'est inscrite au Congrès et paiera un dollar par membre pour assurer les fonds matériels nécessaires. Nos confrères américains réunissent dans un congrès national annuel 7 à 9.000 membres ; ils espèrent bien réunir, pour un Congrès international, un nombre plus considérable de leurs membres. Mais ils voudraient qu'il y ait un grand nombre de dentistes venant de toutes les parties du monde. Et pour nous inciter à faire le voyage de Philadelphie, ils ont créé une organisation que je ne puis qualifier autrement que d'admirable. Cette organisation nous a été exposée à la Fédération dentaire internationale, lors de la session de Genève, en août dernier, où nous étudiions le fonctionnement du Congrès et où ont été décidées les diverses modalités d'organisation : programme, conditions d'admission comme membre du Congrès, etc...

Voici ce que nos confrères américains ont fait : Pour une somme comprise entre 527 et 558 dollars, c'est-à-dire 11 à 12.000 francs, vous ferez le voyage aller et retour, un voyage circulaire jusqu'à Chicago par Baltimore, Washington, Pittsburg, retour par Rochester, Detroit, les chutes du Niagara, Boston, tous les frais de séjour, chemins de fer, hôtels, etc., sont inclus dans ce prix de 550 dollars. Espérons que le dollar baissera et ce sera moins cher. Inutile de vous dire que le prix de transport sur un bateau transatlantique aller et retour coûte actuellement 10 à 15.000 francs ; or, vous ferez tout le voyage aller et retour dans un bon bateau où seuls les membres du Congrès pourront prendre passage ; vous irez à New-York où vous serez reçus par la Société des confrères new-yorkais ; visite de la ville, banquet, départ le lendemain pour Philadelphie.

Séjour à Philadelphie de 4 à 5 jours. Ensuite, voyage circulaire comprenant : Baltimore, qui est le berceau des écoles dentaires ; Washington, visite de la Maison Blanche, Capitole ; visite du tombeau de Washington. Puis départ pour Chicago, visite de Pittsburg visite du plus grand centre métallurgique existant ; Rochester, visite de la ville et du dispensaire créé par Eastsman pour les enfants, qui permet de recevoir une centaine d'enfants simultanément, avec une installation parfaite. De Rochester, Detroit avec visite des usines Ford. Personnellement, je n'ai jamais pu les visiter ; nos confrères ont pu s'organiser pour cela ; ces usines sont plus grandes qu'une ville. Ensuite Niagara, visite des chutes ; Boston, et retour à New-York par la vallée de l'Hudson.

Nos confrères canadiens désireraient que notre présence sur l'autre côté de l'hémisphère nous permette de visiter le Canada. Il suffit de traverser le lac Toronto pour aller au Canada, à Montréal ; puis Québec, la vieille ville française d'Amérique. Après, le retour se ferait par Boston et New-York.

Le Dr Dubeau a écrit à mon frère à ce sujet pour savoir le nombre de membres qui pourraient participer à ce voyage et il pense que pour 50 dollars de supplément on pourrait faire ce tour complémentaire. Au lieu de revenir sur Boston et New-York, on repartirait de Québec sur l'Europe avec 3 jours de moins en mer.

Voici quelle est la partie récréative du Congrès. Les conditions ont été détaillées dans un itinéraire qui indique heure par heure comment nous passerons le temps là-bas. Les parcours se feront en bateau ou en chemin de fer. En chemin de fer, aux Etats-Unis, il y a une particularité : c'est que les wagons-lits sont constitués par de véritables dortoirs ; le wagon n'a pas de séparation et les sièges sont relevés le soir ; vous avez tout au long du wagon une série de lits allongés et superposés. On se couche dans ces lits ; on se déshabille derrière un rideau. A l'extrémité de chacun de ces immenses wagons-lits, il y a toujours un salon qui est aussi confortable que possible, beaucoup plus que nos wagons-lits. Ces salons, admirablement organisés sont pour 2, 3 ou 4 personnes, avec cabinet de toilette. C'est dans ces compartiments qu'ils font voyager les Européens. Par conséquent, voyage en pullmann, salon réservé pour les nuits à passer en chemin de fer.

Nous descendrons dans les meilleurs hôtels de chaque ville, par exemple à Chicago, c'est au plus bel hôtel que nous logerons ; quant aux repas, on nous a dit : vous mangerez toute la journée si vous voulez !

En dehors de cela, nos confrères ont voulu assurer le repos. Or, dans le voyage tel qu'il est conçu, une grande partie du temps se passe en chemin de fer. Les wagons sont bien suspendus et on y

dort à merveille. Comme nous ne resterons pas longtemps dans chaque ville, les confrères américains ont organisé des chambres dans les hôtels pour ceux qui ne voudraient pas continuer la visite de la ville par exemple ; les congressistes fatigués pourront aussi rester dans leur compartiment, le train demeurera en gare, car c'est un train spécial qui sera utilisé au cours de ce voyage.

Voilà pour le confort au cours du voyage.

Maintenant, la question professionnelle. Il est évident que vous trouverez là-bas des éléments de grande valeur ; vous rencontrerez ces confrères très nombreux dont vous connaissez les noms, dont vous lisez les travaux soit directement dans les brochures américaines, soit dans les traductions que nous reproduisons dans nos journaux français. Vous ferez connaissance avec ces confrères éminents ; ils présenteront leurs travaux ; vous assisterez aux nombreuses démonstrations qu'ils feront ; vous aurez une exposition de premier ordre installée. Nos confrères ont fait construire un immense hall où se tiendront les réunions ; ce hall est entouré d'une série de petites salles pour les sections ; une partie est réservée aux démonstrations, l'autre partie aux expositions.

Il y a plusieurs sections ; je n'ai pas la liste sous les yeux ; d'habitude elles étaient au nombre de 12, mais il y en aura 14 car on a créé une section de médecine militaire et la section de prothèse est divisée en prothèse pour restauration partielle et prothèse pour restauration complète.

Le Comité comprend non seulement comme Président la personnalité la plus éminente aux Etats-Unis pour chaque spécialité, mais aussi les personnages les plus réputés dans cette spécialité. Les rapports seront demandés aux confrères les plus autorisés sur les questions à traiter. Le nombre des communications sera limité, choisi ; des résumés de ces communications seront distribués afin que chacun puisse savoir à l'avance quelles sont les communications qui l'intéressent plus particulièrement.

Pour les rapports les plus importants, d'un ordre général, ils seront faits en assemblée plénière de façon que chacun puisse bénéficier du travail du rapporteur.

Je suis convaincu que tous ceux qui iront là-bas tireront un profit immense de ce voyage, au point de vue professionnel.

En dehors de cela, vous tirerez un profit moral considérable. Laissez-moi vous rappeler ce qu'ont dit les membres du Parlement français retour d'Amérique avec la mission Caillaux ; ils ne nous ont pas rapporté grand'chose ; mais ils ont pris contact, et si vous voulez tenir compte des conditions politiques intérieures des Etats-Unis, vous verrez que sur notre dos se poursuit la bataille des démocrates et des républicains là-bas. Lorsque la tournure des

événements politiques sera modifiée, démocrates et républicains cesseront de se battre sur les dettes françaises et on arrivera vraisemblablement à un règlement.

Il est de notre devoir à chacun de nous de faire ce que nous pouvons pour connaître les Américains et nous faire connaître d'eux ; c'est un devoir national pour nous de nous rendre aux Etats-Unis.

Il y en a un autre : nos confrères allemands, depuis deux ans, ont organisé ce voyage ; ils ont affrêté un bateau ; leurs membres peuvent verser mensuellement une petite somme leur permettant, après 2 années, d'avoir le nombre de dollars nécessaires pour se rendre aux Etats-Unis. C'est vous dire qu'ils ont l'intention de se rendre là-bas très nombreux.

Nos confrères français doivent faire l'effort nécessaire pour être, eux aussi, nombreux à Philadelphie.

L'art dentaire est sorti de France avec les Fauchard, les Bourdet, Jourdain Schange etc. Depuis, les Français ont travaillé et sont connus aux Etats-Unis plus que vous ne pouvez le croire. Tout récemment encore, quelqu'un arrivant du Canada me disait qu'il avait entendu parler de Messieurs un tel et un tel, dentistes français, par des dentistes canadiens ou américains. C'est vous dire que vos travaux sont connus.

Nous devons faire bonne figure et apporter là-bas des travaux importants. Il ne faut pas nous contenter d'y aller : il faut nous préparer à présenter des travaux intéressants pour les Américains ; et je vous dirai, presque sous le sceau du secret car ce n'est pas une chose encore établie, que les Américains veulent faire un effort tel que l'un d'eux m'a écrit pour me dire : « Si un travail important peut être présenté par un de vos confrères, dites-le-moi et je ferai le nécessaire pour que ce confrère puisse venir aux Etats-Unis ». Nos confrères d'outre-Atlantique feraient les frais pour qu'un confrère puisse apporter un travail intéressant. Cela a été proposé d'abord à la France ; vous êtes le premier pays m'a écrit ce confrère, auquel je pense en faisant cette proposition.

Nous devons donc faire un grand effort pour aller là-bas.

Les membres de la mission Caillaux sont revenus émerveillés de ce qu'ils avaient vu aux Etats-Unis. Beaucoup d'entre vous ont certainement lu les articles de M. Bérenger, ancien rapporteur du budget, à son retour.

Il y a quelques mois, un de nos grands artistes me disait qu'il était demandé aux Etats-Unis par un certain nombre de grands collectionneurs américains pour leur donner des conseils sur l'organisation de leurs collections d'art, mais il ne voulait pas du tout se rendre aux Etats-Unis ; il disait : pays affreux, pays

de grandes bâtisses, pays de cheminées, etc. J'ai causé avec lui et j'ai essayé de lui faire partager l'enthousiasme que j'ai pour l'Amérique en général, pour l'immense effort que représente cette nation, pour ce peuple jeune qui a su en un siècle constituer le pays le plus puissant du monde par son organisation économique et bancaire audacieuse, avec ses centres métallurgiques dont un seul a la superficie de plusieurs de nos départements, avec ses vastes terrains de culture scientifique, avec ses remarquables moyens industriels, etc. Ce n'est pas parce que les Américains ont voulu dépasser les autres qu'ils ont construit des gratte-ciels, c'est parce qu'ils ont vu des nécessités à ces gratte-ciels, et, pour les construire ils ont créé une architecture nouvelle, ébauche vraisemblable d'un style qui fera époque.

Ce peintre est rentré de New-York tout dernièrement. Savez-vous ce qu'il m'a dit ? Immense, beau, impressionnant ; c'est de l'art, l'Amérique. Quand vous entrez dans la rade de New-York en bateau, que vous apercevez au loin ces immenses gratte-ciels de 56 étages de hauteur, vous êtes émerveillé de spectacles splendides et esthétiques, tout ici est à l'échelle de la rade, celle-ci est immense. Vous voyez ensuite le fameux pont de Brooklyn avec ses 14 voies sur un pont suspendu qui est dû, je crois à l'audace d'un Français : 14 voies ! pour chemin de fer, tramways électriques, chemin de fer métropolitain, automobiles, piétons, voitures à chevaux, etc... le tout à 60 mètres de hauteur et 1800 mètres de longueur !

Tout ceci mérite d'être vu, ainsi que les paysages, car il ne faut pas croire que les Etats-Unis soient dépourvus de beaux sites naturels. Lorsqu'on parle du fameux canon des gorges du Tarn, c'est comme si l'on comparait la vallée de la Seine à la vallée de Chamonix. Le canon du Colorado n'a pas moins de 30 kilomètres de largeur et 3.000 mètres de profondeur. Il est constitué par des rochers de toute beauté par leurs formes, leurs proportions et leur coloris éclatant et varié dû aux oxydes métalliques contenus dans ces rochers. Vous avez les grandes plaines de l'Arizona, avec la forêt pétrifiée, les montagnes rocheuses, la vallée de l'Hudson, les forêts du nord de la Pensylvanie ; ce sont de belles forêts sur des collines très élevées, et il y a de jolis coups d'œil dans cette région. Ceci pour vous dire que l'Amérique n'est pas dénuée, sous le rapport artistique, de beautés naturelles.

Par conséquent, au point de vue professionnel, au point de vue de la joie des yeux, au point de vue de l'instruction, du besoin de connaître non seulement un autre peuple, une autre nation, mais d'autres méthodes de travail, il y a intérêt à se rendre en Amérique. Chaque fois que j'ai été aux Etats-Unis j'ai rapporté un bagage

intéressant qui a payé et ma peine et mes dépenses. C'est pour vous inviter à en faire autant que j'ai pris la parole ce soir.

M. Roy. — Je reprendrai les dernières paroles que vous a dites Georges Villain et que j'ai déjà, pour ma part, dites bien des fois dans des réunions comme celle-ci où l'on parlait des Congrès futurs. Il est incontestable qu'un congrès représente un certain dérangement pour ceux qui ont pris des habitudes de vacances et les vacances sont indispensables pour ceux qui travaillent ; les Congrès sont une source de dépenses : c'est encore incontestable. Mais d'abord la fatigue d'un Congrès n'est pas du tout la fatigue professionnelle : cela n'a rien de comparable ; j'en parle par expérience puisqu'il y a bien peu de Congrès auxquels j'ai manqué. Mais le point sur lequel je voudrais appeler votre attention, c'est celui-ci : la dépense que représente un déplacement pour assister à un congrès n'est qu'une dépense apparente. Tout le monde n'est pas millionnaire hélas ! la profession n'est pas si lucrative que cela ; et je comprends que cette dépense puisse être un souci pour chacun de nous, s'il est bon gestionnaire de ses intérêts et des intérêts de sa famille. Mais ce que je voudrais que vous sachiez, c'est que le temps et l'argent que vous pouvez dépenser pour aller assister à un congrès, ne sont ni du temps ni de l'argent perdus ; c'est de l'argent placé à très gros intérêt. Je vous l'ai déjà dit et je le redis encore, Georges Villain vient de vous le dire de son côté. Je ne suis jamais allé à aucun congrès, vous m'entendez bien, à aucune réunion professionnelle sans avoir rapporté quelque chose qui m'ait été très utile dans ma pratique professionnelle. Par conséquent, vous le voyez, c'est non seulement votre devoir, mais votre intérêt bien placé qui vous engage à assister à tous les congrès et à celui de Philadelphie en particulier.

Après ce qu'a dit Georges Villain, il serait superflu d'insister sur l'importance du Congrès qui va se tenir aux Etats-Unis. C'est là vraiment une occasion unique de voir ce pays si intéressant pour tout le monde, mais particulièrement pour nous dentistes, et je suis sûr à l'avance que tous ceux qui feront ce voyage seront payés très largement de leur peine et de la dépense qu'ils pourront faire, quelque forte que soit celle-ci.

La séance est levée à 10 h. 40.

Le Secrétaire général,
Dr SOLAS.

***

Résumé de la séance du 1er décembre 1925

La séance est ouverte à 9 heures du soir sous la présidence de M. V.-E. Miégeville.

M. Geoffroy présente un système de bridges à celluloïd. Ce procédé

consiste à évider le plus possible le corps du bridge de façon à éviter que le poids du métal ne fatigue les piliers. Ces évidements sont ensuite comblés par du ciment et les faces de porcelaine sont elles-mêmes scellées dans le même ciment.

M. le Dr Godard présente une observation sur un cas d'hémorragie grave consécutive à une avulsion dentaire.

Le patient dont il s'agit a été présenté au Dr Godard 5 jours après l'avulsion ; tous les procédés hémostatiques ont été employés jusque-là sans succès (solutions hémostatiques, sérums, moyens mécaniques). Le Dr Godard est persuadé qu'il n'est pas en présence d'une hémophilde vraie, mais d'un état hémorragique dû à la nature infectieuse de la lésion ; il se décide à pratiquer la ligature de la carotide externe du côté qui saigne. L'hémorragie s'arrête, sauvant ainsi le malade d'une mort qui semblait très prochaine et justifiant le diagnostic et le pronostic portés.

M. Joannidès, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, présente un appareil destiné à simplifier et à perfectionner la technique du bourrage des pièces en caoutchouc. Une petite marmite de Papin, un moufle spécial et un fourneau à gaz composent les parties essentielles de l'appareil. La pièce investie dans le moufle est automatiquement débarrassée de toute trace de cire. Le vide laissé par la cire est ensuite comblé, également automatiquement, par le caoutchouc, base choisie. Ce caoutchouc est injecté sous une pression réglable au gré de l'opérateur lorsque la pièce est mise en moufle et que le plâtre est sec (l'opération de la mise en moufle demande à peu près 2 à 3 minutes), l'enlèvement de la cire et le bourrage du caoutchouc sont faits dans des conditions parfaites environ en 10 minutes.

L'ingéniosité et le parfait fonctionnement de l'appareil ont vivement intéressé les confrères présents.

Le compte rendu sténographique sera publié dans un prochain numéro.

La séance est levée à 11 heures.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE [1]

Séance du 16 novembre 1925

M. Lattes. — *Un cas de réimplantation tardive d'incisive inférieure.*

M. Lattes présente une malade sur le maxillaire de laquelle il a réimplanté tardivement une incisive. La réimplantation faite depuis trois mois donne jusqu'à présent des résultats très satisfaisants.

M. Retterer. — *Dentine et émail* (dent du dauphin, du bœuf et dents de sagesse .

L'auteur montre que la dentine et l'émail sont des élaborations qui

1. Compte rendu communiqué par le secrétaire de la Société.

se font dans la portion périphérique du corps cellulaire de l'odontoblaste. L'odontoblaste proprement dit des auteurs est formé d'un protoplasma finement réticulé et nucléé. Du côté périphérique, l'odontoblaste élabore une couche mince granuleuse appelée par M. Retterer *plexus terminal*.

A la suite de ce plexus se développe une couche de protoplasma mou très transparent qui est la dentine non calcifiée, couche dentinogène des auteurs. Cette couche est cloisonnée par des stries perpendiculaires à la papille qui représentent les premières ébauches de la substance fondamentale calcifiée de la dentine.

La couche dentinogène est limitée extérieurement par une zone de protoplasma avide de matières colorantes, et traversée de distance en distance par du protoplasma clair ou hyaloplasma. On voit ainsi se succéder plusieurs couches d'hyaloplasma et de protoplasma granuleux très colorable fixant peu les éléments minéraux.

La dentine se compose donc de lames concentriques alternativement très dures : dentine proprement dite et molle ; protoplasma facilement colorable (ligne de Owen). L'auteur pense que cette structure interposant des lames dures et cassantes et des lames plus souples rend la dent élastique et partant plus résistante.

A la périphérie de la dentine on trouve une couche de protoplasma granuleux et réticulé que M. Retterer appelle couche de transition (zone limitante de la dentine des auteurs) ; à la face externe de la couche de transition on trouve une zone claire très mince à laquelle fait suite la couche profonde de l'émail constituée par des stries sombres entre lesquelles se trouvent des colonnettes d'hyaloplasma striées transversalement ; puis nouvelle zone de protoplasma sombre suivie d'émail superficiel qui a la même structure que l'émail profond. La racine ne présente pas d'émail, mais seulement une couche superficielle sombre réticulée ayant les caractères de la couche de transition située entre la dentine et l'émail (granular layer de Tomes). L'émail ne se produisant que sur la couronne paraît dû, d'après cet auteur, à l'influence de la pression et du frottement qui transforme la zone superficielle de la dentine en une masse totalement calcifiée. Pour que l'émail se développe il faut : 1° que l'odontoblaste existe ; 2° qu'il subisse une pression mécanique. Il se produit dans les couches externes du corps cellulaire de l'odontoblaste un protoplasma jeune ou hyaloplasma semblable à celui qu'on observe dans les cellules épithéliales soumises à l'irritation chimique ou mécanique.

L'auteur insiste tout particulièrement sur l'importance des pressions subies par la dent de sagesse au cours de son évolution qui amènent la formation d'une couche épaisse et tomentueuse d'émail sur la couronne de cette dent.

M. Rousseau-Decelle. — *Considérations générales sur le traitement des pyorrhées.*

M. Rousseau-Decelle insiste sur l'importance de la résorption du bord alvéolaire dans cette affection qu'il propose de dénommer *alvéoloclasie*. Il montre que cette alvéoloclasie n'existe pas chez l'enfant et

qu'elle apparait au plus tôt entre 20 et 25 ans, âge auquel elle est conditionnée surtout par des causes locales. Elle devient ensuite plus fréquente à mesure qu'on avance en âge et c'est vers 45 ou 50 ans, au moment de la ménopause, qu'elle est le plus fréquente et que les causes générales, troubles endocrino-sympathiques en particulier, ont le plus d'importance. L'auteur relie ces faits aux théories de Lumière sur les colloïdes et la floculation et il pense que le mûrissement des colloïdes et la floculation font nettement sentir leurs effets au niveau des procès alvéolaires, organes terminaux et temporaires. Il lui semble donc qu'en présence de ces faits on ne saurait opposer les théories reconnaissant une cause locale et celles reconnaissant une cause générale à l'alvéoloclasie, et il résultera de ce point de vue qu'aucun traitement local ou général ne devra être considéré comme étant plus particulièrement actif. Il s'agira, au contraire, de cas d'espèces dans lesquels il faudra judicieusement combattre les causes locales ou générales qui seront reconnues. M. Rousseau-Decelle pense que, dès maintenant, nous pouvons beaucoup pour le pyorrhéique : 1° par une hygiène générale et locale qui permettra de ralentir le processus alvéoloclasique pendant longtemps ; 2° par un traitement général étiologique qui pourra, dans certains cas, donner d'excellents résultats ; 3° quand l'alvéoloclasie et la suppuration seront définitivement établies, il faudra mobiliser tous les traitements dans une même offensive thérapeutique et non pas les opposer ; on arrivera ainsi à supprimer la suppuration et à éviter les complications locales et générales par la destruction des clapiers et l'immobilisation des dents qui rétablira l'articulé.

MM. Cunéo et Ruppe. — *Considérations sur l'ostéite fibreuse des maxillaires à propos d'un nouveau cas.*

Les auteurs rapportent un nouveau cas d'ostéite fibreuse localisée aux maxillaires. Cette observation leur permet de confirmer les données suivantes sur les formes localisées de cette maladie qu'ils font rentrer dans le cadre des scléroses osseuses et qui se traduit par la destruction progressive de l'os et son remplacement par du tissu fibreux parsemé de foyers ostéoïdes.

L'ostéite fibreuse localisée se traduit par une hypertrophie diffuse qui évolue lentement pendant des années, sans trouble fonctionnel.

Elle est prise au début pour une tumeur bénigne, un sarcome à myéloplaxes. Cette erreur de diagnostic, qui entrainerait une intervention inutile, est évitée par la radiographie qui fournit une image floconneuse que l'on retrouve d'ailleurs très souvent dans des territoires osseux qui ne sont pas cliniquement hypertrophiés. La maladie est donc radiographiquement décélable avant de l'être cliniquement.

La biopsie est facile, car la consistance est celle d'un fibrome plutôt que d'un ostéome.

Les auteurs concluent à l'expectative chirurgicale, sauf s'il y a des troubles de compression ou d'infection surajoutée. Dans ces cas, l'opération doit être modelante et non mutilante.

BULLETIN

LA CAMPAGNE ANTIODONTOLOGIQUE

Nous assistons, en ce moment, à l'un des épisodes les plus importants de la lutte qui divise depuis tant d'années les odontologistes et leurs adversaires.

Des deux côtés les énergies sont tendues, on se compte, on se groupe, on agit.

Un grand nombre de confrères suivent pas à pas les événements, d'autres plus éloignés par tempérament ou par leurs occupations ne se rendent peut-être pas un compte suffisamment exact de la situation. Sans vouloir préjuger de leurs sentiments et de leurs sympathies nous voudrions essayer de faire ici le bilan des événements actuels.

Pourquoi la lutte a-t-elle recommencé ?

Parce qu'il y a quatre ans, les Odontologistes ont appris avec stupeur qu'une commission avait été nommée par les ministres de l'Instruction publique et de l'Hygiène en vue de réformer les études dentaires.

Parce que cette commission comportait une majorité de représentants à tendance stomatologique contrairement à l'équité et surtout à cette situation de fait que les Odontologistes sont en France en grande majorité.

Parce qu'enfin, dans la première réunion de cette commission, les représentants stomatologistes ont posé nettement la question de la suppression du chirurgien-dentiste.

« L'art dentaire est une branche médicale, ont-ils déclaré, donc » pour exercer avec compétence sa profession, le dentiste doit » d'abord faire intégralement ses études médicales. »

En vain nous objectons à leurs prétentions que le dentiste peut très bien se passer de certaines parties des études médicales, qu'il peut exercer parfaitement sans connaître l'anatomie des membres, l'urologie, la psychiatrie, etc...

En vain, proposons-nous, d'accord avec d'éminents représentants de la Faculté de médecine, de prendre à la médecine ce qu'elle a d'utile pour notre profession.

On nous répond qu'hors du doctorat intégral il n'y a pas de salut.

En vain, essayons-nous de défendre l'utilité d'un titre de spécialité, on nous répond que l'unité du doctorat en médecine est un Dogme et toute discussion devient désormais impossible.

Lorsqu'à des arguments dictés par le bon sens on répond qu'il s'agit de respecter un Dogme, il ne nous reste plus qu'à nous incliner. Il n'est pas possible, en effet, de s'entendre sur des questions de sentiments. Les adversaires de l'Odontologie se sont couverts d'un manteau impénétrable. Comme les grands prêtres d'une religion, ils sont prêts à jeter l'anathème à tous ceux qui osent discuter le Dogme.

Qui sont-ils ces grands prêtres? « Les stomatologistes. » *Un certain nombre d'entre eux, les plus anciens, sont depuis toujours les adversaires des Odontologistes. Par conviction, ils défendent ce qu'ils pensent être la vérité, nous n'avons rien à dire à cela, c'est leur droit absolu.*

D'autres, plus jeunes, n'ayant jamais connu les milieux de dentistes, emboîtent le pas à leurs aînés sans discuter. Ils n'ont pas eu l'occasion de se documenter ou n'ont pas voulu le faire, avec ceux-là nous serions heureux de pouvoir causer et nous sommes persuadés que bien des divergences qui paraissent nous séparer définitivement leur sembleraient à la discussion moins incompatibles avec un modus vivendi *qui ne nous paraît pas du tout impossible à établir.*

D'autres, enfin, nous connaissent parfaitement. Issus directement des Ecoles dentaires, dont ils sont les fils spirituels, ils sont souvent nos plus farouches adversaires. Désireux de se débarrasser de toute empreinte odontologique, de se blanchir dans un milieu où, nouveaux venus, ils pourraient paraître entachés de tiédeur, ils sont les plus fervents démolisseurs de ce que leurs aînés ou eux-mêmes ont édifié pendant tant d'années.

Nous sommes persuadé qu'il n'y a parmi eux que des gens convaincus, qu'il ne se cache derrière leur odontophobie

aucune arrière-pensée, que leur amour-propre, que leur intérêt personnel ne leur dictent aucune de leurs attaques, nous pensons très sincèrement qu'il n'y a parmi eux aucun de ces « meneurs préoccupés d'assurer leur situation personnelle ».

Nous croyons, très sincèrement, que lorsqu'ils monopolisent les services hospitaliers, que lorsqu'ils imposent aux dentistes les restrictions des tableaux A et B, que chaque fois enfin qu'ils se dressent contre les prérogatives du chirurgien-dentiste, ils n'ont en vue que l'intérêt public.

Enfin, un certain nombre de chirurgiens-dentistes séduits par la thèse stomatologique sont venus récemment grossir le nombre des adversaires des chirurgiens-dentistes : ce sont les odontoiâtres. Lancés depuis quelques années dans la profession, leurs yeux se sont ouverts et ils ont cru eux aussi au Dogme.

Nouveaux desservants du culte médical, ils ont compris qu'ils ne pouvaient rester plus longtemps éloignés du doctorat en médecine, ils ont pris conscience des dangers qu'ils faisaient courir à leurs patients avec leur compétence limitée. Et comme il n'y a pas de gens plus zélés que les néophytes, ils brûlent du désir de renverser les faux dieux. Aussi quelle débauche de moyens !

La Presse professionnelle, la Grande Presse Politique, les Ministères, les Facultés sont alertés et il ne se passe pas de semaine sans que ces néo-stomatologistes ne se signalent par quelque exploit !

Avant de discuter sur le fond des moyens employés nous voudrions faire tout de suite remarquer à nos jeunes confrères tout le danger qu'il y a à sortir délibérement du cadre professionnel. Nous aimerions, pour notre part, que le public reste complètement en dehors de nos discussions et de nos aspirations. Il y a là une question de dignité corporative sur laquelle il nous semble inutile d'insister longuement. Pour peu que chacun de nous écrive dans des organes politiques d'opinion différente, ne semble-t-il pas un peu ridicule de penser qu'un jour prochain nous pourrions être classés en odontologistes conservateurs, en stomatologistes communistes ou réciproquement ? Et puis l'arme est à deux tranchants ; pour un mauvais esprit il est trop facile d'aller relever dans le clan adverse des tares, des défaillances, des petitesses. Si

nous voulons y consacrer un peu d'esprit, un peu de temps et beaucoup d'argent, la campagne dans les journaux de la grande presse n'est pas près de manquer d'aliments. Craignons que de tout cela le public ne retienne que les médisances ou les calomnies et que loin de l'avoir convaincu, nous n'ayons réussi qu'à diminuer à ses yeux le prestige qui, quoi qu'on en dise, est attaché au titre de docteur en médecine aussi bien qu'à celui de chirurgien-dentiste. Nous ne savons si cet appel très sincère sera entendu, mais nous sommes persuadé que là est le bon sens et la dignité. Renonçons donc à la grande presse, il nous reste assez à faire auprès des Parlementaires, des Administrateurs et des Confrères.

Nous avons parlé plus haut de nos jeunes chirurgiens-dentistes dissidents qui s'intitulent les « Odontoiâtres ».

De leurs écrits et de leur profession de foi il sort tout de suite quelque chose d'assez curieux. Ils sont des chirurgiens-dentistes, c'est-à-dire en majorité des primaires, c'est-à-dire d'après leur définition des professionnels à mentalité inférieure, et cependant ils ont compris la nécessité d'études médicales complètes. Et bien mais cela est véritablement très bien pour des « primaires », rien que cela serait un excellent argument pour démontrer que nos « primaires à mentalité inférieure » sont capables de faire autre chose que de la technique qui les ravale au rang d'ouvriers manuels.

Lorsqu'un individu peut éprouver de tels sentiments, lorsqu'il est capable de penser qu'il ne connaît pas tout et qu'il lui reste beaucoup à apprendre, cela seul est un signe qu'il vaut mieux qu'il ne le croît lui-même, dans une crise d'humilité.

C'est la preuve que loin d'être un « primaire de mentalité inférieure », il est un primaire capable d'avoir des scrupules, c'est-à-dire une conscience, et c'est le plus bel hommage que nous rendons à nos jeunes adversaires.

C'est qu'il y a quelque chose à faire pour élever toujours davantage le chirurgien-dentiste et pour lui donner toujours plus compétence, là nous sommes d'accord avec eux.

Mais où nous nous séparons, c'est lorsqu'ils concluent à l'obligation du doctorat en médecine intégral.

Nous ne voulons pas ici reprendre tous les arguments qui

militent contre le doctorat en médecine intégral (crise de recrutement, manque de garantie d'instruction spéciale).

Nous voulons simplement faire ressortir l'erreur qu'il y aurait pour les dentistes à accepter d'emblée au lieu d'une amélioration graduelle de leurs études le doctorat intégral.

Que représente le doctorat intégral ? Est-ce qu'il satisfait les médecins eux-mêmes ?

Pas le moins du monde. Tous ceux que la question intéresse n'ont qu'à lire l'opinion de M. le Dr Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ; ils seront éclairés sur ce que pense des études médicales actuelles un des hommes les plus qualifiés pour en juger.

Ainsi les études médicales actuelles sont critiquées même par les médecins, même par leurs professeurs ; elles ne sont plus en harmonie avec les besoins actuels du futur médecin et ce sont ces études que d'enthousiasme vous voudriez, et avec quelle ardeur, imposer à nos futurs dentistes.

Permettez que nous réfléchissions avant de nous encombrer d'un tel bagage. Voyons s'il n'y a pas dans un tel bloc des impedimenta *dont nous ne saurions jamais que faire.*

Nous avons examiné ce bloc des études médicales, d'autres que nous dans d'autres grands pays civilisés l'ont examiné et les conclusions ont été celles que nous préconisons pour l'instruction de nos futurs dentistes.

Le futur dentiste, qui ne peut passer toute sa vie à étudier, sera de plus en plus dans l'avenir un spécialiste, à compétence limitée. Nous demandons qu'il soit un docteur en chirurgie dentaire.

Le raisonnement ci-dessus nous l'avons tenu bien des fois à des camarades appartenant à la tendance stomatologiste. Il nous est arrivé souvent d'entendre cette réponse :

« *Evidemment, votre projet est séduisant, il est logique si* » *vous pouviez obtenir le doctorat en chirurgie dentaire, il est* » *certain que les chirurgiens-dentistes actuels et futurs ainsi que* » *le public y trouveraient leur compte.*

« *Oui, mais vous aurez toujours contre vos projets le corps* » *médical tout entier, et puisque nous ne pouvons rien sans lui,* » *acceptons franchement de rentrer sous son égide* ».

Tout d'abord, disons-nous, si, véritablement tout le corps médical voulait indéfiniment brimer injustement le corps des chirurgiens-dentistes serait-ce une raison pour nous incliner ? Nous avons dit ailleurs ce que nous pensions de l'attitude qu'il convient de prendre en face d'une injustice.

Et puis, l'hostilité du corps médical, êtes-vous bien sûr de l'avoir contre vous et ceux-là même qui vous en menacent en sont-ils bien sûrs.

Chaque fois qu'il nous est arrivé de nous trouver en présence de confrères de médecine générale ou de spécialités et que la conversation a roulé sur la question dentaire nous avons eu très souvent le plaisir de nous apercevoir que cette fameuse hostilité est bien souvent, sinon toujours une sympathie plus ou moins agissante ou tout au moins une neutralité rien moins qu'hostile.

« Qu'il existe des chirurgiens-dentistes ? » Mais les quelques centaines des médecins avec lesquels nous avons causé ne voient là aucun inconvénient.

« Que ces dentistes deviennent bacheliers ? » Cela est parfaitement raisonnable, trouvent-ils.

« Qu'ils fassent cinq ans d'études ? » Ils ne manquent pas de s'étonner que nous soyons si exigeants pour l'étude de cette spécialité.

« Que les études soient couronnées par une thèse ? » Tout cela cadre parfaitement avec leur conception d'études biologiques, les pharmaciens, les vétérinaires font une thèse, pourquoi pas les dentistes ?

Reste la question du doctorat en chirurgie dentaire. Là, évidemment, une petite difficulté, un petit temps d'arrêt dans l'adhésion à nos programmes.

Il y a la fâcheuse question du docteur en pharmacie qui, à son corps défendant, donne des consultations. C'est un épouvantail que l'on dresse dans les Syndicats médicaux chaque fois que l'on parle d'exercice illégal.

Mais, il est un fait sur lequel nous tombons tout de suite d'accord, l'exercice illégal de la médecine par les dentistes est un fait tellement exceptionnel, tellement rare que l'on peut dire qu'en fait il n'existe pas.

Le public ira volontiers demander une consultation au pharmacien, il n'en demande jamais à son dentiste. C'est un fait indéniable et tous les médecins sont parfaitement fixés sur ce point.

Alors, si nous acceptons que le futur docteur en chirurgie dentaire soit obligé de faire en toutes lettres et sans abréviations possible figurer son titre sur toutes les ordonnances, cartes, etc...

Alors, la question apparaît déjà sous un autre angle à notre confrère médecin.

Si nous lui demandons ensuite, s'il trouve tout à fait juste de refuser un doctorat à un étudiant dentiste, bachelier, ayant cinq ans d'études et une thèse et de la donner au vétérinaire, au pharmacien et au médecin, nous avons eu bien des fois le plaisir de n'avoir pas fait en vain appel à son sentiment de la justice.

Lorsqu'enfin nous lui avons montré l'exode des étudiants dentistes étrangers qui désertent nos écoles françaises pour aller à Beyrouth (terre de mandat français), à Berlin ou à New-York, chercher le doctorat en chirurgie dentaire que nous ne pouvons leur donner, nous ne faisons pas non plus en vain appel à son souci bien naturel de voir la propagande française armée comme elle le doit contre la concurrence étrangère.

De telles conversations ne sont pas purement imaginatives ; elles sont tenues journellement, il ne tient qu'à chacun d'entre nous d'en multiplier l'expérience.

De la sorte, la grande hostilité du corps médical est vite réduite à ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être : celle de quelques esprits particulièrement amoureux du fameux dogme de l'unité du doctorat en médecine envers et contre tout.

Les revendications des dentistes sont justes et elles sont logiques, elles tendent à servir la cause du public en lui donnant des praticiens instruits, compétents et suffisamment nombreux ; elles contribueront à répandre le rayonnement intellectuel français, en ramenant à nous les étudiants étrangers qui nous ont quitté pour aller chercher ailleurs un titre que nous leur refusons.

Elles ne prétendent gêner personne, pas plus le médecin de généralité, avec lequel quoi qu'on en ait dit, le doctorat en chirurgie dentaire ne cherche en aucune manière à créer la confusion.

Le titre convoité serait une « véritable escroquerie » a dit, quel-

que part, un très éminent stomatologiste, nous regrettons vivement l'emploi d'une telle énormité si parfaitement déplacée sous une si docte plume ; nous estimons nous qu'un doctorat obtenu après le baccalauréat, cinq années d'études, et une thèse, tout cela sous le contrôle de la Faculté de médecine, constituera un titre légitimement acquis, dont le possesseur aura le droit d'être fier, et nous sommes persuadés qu'il saura s'en montrer digne.

Laissons passer les intempérances verbales et écrites, elles ne servent de rien, tout au plus peuvent-elles être considérées comme des marques de faiblesse d'adversaires manquant d'arguments solides.

Travaillons à faire aboutir ce que nous croyons être la justice, ayons foi en notre réussite.

Les encouragements ne nous manquent pas, la sollicitude des pouvoirs publics ne s'est jamais montrée aussi active pour nos revendications. Le Parlement, l'Armée, la Marine, les Grandes Administrations ne demandent qu'à accorder aux dentistes la place qu'ils sollicitent. A eux de se rendre toujours plus dignes de ces sympathies. Noblesse oblige, plus ils monteront dans l'échelle sociale plus grands seront leurs devoirs envers la société ; nous sommes persuadé qu'ils ne failliront pas à leur tâche et qu'ils auront à cœur de remplir toutes leurs obligations professionnelles, militaires, sociales.

Dr SOLAS.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

7e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(22-28 août 1925)

APPEL A LA PROFESSION DENTAIRE FRANÇAISE

Paris, 17 novembre 1925,

Mon cher Confrère,

Un Congrès dentaire international aura lieu à Philadelphie au mois d'août prochain. Ce congrès est le septième organisé par la F. D. I. Il surpassera en intérêt tous ceux qui ont eu lieu et dont chacun fut un succès (excepté le Congrès de Londres d'août 1914, interrompu par la déclaration de guerre).

Le Comité exécutif de la Fédération dentaire nationale a été chargé par celle-ci de constituer le comité français de propagande auquel ont adhéré les présidents des groupements professionnels, et c'est au nom de ce Comité de propagande que nous vous adressons cet appel.

Certes, dans les circonstances actuelles, beaucoup d'entre nous envisagent comme difficile un voyage en Amérique, et cependant il importe que la France soit dignement représentée à ce congrès, tant par une délégation importante que par des communications.

Nous pensons que vous pourrez être des nôtres. En effet, grâce à l'aide que nous apportent nos confrères américains, ce voyage aux Etats-Unis, qui serait trop onéreux pour la plupart de nous individuellement, est possible si nous sommes nombreux. Le programme provisoire, publié dans notre numéro de novembre, vous montre que tout a été prévu pour faciliter au plus grand nombre ce voyage. Nous faisons un pressant appel à votre esprit professionnel pour que vous vous décidiez à nous donner dès maintenant votre adhésion de principe au congrès afin que nous puissions vous tenir au courant.

La tâche du Comité français de propagande et d'organisation est grande, recueillir les adhésions, organiser le voyage, centraliser les demandes... Aidez-nous !

Vous savez comme nous quels avantages on peut retirer d'un voyage aux Etats-Unis en se trouvant en contact pendant quelques semaines avec des confrères étrangers, en voyant ce qui se fait dans ce pays, enfin en visitant une grande partie des Etats-Unis, voyage qui ne peut être entrepris raisonnablement à l'heure

actuelle que grâce à l'organisation très avantageuse prévue par nos collègues américains.

Mon cher Confrère, réfléchissez, envisagez comme possible pour le mois d'août prochain une absence de cinq semaines qui constituerait pour vous les plus agréables et les plus profitables vacances.

Pour toutes demandes de renseignements, adhésions éventuelles, inscriptions pour communications, etc., s'adresser d'urgence au Président de la Fédération dentaire nationale, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Pour le Comité d'Organisation,
Le Président de la F. D. N.,
G. VILLAIN.

LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

La semaine Odontologique aura lieu du 21 au 28 février 1929 dans les salons de l'Hôtel Majestic, 19, avenue Kléber, Paris.

Elle est organisée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des dentistes de France avec le concours de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, du Syndicat des odontologistes docteurs en médecine, des Syndicats dentaires de Province, de la Société d'Hygiène dentaire de France.

Les assemblées générales de ces Sociétés se tiendront durant cette semaine, qui comportera une partie scientifique (démonstrations, communications) sous les auspices de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole odontotechnique, et la participation de l'Association générale des dentistes de Belgique.

Une importante exposition d'appareils et de fournitures dentaires y sera annexée du 21 au 28 février et un banquet clôturera cette grande manifestation.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire du Comité d'organisation de la *Semaine Odontologique*, 56, rue Tiquetonne, Paris, IIe.

CONGRÈS DE GRENOBLE

Exposition

Par suite de la perte d'un feuillet de texte à l'imprimerie le compte rendu de l'exposition publié dans notre numéro d'octobre s'est trouvé incomplet. Il y a lieu de le compléter par l'adjonction suivante :

Les établissements Ash, Caplain, Saint-André, de Paris, 12, rue de Hanovre (2e), ont exposé des produits de leur fabrication, en

particulier : des appareils de radiographie dentaire, entièrement conçus et fabriqués en France ; des tableaux électriques perfectionnés ; des réflecteurs ; des tours électriques de cabinet et d'atelier ; des vulcanisateurs et une foule d'autres produits de fabrication anglaise et française.

Ils exposaient également de nombreux exemplaires des livres de leurs éditions.

La maison Cailly présentait une installation très moderne, son fauteuil l'*Universel* à frein automatique, toutes articulations à rotules, qui est une création de l'industrie française ; le Tablo-Motor, équipement mobile comportant un tableau électrique et un moteur à fraiser, avec une adaptation nouvelle d'une puissante pompe à salive.

Citons encore la Tablette Housset à plateaux stérilisables et interchangeables et l'appareil de radiographie de Gaiffe.

On remarquait ensuite deux nouveautés dans ce stand : le moteur à grande vitesse de Huet, et l'appareil Barail pour le traitement des affections bucco-dentaires par la haute fréquence.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Congrès de Marseille.

Le Congrès de la Société d'Orthopédie dento-faciale se tiendra à Marseille, les 8, 9, 10 *janvier* 1926.

Vendredi 8 *janvier*, à 9 h. 1/2. — Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté des Sciences, allées Léon-Gambetta, sous la présidence de M. le Dr Flaissières, sénateur, maire de Marseille.

Conférence par le professeur Imbert, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille : « La greffe osseuse, son rôle dans l'histogénèse chirurgicale ».

Séances de travail. — Dans la grande salle des cours de l'Ecole dentaire de Marseille, 17, rue Montée-des-Accoules : vendredi 8 janvier, de 15 h. 30 à 19 heures ; samedi 9 janvier, de 9 heures à midi ; de 15 heures à 18 heures ; de 18 heures à 19 heures, séance d'administration.

Communications annoncées. — 1° Discussion du rapport du Dr Léon Frey, sur le rachitisme ;

2° Conférence dialoguée par M. Georges Villain et le Dr de Nevrezé : Arc lingual et arc vestibulaire, leurs indications en orthodontie (leurs avantages et leurs inconvénients) ;

3° Dr Pont (Lyon) : Résection des procès alvéolaires en orthodontie ;

4° Dr Cadenat (Toulouse) : Série de maxillaires de fœtus ;

5° M. Nagy (Marseille) : Présentation de plusieurs cas orthodontiques des classes 1, 2, 3 de la classification d'Angle ;

6° Dr Tranier (Marseille) : Les rayons ultra-violets dans le rachitisme ;

7° Dr Quintero (Lyon) : De l'emploi des ressorts auxiliaires sur les arcs vestibulaires ;

8° Drs Frey et Louis Ruppe : *a*) Observations d'étalement rachitique du maxillaire supérieur ; *b*) Observations d'expansion du maxillaire inférieur avec dents incluses ;

9° Professeurs Berger et de Rouvillois (Paris) : Deux observations de greffe ostéo-périostiques du maxillaire inférieur pour pseudarthrose ;

10° Dr de Nevrezé (Paris) : Adaptation de la technique orthodontique à la prothèse des bridges ;

11° M. Kelsey (Marseille) : Présentation d'un malade ;

12° Dr Nel (Marseille) : Orthodontie et rhinologie ;

13° Dr Beltrami (Marseille) : Observation d'un cas orthodontique avec dent incluse.

Les congressistes sont invités par la Société de médecine et de chirurgie dentaires de Marseille à la séance du samedi 9 janvier, à 21 heures, au siège du Comité médical des Bouches-du-Rhône, 3, Marché des Capucins :

Dr Bernex et M. Maurech, conférence dialoguée : Conduite à tenir en présence des phlegmons du cou odontopathiques ;

Dr Buix et M. Maurice Brodeur : Dévitalisation des piliers de bridges ;

M. Parry : Présentation d'un modèle métallisé.

Dimanche, 10 janvier, midi 30, au Palais de la Réserve, Promenade de la Corniche, banquet sous la présidence de M. Justin Godart, ancien ministre et président de la Commission du Travail à la Chambre.

Pendant le Congrès auront lieu les visites :

1° Du Musée Longchamp, sous la conduite du conservateur, M. Gibert, prix de Rome ;

2° Du Musée du vieux Marseille ;

3° Du Musée Grobet, sous la conduite de M. Marius Dubois, leur conservateur.

Le Comité local invite les membres du Congrès à un déjeuner intime dans un restaurant au bord de la mer, le samedi, à midi 30.

Un comité de dames recevra les femmes des congressistes.

Siège social : Dr Geo. Beltrami, 58, rue St-Ferréol (Marseille).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Organisation d'un cadre de médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires de réserve

DÉCRET.

Article premier. — Les militaires de la disponibilité et des réserves titulaires d'au moins douze inscriptions validées de médecine ou de huit inscriptions validées de pharmacie ou de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire peuvent être nommés, sur leur demande, respectivement au grade de médecin auxiliaire, de pharmacien auxiliaire ou de dentiste auxiliaire de réserve après avoir subi avec succès un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par le ministre de la Guerre.

Art. 2. — La position dans la hiérarchie militaire des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires est celle des adjudants sous-officiers.

Art. 3. — Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires secondent, dans l'exécution du service technique, les médecins, pharmaciens et dentistes militaires de l'armée active ou des réserves sous les ordres desquels ils sont placés.

Art. 4. — Le décret du 3 mars 1902 réglant l'organisation d'un cadre de médecins auxiliaires pour le cas de mobilisation et le décret du 11 janvier 1919 déterminant la situation militaire et l'effectif maximum des dentistes militaires sont abrogés.

Art. 5. — Le 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 21 novembre 1925.

Gaston DOUMERGUE.

STAGES AUX COLONIES DES DENTISTES MILITAIRES DE RÉSERVE

Les dentistes militaires de 2e classe de réserve des troupes métropolitaines, libérés du service actif depuis moins de cinq ans, peuvent être autorisés à accomplir un stage d'au moins deux ans dans un des hôpitaux de Dakar, Hanoï, Saïgon, Tananarive et Brazza-

ville. Ils auront droit, dans les mêmes conditions que les officiers du cadre actif de grade correspondant, aux indemnités de départ et aux allocations de solde, ainsi qu'aux indemnités de déplacement et au passage gratuit pour leur famille. Leur demande, adressée au ministère de la Guerre (8e direction), par la voie hiérarchique, devra mentionner l'engagement de servir au moins deux ans et indiquer, par ordre de préférence, la colonie choisie parmi celles précitées.

NOS ASSURANCES

Ce qu'il importe de savoir sur nos assurances-incendie.

Le courrier volumineux provoqué par les fréquentes questions, presque toujours les mêmes, posées par des confrères sur la façon d'être bien garanti contre les conséquences d'un incendie, a rendu nécessaire la rédaction de cet article dont de nombreux confrères pourront tirer profit.

Que faut-il pour être correctement assuré ?

Un inventaire, aussi détaillé et complet que possible que l'on garde pour soi, et qui établit la valeur réelle de tout ce qui constitue le mobilier personnel et professionnel de l'assuré, celui des personnes de sa famille habitant avec lui, et des gens à son service, y compris les objets d'art, les bijoux, les tentures, vêtements, literie, linge, provisions de bouche et de cave, ainsi que le contenu des chambres de domestiques.

Quand le chiffre global a été établi, on peut sans crainte lui faire subir une légère majoration représentant la valeur approximative de quantité de petits objets qu'on a généralement négligé de compter, des pièces en réparation que nous ont confiées des patients ou de celles en cours d'exécution ; ne pas oublier dans les estimations de bien tenir compte de la dévalorisation du franc.

La détermination d'un chiffre aussi exact que possible a une grande importance, car elle constitue la base de votre assurance personnelle, afin qu'en cas de perte totale, vous puissiez être intégralement indemnisé du dommage éprouvé.

Si votre chiffre est inférieur à la réalité, vous avez créé le **découvert**, ce qui revient à reconnaître que vous gardez une certaine somme à vos risques et vous êtes alors votre propre assureur pour la différence entre la valeur réelle des objets contenus dans vos locaux et celle déclarée dans votre police d'assurance.

En ce cas, si, au lieu d'être total, le sinistre n'est que partiel, l'expertise établira la fraction que vous n'aurez pas assurée, et la

règle proportionnelle sera applicable, à juste raison, à la partie détruite.

Exemple : vous êtes assuré pour 40.000 francs. A la suite d'un sinistre évalué à 10.000 francs l'expertise démontre que l'ensemble de votre mobilier représentait 60.000 francs ; vous avez donc gardé à vos risques 20.000 francs, soit le tiers de la valeur totale, et vous n'aurez droit par suite qu'aux deux tiers de 10.000 soit 6.666 francs.

Mais il est un risque beaucoup plus grave et duquel peu de personnes se méfient : nous voulons parler du recours des tiers contre l'auteur responsable du sinistre ; aux termes de la loi chacun doit à autrui la réparation intégrale du dommage causé.

En matière d'incendie nous avons :

a) Le recours du propriétaire contre le locataire (dégâts à l'immeuble appelés *risques locatifs*).

b) Les recours des voisins.

A. — Plusieurs cas peuvent se présenter. L'assuré habite une maison particulière ou une maison collective, isolée ou mitoyenne à un ou plusieurs immeubles.

Il peut être locataire ou propriétaire.

Quand on habite une maison particulière en quelque qualité que ce soit la chose est tout à fait simple, il suffit d'assurer la valeur de la maison.

Mais, dans la généralité des cas on habite, en qualité de locataire, une maison collective, c'est ici que nous attirons votre attention, car une négligence peut coûter fort cher.

Au cours actuel du prix de la construction, un incendie un peu grave entraine à des frais de réparations élevés ; or, si vous n'avez pas garanti une somme représentant au moins quinze fois le montant de la totalité de votre loyer, charges comprises, les compagnies vous appliquent la règle proportionnelle, ce qui peut réduire considérablement, sinon ruiner votre propre assurance, voire même la dépasser. Et comme votre responsabilité s'étend à l'intégralité des dommages ainsi qu'au préjudice causé par la perte des loyers, cela peut conduire très loin.

Il est donc prudent d'examiner cette partie de l assurance et de veiller tout particulièrement à ce que le coefficient 15 soit toujours en harmonie avec la valeur totale du loyer annuel (charges comprises).

A titre de garantie complémentaire les compagnies assurent à un taux moitié moindre que celui des risques locatifs (0,15 %) et sans limitation la somme pour laquelle vous jugez devoir vous garantir au-dessus de la base imposée.

La perte des loyers s'assure au même taux que les risques locatifs (0,30 %), elle est destinée à indemniser le propriétaire du pré-

judice que lui causera le non-paiement des loyers pendant les réparations (on garantit généralement une année du loyer personnel).

Etant donné le taux très bas de l'assurance pour ces articles il serait bien léger de ne pas se couvrir largement.

B. — Restent encore *les recours des voisins* ; il s'agit ici de l'action que ne manquent pas d'intenter contre vous les voisins ou leurs assureurs pour obtenir le remboursement des dégâts causés par un incendie dont vous seriez reconnu légalement responsable.

Comme pour les risques locatifs, les compagnies se basent sur un minimum de garantie représentant quinze fois le montant annuel du loyer (charges comprises) et la garantie complémentaire sans limite à demi-tarif, c'est-à-dire 0 fr. 05 pour mille ; ce taux insignifiant est,probablement, demandé pour la raison que, pratiquement, cet article ne joue presque jamais ; ce qui n'empêche pas qu'au regard de la loi nous demeurions entièrement responsables du préjudice causé.

Moyennant une prime de 0 fr. 30 pour mille les assureurs garantissent sous la rubrique **privation de jouissance** et jusqu'à concurrence d'une année de loyer la perte que peut subir l'assuré qui du fait d'un incendie serait obligé d'aller loger ailleurs bien que devant continuer à payer son loyer.

Nous croyons avoir fait œuvre utile en précisant une fois de plus ce que beaucoup ignorent et nous insistons sur la nécessité qu'il y a pour chacun de **bien revoir ses assurances**.

Nous vous rappelons aussi *que rien ne vous oblige* à porter vos augmentations de capitaux à assurer sur votre police en cours et que tous ceux qui veulent se joindre à nous *peuvent le faire* ; il suffit pour cela de remplir un feuillet de proposition d'assurance-incendie que vous trouverez dans chaque numéro de *l'Odontologie*, en indiquant la somme totale pour laquelle vous désirez être assuré; puis, sur une feuille quelconque les sommes pour lesquelles vous vous êtes déjà assuré ailleurs, en indiquant le nom de la Compagnie, le numéro et la date de la police, nous ferons le nécessaire pour vous couvrir, ainsi que toutes les déclarations de coassurances utiles et automatiquement, à l'expiration de l'ancien contrat, notre compagnie reprendra à sa charge l'intégralité du risque.

Dans un prochain article, nous démontrerons la nécessité de grouper nos assurances pour mieux nous défendre, d'abord envers les assureurs, ensuite en face de la loi, enfin pour organiser sur des bases fermes la solidarité professionnelle.

***

Des représentants de compagnie ou Sociétés d'assurances, n'hésitent pas à se présenter chez de nombreux confrères, porteurs de modifications de contrats soi-disant acceptés par l'A. G. S. D. F.

Nous rappelons à tous les confrères qu'aucun agent n'est chargé de les visiter et ne s'est mis d'accord avec nous à propos de la modification des contrats.

Les Associations professionnelles seules, par l'intermédiaire des membres de leur bureau respectif, mandatées pour ces questions, ont qualité pour traiter des assurances et faire établir les polices.

En conséquence, ce n'est qu'après avoir rempli et expédié au secrétaire général de l'A. G. S. D. F. un ou plusieurs des feuillets-propositions contenus dans *l'Odontologie* que vous serez certains de n'avoir pas été dupes d'agents astucieux.

En tous cas, dans quelque circonstance que vous vous trouviez, exigez toujours sur *toutes vos assurances* la clause de *résiliation annuelle*, de cette façon si vous avez été trompés, vous avez au moins la possibilité de vous ressaisir rapidement.

Gaston PÉRON.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

JUGEMENT RENDU EN CHAMBRE DU CONSEIL

Le 16 novembre 1925

LOYERS. — 2e SECTION

Entre M. C... et M. B...

Le Tribunal ;

Attendu que B..., chirurgien-dentiste, est locataire moyennant un loyer annuel de 2.400 francs, plus les charges d'un appartement dépendant d'un immeuble dont M. C... est propriétaire rue R..., à Paris;

Que la prorogation professionnelle de cinq ans et 84 jours dont jouissait B..., venant à expiration le 1er avril 1925, ce locataire a, par exploit de P..., en date du 20 février 1924, demandé le bénéfice de la prorogation facultative jusqu'au 1er janvier 1926 ;

Attendu que dans sa requête introductive d'instance C... avait, pour faire échec à la demande de prorogation de son locataire, excipé de son intention de reprendre possession des lieux pour les occuper personnellement. Mais que, dans ses conclusions écrites, il a, le jour de l'audience, déclaré abandonner pour lui-même sa demande de reprise et se borner à s'en prévaloir désormais en faveur de ses beaux-parents, les époux L..., qui ont reçu congé de l'appartement occupé par eux-mêmes rue V... ;

Mais attendu qu'il résulte du bail en date du 1er mars 1911 que l'appartement était loué à B... pour y exercer la profession de chirurgien-dentiste, qu'il s'agit donc d'un local professionnel ;

Que le droit de reprise du propriétaire, tel qu'il est réglé par l'article 13 de la loi du 31 mars 1922, ne s'applique qu'au cas où le propriétaire entend occuper ou faire occuper par les membres de sa famille à titre d'habitation un local d'habitation, ce qui exclut les locaux commerciaux, industriels ou professionnels, qu'il n'a pas été dérogé à cette disposition par les lois ultérieures, que même l'action en reprise des locaux à la fois à usage d'habitation et à usage professionnel est irrecevable lorsque rien ne permet de les séparer et qu'ils font l'objet d'un bail unique et pour un prix unique comme dans l'espèce actuelle (C. sup., 12 février 1925, R. 1925, 244 ; 26 février 1925, R. 1925, 354 ; 2 avril 1925, R. 1925, 559 ; 19 mars 1925, R. 1925, 550), qu'il échet en conséquence d'écarter la demande de reprise formée par C... ;

Attendu que subsidiairement le propriétaire soutient que son locataire ne peut être admis au bénéfice de la prorogation parce qu'il sous-loue sans autorisation une partie des lieux litigieux et qu'il a installé dans l'appartement des appareils bruyants de mécanique dentaire ;

Mais attendu que la preuve d'une sous-location n'a pas été apportée et que le bail prévoyant l'exercice dans les lieux loués de la profession de chirurgien-dentiste n'a pas interdit celui de mécanicien-dentiste qui est l'auxiliaire indispensable de l'art dentaire, que les moyens soulevés par C... sont donc inopérants ;

Attendu que, d'autre part, le propriétaire prétend que B... ne saurait avoir droit à la prorogation, motif pris de ce qu'il possède un autre local répondant à tous ses besoins ;

Attendu qu'en effet, rue V..., B. est locataire d'un autre cabinet dentaire. Mais qu'il résulte des renseignements fournis au Tribunal qu'il s'agit d'un petit appartement de deux pièces trop exigu pour que B... puisse y installer les trois opérateurs diplômés et les quatre mécaniciens qui travaillent avec lui dans le local litigieux composé de cinq pièces principales avec entrée, salle de bains, grand couloir de dégagement et cuisine, que cet appartement de la rue R..., lui est nécessaire en raison de l'importance de son cabinet de chirurgien-dentiste ;

Attendu que le Tribunal puise dans cette situation de fait les éléments suffisants pour accorder d'une part à B..., une prorogation jusqu'au 1er janvier 1926 et pour fixer d'autre part à 2.400 francs la valeur locative de l'appartement litigieux, qu'en tenant compte de l'augmentation des charges, de la valeur réelle des locaux et du caractère professionnel de l'occupation il échet de décider que, pendant le cours de la prorogation et à compter du 1er avril 1925, B... devra payer un loyer annuel de 5.400 francs, plus les prestations sur justifications ainsi que les impôts et taxes.

Par ces motifs ;

Sans s'arrêter à aucune fin ni conclusion contraires, si ce n'est pour les rejeter : Déclare C... irrecevable en sa demande de reprise, l'en déboute : Proroge du 1er avril 1925 au 1er janvier 1926 la location de B. moyennant un loyer annuel de 5.400 francs, plus les prestations en nature sur justification au prorata du loyer, plus les impôts et taxes remboursables.

Partage les dépens par moitié, sauf l'enregistrement de la prorogation qui restera à la charge du locataire.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Marcel DARCISSAC. — **Contribution à la prothèse chirurgicale de l'étage moyen de la face.**

Voilà réunis en un petit livre très bien présenté une série de travaux déjà connus, mais qui mériteraient de l'être davantage. C'est la mise au point d'une technique qui a déjà fait et qui fait journellement ses preuves dans notre service de prothèse maxillo-faciale de l'Hôpital Lariboisière, et que ne devrait ignorer aucun chirurgien appelé à opérer sur la face.

Description très nette avec schémas explicatifs tels qu'en les voyant n'importe quel dentiste ou mécanicien habile pourra préparer pour le chirurgien l'immobilisation indispensable aux restaurations chirurgicales de la face, par le procédé de la « greffe italienne ».

L'ancrage péri cranien amovo-inamovible réalise la perfection pour ce genre d'opération et autorise des succès que les procédés de fortune trop souvent encore employés rendaient fort rares. Le cas que plâtre, lacé, permet en outre le maintien des fractures du maxillaire supérieur par l'adjonction de tiges extrabuccales solidarisant une gouttière dentaire avec l'appui cranien : il permet aussi le maintien des fractures nasales et des modifications qui sont parfois nécessaires à la suite de ces fractures ou d'opérations sur le nez.

Un important chapitre traite de la prothèse postopératoire et fonctionnelle dans le traitement chirurgical des divisions vélo-palatines. L'emploi de cette prothèse, préparée avant l'intervention, diminue dans une proportion considérable les causes d'insuccès par tiraillement des lambeaux, par hémorragie et infection, et cet emploi est si simple qu'il est à souhaiter qu'il se généralise de plus en plus. Le travail que nous présente Darcissac, si clair, si précis, contribuera certainement à la vulgatrisation de ces techniques, pour le plus grand bien des opérés d'abord et des chirurgiens aussi qui leur devront bien des succès.

Dr Henri CHENET.

Bacterial infection

M. J. L. T. Appleton, professeur de microbiologie et de bactériopathologie à l'Institut dentaire de l'Université de Pensylvanie,

vient de publier chez les éditeurs Lea et Febiger, de Philadelphie, un traité d'*infection bactérienne* visant spécialement la pratique dentaire.

Cet ouvrage de 474 pages, soigneusement imprimé et cartonné, illustré de 91 figures et de 5 planches en couleurs, commence par une préface de l'auteur. Il est destiné aux lecteurs désireux de se faire une idée juste de l'infection et des conséquences de l'infection sur la pratique dentaire.

Il est divisé en trois parties : bactériologie, infection, infections spéciales de la cavité buccale, subdivisées en 28 chapitres.

Dans la première, l'auteur étudie les bactéries, leurs relations avec l'absorption de l'oxygène, les désinfectants chimiques, la classification des bactéries, les virus filtrables. La seconde est consacrée à la nature de l'infection, à la dissémination et à la transmission des agents et porteurs infectieux, aux caractéristiques de l'infection, aux facteurs prédisposants, aux types d'infection, à la production de la maladie par les bactéries, à la protection et à la défense contre l'invasion bactérienne, à la résistance, à l'immunité, à la lutte contre les maladies infectieuses.La troisième est réservée aux streptocoques, pneumocoques, spirochètes buccaux, à la carie, à la bactériologie de la pulpe et des infections péri-apicales, périodontique, pyorrhéique, gonococcique, à la tuberculose, à la syphilis, à l'infection focale, enfin à la bactériologie dentaire clinique.

Le volume se termine par un index très complet.

M. Appleton, dont nous recevons fréquemment des travaux, a écrit là un ouvrage très complet, d'une valeur incontestable, qui mérite d'être traduit en plusieurs langues et que les praticiens familiarisés avec l'anglais feront bien de lire et de méditer.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Lucien Mutel, de Caen, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., a eu la douleur de perdre sa femme, Mme L. Mutel, née Cécile Postina, le 11 novembre, à l'âge de 48 ans.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

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 8 décembre 1925, à 8 h. 1/2 du soir, au siège de la Société, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après adoption des rapports du Secrétaire général et du Trésorier, l'article 75 du Règlement intérieur fixant à trois le nombre des membres du Conseil de famille a été modifié et ce nombre porté à six.

Les membres sortants du Conseil d'administration ont été réélus, puis l'assemblée s'est occupée de la campagne contre les revendications professionnelles.

***

Dans la séance du Conseil d'administration qui s'est tenue le vendredi 11 décembre, le Bureau sortant a été réélu pour 1925-1926.

Association syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France. — A l'issue de son assemblée générale du 8 novembre 1925, l'Association syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France a renouvelé son bureau, qui, pour 1926, est constitué ainsi :

Président : M. Paul Bernard.
Vice-présidents : M. le Dr Buix, M. Gros (Aix).
Secrétaire général : M. Maurech.
Secrétaire-adjoint : M. de Bomble.
Trésorier général : M. Adnot.
Trésorier-adjoint : M. Gaston Peyronet.

Syndicat des dentistes du Rhône et des régions voisines. — L'assemblée générale du Syndicat s'est tenue le 21 novembre 1925.

A la suite de cette assemblée le Bureau a été élu.

Ont été nommés :

Président : M. le Dr Bouchard.
Vice-président : M. le Dr Quintero.
Secrétaire général : M. Raton (Marius).
Secrétaire des séances : M. Barbier.
Trésorier : M. Vicat.
Trésorier-adjoint : M. Aveyron.

Section dentaire du P. U. C. — La Section dentaire du Paris-Université-Club, organise pour le 13 janvier 1926, à 8 h. 30 du soir, une soirée sportive dans la grande salle des Sociétés savantes, rue Danton.

Statistique des dentistes anglais. — On compte en Angleterre 14.000 chirurgiens-dentistes enregistrés, soit un pour 3.200 habitants. Depuis un an ce nombre a augmenté de 345.

Congrès international d'orthodontie. — Le 1er Congrès international d'orthodontie aura lieu à New-York en août 1926.

Le Secrétaire général est M. Walter H. Ellis, 397, Delaware avenue, Buffalo (N.-Y.).

Exposition de Dusseldorf. — La ville de Dusseldorf organise pour 1926 sous la présidence du président du Reich, avec la collaboration de l'Etat, des provinces, des organisations professionnelles intéressées, une exposition d'hygiène, de prévoyance sociale, de sports, etc.

La Section dentaire comprendra 12 subdivisions et couvrira 2.000 mètres carrés.

Mariages. — Le mariage de notre confrère M. Robert Delacourt, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Andrée Derambure, a eu lieu le 2 décembre.

***

Le mariage de notre confrère M. Frédéric Verdy, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mme Henriette Pépin, a été célébré le 7 novembre.

***

Le mariage de M. Léon Lefebvre avec Mlle Simone Boutenel, élève à l'Ecole dentaire de Paris, a été célébré à Bruay-en-Artois, le 28 novembre 1925.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

AVIS

Laboratoire de biologie de l'École dentaire de Paris. — Nous rappelons que le laboratoire de biologie de l'E. D. P. est ouvert à tous les confrères désireux soit d'obtenir des renseignements sur leurs patients, soit de faire pour leur compte des recherches personnelles.

S'adresser soit à M. le Dr Delater, directeur de ce laboratoire, soit à M. G. Villain, directeur de l'Enseignement.

Service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris. — La Direction de l'E. D. P. rappelle à tous les praticiens que le Service de radiographie est à leur disposition pour leurs patients, à titre gratuit quand il s'agit d'indigents, à titre onéreux pour la clientèle.

Ce service fonctionne depuis le 1er octobre 1925, tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Les praticiens sont invités à remettre à leurs malades une note explicative au sujet du renseignement radiographique qu'ils désirent.

Les radiographies sont expédiées aux dentistes dans un délai de 24 heures et, en cas d'urgence, peuvent être envoyées par pneumatique.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole pour tous renseignements. Téléphone : Trudaine, 34-01.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1925.

A

Abcès palatin d'origine non dentaire, p. 440.
Acier d'avec le fer (Distinction de l'), p. 577.
— (Trempe de l'), p. 577.
Actinomycose dentaire (Considérations sur l'), p. 768.
Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre, p. 651.
— immédiate en cas de décès, p. 73.
— à la profession dentaire japonaise, p. 146, 796.
Aliénistes (Les), p. 593.
Alliages d'or commerciaux, p. 561.
Allocution du président, p. 58, 823.
Aluminium (Polissage de l'), p. 511.
Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, p. 143, 286, 453, 649, 707, 802.
Anesthésie générale facile, inoffensive et euphonique par le mélange de Dawis (L'), p. 131.
— — p. 570.
— au chlorure d'éthyle-alcool (L'), p. 574.
— locale, p. 569.
— — (Une enquête américaine sur les accidents dus à l'), p. 571.
Anesthésiques (Etude clinique et expérimentale des propriétés pathologiques du chloroforme et de l'éther employés comme), p. 573.
Annuaire scientifique dentaire, p 297.
Apex (Premières recherches bactériologiques sur l'infection de la pulpe et de l'), p. 141.
Arcade dentaire permanente (Les dents temporaires et l'), p. 774.
Art dentaire (Rapports de la dermathologie et de la syphiligraphie avec l'), p. 159, 199.
— — (Les rapports de l'ophtalmologie avec l'), p. 235, 276.
— — (La formadermine en), p. 355
— — et médecine légale, p. 368' 433, 469.
— — (Exercice illégal de l'), p. 652.
Arthrite dite arsenicale (A propos de l'), p. 131.
Asile national des convalescents, p. 293.
Association dentaire britannique, p.88, 466.
Assurances sociales (Loi sur les), p. 521.
— (Nos), p. 854.
Aurifications (Polissage des), p. 577.

B

Bacterial infection, p. 858.
Biologie de l'Ecole dentaire de Paris (Laboratoire de), p. 215, 388, 467, 528, 660, 731, 803.
Bouche par le radium (Traitement des tumeurs du plancher de la), p. 282.
— d'un pyorrhéique et établir sa fiche (Comment examiner la), p. 513.
Bouchons (Imperméabilisation des), p. 577.
Bouteilles à eaux ternies par les dépôts (Nettoyage des), p. 511.
Bouvier (Jean), p. 298.
Brésil (Au), p. 707.
Bridges avec surfaces triturantes physiologiquement parfaites (Procédé de fabrication des), p. 815.

C

Campagne antiodontologique (La), p. 839.
Camus (Prof. Jean), p. 87.
Canal de Wharton (Cas de corps étranger du), p. 442, 562.
— (Tire-nerf rompu dans le canal), p. 577.
Canaux (Controverses suscitées par le traitement des), p. 181, 201.
— (Obturation des), p. 577
Canine supérieure (La migration distomésiale et les dystopies de la), p. 739).
Carbonnel (Albert), p. 153.
Carie dentaire chez les enfants (Influence du régime alimentaire sur le développement et l'extension de la), p. 135.
— — (De l'émail et de), p. 301, 363, 404.
— — (La), p. 595.
Caries superficielles (Traitement des larges), p. 511.
Cavité buccale (Rapports des dents avec le développement normal de la flore microbienne dans la), p. 271

Cavité buccale (Double ulcération cancéreuse dans la), p. 805, 825.
Cavités proximales des prémolaires et des molaires (Préparation des), p. 813.
Céramique dentaire (La), p. 584.
— (L'état actuel de la), p. 718.
Chambre des députés (A la), p. 465.
Chirurgie dentaire (Examen de), p. 729.
Chirurgiens-dentistes de Lorraine (Syndicat des), p. 86, 157, 291.
— — du Nord de la France (Syndicat des), p. 156.
— — — Sud-Est de la France (Association syndicale des), p. 156, 863.
— — norvégiens (Statistique des), p. 158.
— — d'après la jurisprudence (La responsabilité des médecins et des), p. 900.
— — lettons (Congrès des médecins et), 804.
Ciment (Durcissement du), p. 577.
— lors du scellement des couronnes et bridges (Enlèvement de l'excès de), p. 511.
Cire collante, p. 578.
Clinique dentaire scolaire de Colmar (La), p. 753.
— — — — — (Visite du président du Conseil à la), p. 798.
— — p. 150.
Cliniques dentaires scolaires, p. 150, 298.
Club athlétique dentaire, p. 299.
Complications oculaires d'origine dentaire, p. 630.
Concours du premier ouvrier de France, p. 228.
— à l'Ecole dentaire de Paris, p. 465, 526, 594, 658.
Congrès de Grenoble (V. Table méthodique).
— espagnol de sciences médicales, p. 83.
— odontologique latino-américain, p. 675.
— international des travailleurs intellectuels, p. 144.
— — d'orthodontie, p. 730, 861.
— de médecine et de pharmacie militaires (3e), p. 376.
— belge de stomatologie, p. 379.
— dentaire international (7e), p. 450, 520, 597, 633, 786, 830, 848.
— — espagnol (Comptes rendus du 9e), p. 585.
— odontologique espagnol (10e), p. 527.
— d'odontologie de l'U. R. S. S. (2e), p. 644.
Congrès scientifique des médecins-dentistes polonais (2e), p. 790.
Conseil du corps enseignant, p. 289.
Corps étrangers d'origine dentaire dans l'œsophage et les voies aériennes. Extraction par la broncho-œsophacoscopie, p. 30, 61.
Couronne d'une incisive centrale supérieure (Refoulement dans le maxillaire de la), p. 282.
— dans la bouche même (Réparation de la surface triturante usée d'une), p. 511.
Couronnes et travaux à pont d'après une expérience de 20 ans (La conservation des pulpes sous les), p. 484.
C. T. I. (Vœux de la), p. 288.
Curettage apical (Le), p. 5.

D

Découverte préhistorique, p. 592.
Delaplanche (Abel), p. 153.
Démonstrations pratiques, p. 70, 386.
Dent de sagesse inférieure (Cas curieux de malposition de), p. 439, 529.
— — — (Accident muqueux de la), p. 631.
Dentine en émail chez le sanglier et le porc (Transformation de la), p. 140.
— (Etude histologique sur la carie de la), p. 564.
Dentiste auxiliaire (Examen d'aptitude au grade de), p. 80.
— condamné pour usage de stupéfiants, p. 653.
Dentistes du Rhône et des régions voisines (Syndicat des), p. 85, 803, 863.
— de la Seine-Inférieure et des départements limitrophes (Association professionnelle des), p. 86.
— des armées de terre et de mer (Amicale des), p. 143, 286, 453, 649, 797, 802.
— militaires (Nomination de), p. 155, 228, 284, 385, 451, 522, 594, 647, 650, 804.
— de réserve (Stage aux colonies des), p. 851.
— finlandais (Statistique des), p. 527.
— et la loi des pensions (Les), p. 650.
— allemands (Statistique des praticiens), p. 730.
— anglais (Statistique des), p. 861.
— australiens (Statistique des), p. 804.
— auxiliaires de réserve (Cadre de), p. 851.
Dents infectées (Localisation élective au niveau de l'œil des bactéries provenant de), p. 133.

Dents (Curieuses observations sur les), p. 151.
— artificielles (Physiologie mandibulaire et), p. 151.
— avec le développement normal de la force microbienne dans la cavité buccale (Rapports des), p. 271.
— (Effets d'une alimentation défectueuse sur les), p. 272.
— à collet sensible (Traitement des), p. 577).
— (Contre le mal de), p. 591.
— infectées (Localisation élective des bactéries provenant de), p. 618.
— des petits Parisiens (Les), p. 704, 717.
— temporaires (De l'éruption des), p. 790.
— — et l'arcade dentaire permanente (Des), p. 774.
— Rachitisme ; maxillaires et), p. 767.
Diathermocoagulation (Emploi du diélectrique pour la), p. 536.
Diplômes obtenus par correspondance, p. 223.
Dispensaire intercommunal d'Ermont, p. 149, 293, 798.
Distinctions honorifiques, p. 88, 228, 298, 527, 730.
Dupontreué (Marcel), p. 657.

E

Ecole dentaire de Paris (V. Table méthodique).
— — — — et de l'A. G. S. D. F. (Groupement de l') (V. Table méthodique).
— — — Lyon, p. 803.
— — du Caire, p. 650.
— odontotechnique (Association de l'), p. 84, 803.
Election du président, p. 79.
— du Bureau, p. 776.
Elections municipales, p. 387.
— diverses, p. 79.
— au Comité exécutif, 720.
Email chez le sanglier et le porc (Transformation de la dentine en), p. 140.
— et de la carie dentaire (De l'), p. 301, 363, 404.
Enseignement (Notre), p. 219.
— dentaire par le cinéma, p. 797.
Erosion (Présentation d'un malade atteint d'), p. 275.
Erratum, p. 387.
Etudes dentaires (La réforme des), p. 580.
— — (Commission de réforme des), p. 581, 582.
Etudiants (Fête des), p. 157, 299.
Excursions. Réceptions, p. 724.
Exposition de médecine et pharmacie militaires, p. 83.
— — Grenoble, p. 722, 848.
— — Dusseldorf, p. 863.
Extraction de la 3e molaire incluse (Technique de l'), p. 248.

F

Fauchard (Le manuscrit de Pierre), p. 389.
F. D. I. (V. Table méthodique).
F. D. N. (V. Table méthodique).
Fiançailles, p. 466.
Film pédagogique. « Présentation des cavités proximo-triturantes des prémolaires », p. 514, 715.
— hollandais concernant le paludisme, p. 799.
Fléty (Eugène), p. 153.
Foyers périapicaux (Traitement chirurgical des), p. 769.
— septiques paradentaires (Complications tumorales des), p. 98, 136.
Fraises (A propos de nos), p. 65, 89.

G

Gala universitaire, p. 299.
Garangeot, p. 587.
Gencive dans la pyorrhée (Etude histologique de la), p. 601.
— (Le chancre de la), p. 631.
Gencives (Chancre syphilitique des), p. 79.
— dans 200 cas (Etude bactériologique des), p. 271.
Granulomes et kystes appendiculaires, p. 294.

H

Hygiène sociale à Paris (Création d'un office national d'), p. 77.
— de l'enfance (Société d'), p. 144.
— buccale dans la tuberculose (Importance de l'), p. 273.
— dentaire (Commission d'), p. 523.
— — (Conseils d'), p 655.
— — Rôle de l'éducateur, p. 662.
— — au Congrès de Grenoble, p 661.
— — scolaire urbaine (L'), p. 660.
— — dans la famille (L'), p. 689.
— — à l'usine (L'), p. 676.
— — — armée (L'), p. 681.

I

Incidents de la pratique journalière, p. 206.
Innervation dentaire (Recherches sur l'), p. 273.
Inspection médicale des écoles de Montréal (L'), p. 702, 717.

Institut dentaire d'Oslo, p. 527.
Iode (Instrument ne se corrodant pas par l'), p. 511.

J

Journaux (Nouveaux), p. 152, 297, 801.
Journées médicales de Bruxelles (Les), p. 378.
— — — Toulouse, p. 379, 792.
Jugement rendu en Chambre du Conseil (Loyers), p. 856.

K

Kritchewsky (Bénédict), p. 801.
Kystes dentifères (Nouvelles observations de), p. 07, 170.
— (Contribution à la pathogénie des épithéliomas adamantins, des odontomes et des), p. 295.
— — avec destruction très étendue de la mâchoire (Volumineux), p. 733, 771.
— appendiculaires (Granulomes et), p. 294.
— paradentaires (Evolution pathogénique des), p. 769.

L

Lévy-Bauer, p. 526.
Laboratoire de recherches biologiques, p. 215, 388, 467, 528, 650, 731, 803.
Légion d'honneur, p. 228, 298, 658.
Leucoplasie linguale par décortication (Résection d'une plaque de), p. 442, 563.
Lèvres et du menton (Le principe du lambeau tubulé dans la réfection du nez, des), p. 282.
Livres reçus, p. 152, 297, 586, 900.
Loi (Pour être en règle avec la), p. 299.
— de finances (La nouvelle), p. 646.
Loyers (Jugement rendu en chambre du Conseil), p. 856.
Luxembourg (En), p. 646.

M

Mâchoire (Volumineux kystes dentifères avec destruction très étendue de la), p. 733, 771.
Mâchoires en pratique (Les fractures des), p. 654.
Malades (Présentation de), p. 140.
Manifestation de sympathie, p. 803.
Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens, p. 465, 659, 731.
Mariages, p. 88, 157, 300, 387, 527, 609, 804, 862
Mastication (Etude de la fonction de), p. 585.
Matériaux dentaires (Les propriétés physiques des), p. 613.
Matières obturatrices dans la pratique dentaire (Le choix approprié de), p. 616.
Maxillaire supérieur (Obturation d'une vaste béance du), p. 134.
— de la couronne d'une incisive centrale supérieure (Refoulement dans le), p. 282.
— inférieur (Les fractures fermées de la région condylienne du), p. 525.
— supérieur (Les indications thérapeutiques des tumeurs malignes du), p. 654.
Maxillaires (Trois observations de sarcomes des), p. 134.
— et dents (Rachitisme), p. 767.
— (Ostéite fibreuse des), p. 838.
Médecine (Introduction en Alsace-Lorraine de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la), p. 146.
— de Madrid (A la Faculté de), p. 299.
Mesureur (Gustave), p. 656.
Molaire incluse (Technique de l'extraction de la 3e), p. 248.
Muqueuse gingivale dans quelques modifications pathologiques (La structure de la), p. 72.

N

Naissances, p. 86, 157, 300, 387, 527, 804, 659.
Nez difformes, traitement chirurgical et prothétique (Les), p. 281.
— des lèvres et du menton (Le principe du lambeau tubulé dans la réfection du), p. 282.
Nomination, p. 299, 466, 527, 804.

O

Occluseur (L'), p. 720.
Odontologie en Espagne (Sous-inspections d'), p. 594.
Odontologistes docteurs en médecine (Syndicat des), p. 794.
Opération dentaire (Extraordinaire accident au cours d'une), p. 764.
Or platiné (Traitement thermique de l'), p. 366, 396.
— par les cosmétiques (Décoloration de l'), p, 578.
— (Une mine d'), p. 592.
— sur la vulcanite (Les dépôts d'), p. 78.
Organes dentaires (Note sur l'évolution des), p. 7.

Orthodontie avec reconstitution numérique (Une Société d'), p. 423.
— d'Europe (Société d'), p. 466.
— (Congrès d'), p 730.
Orthodontiste (Trousse spéciale pour), p. 277.
— (Des forces continues réglables en), p. 277, 321.
Orthodontométrologie - classification, p. 540.
Orthopédie dento-faciale (Société française d'), p. 290, 849.

P

Palais (Thérapeutique des fissures congénitales de la voûte et du voile du), p. 513.
Paralysie faciale non traitée par l'électricité et suivie de contracture, p. 135.
Phlegmon de la paupière inférieure d'origine dentaire, p, 760.
Plantier (M^lle), p. 154.
Plâtre (Enlèvement du), p. 577.
— cassé (Collage des modèles de), p. 578.
— d'adhérer au caoutchouc (Moyen d'empêcher le), p. 578.
— lors de la prise d'empeinte (Moyen d'éviter l'expansion du), p. 512.
Polir (Machines à), p. 578.
Porcelaine à crampons cassés (Réparation des facettes de), p. 512.
Praticiens allemands (Statistique des), p. 804.
Pressopompe René Ninck, p. 808, 826.
Préparation militaire de 1925 (Brevet de), p. 726.
Prix Magitot, p. 155.
Prophylaxie buccale dans la pratique courante (Importance croissante de la), p. 493.
Propriété scientifique (La), p. 796.
Prothèse maxillo-faciale (Du rôle actuel de la), p. 122, 138.
— chirurgicale de l'étage moyen de la face (Contribution à la), p. 858.
— dentaire (Chambre syndicale des façonniers en), p. 595.
— au point de vue de la prophylaxie dentaire (De la conception et de la construction des appareils de), p. 76.
— extra professionnelle (Présentation d'un cas de), p. 76.
— partielle (La), p. 720.
Pulpe et de l'apex (Premières recherches bactériologiques sur l'infection de la), p. 141.
— (Nouvelle méthode au nitrate d'argent pour le coiffage de la), p. 260.
— (Recherches histologiques et bactériologiques sur l'action de la pâte Trio après amputation et fixation de la pulpe, p. 556.
Pulpe vivante (De l'action du froid sur la), p. 721.
Pulpes sous les couronnes et travaux à pont d'après une expérience de 20 ans (La conservation des), p. 484.
Pulpite chronique (Contribution à l'étude de l'histologie de la), p. 595.
Prophylaxie (La), p. 767.
Pyorrhée (Note sur la vaccinothérapie locale de la), p. 141.
— (Pièce à main pour le curettage de la), p. 440, 533.
— (Etude histologique de la gencive dans la), p. 601.
— alvéolaire (Traitement par vaccine de la), p. 722.
— (Quelques considérations sur le traitement de la), p. 766.
Pyorrhées (Considérations générales sur le traitement des), p. 837.

Q

Question écrite, p. 381, 452.

R

Radiographie de l'Ecole dentaire de Paris (Service de), p. 215, 388, 467, 528, 595, 660, 731, 864.
— dentaire et leurs indications respectives (Les différentes méthodes de), p. 347.
Radiographies dentaires (A propos des cartes de présentation des), p. 212.
Radium dans l'hygiène buccale (Le), p. 512.
Rapport du secrétaire général, p. 775.
Rasoir mécanique (Utilisation des lames de), p. 578.
Réceptions. Excursions, p. 724.
Récompense, p. 385, 659.
— honorifique, p. 730.
Réglementation en Italie (La), p. 216.
Réimplantation tardive d'incisive inférieure, p. 836.
Réponse à une question écrite, p. 523.
Ribard (Louis), p. 87.

S

Salive parotidique par le canal de Sténon (Moyen d'éviter l'écoulement de la), p. 512.
Section dentaire du P. U. C., p. 861.
Semaine odontologique, p. 789, 849.
Service dentaire public en Grande-Bretagne (Le), p. 224.
— — scolaire, à Colmar, p. 717, 751.

Sinusites pyorrhéiques (Les), p. 229.
Société d'Odontologie de Paris (V. Table méthodique).
— de Stomatologie (V. Table méthodique).
— européenne d'Orthodontie, p. 158.
— austro-allemande d'Orthopédie dentaire, p. 158.
— française d'orthopédie dento-faciale, p. 849.
Soins dentaires scolaires à Milan, p. 150, 527.
Solidarité (Dix années de), p. 382.
Sports universitaires, p. 466.
Stomacétol (Le), p. 722.
Stomatite traumatique ulcéro-membraneuse, p. 71.
— mercurielle (Perforation jugale secondaire à un noma ayant compliqué une), p. 722.
Stomatoscope (Le), p. 720.
Synalgies dentaires (Les), p. 764.
Syndicat des dentistes du Rhône et des régions voisines, p. 85, 387, 863.
— — chirurgiens-dentistes de Lorraine, p. 86, 291.
Syrie (En), p. 381.

T

Thérapeutique radiculaire (Les éléments économiques et psychologiques dans la), p. 192.
— bucco-dentaire par la haute fréquence (La), p. 739.
Trijumeau; contrôle lipiodolé (Alcoolisation endocranienne du), p. 134.
Troubles oculaires d'origine dentaire, p. 131.
Trousse spéciale pour orthodontiste, p 277, 321.
— photogène Nemausa (La), p. 719.

V

Vaccinothérapie en chirurgie (La), p. 509.
Visite à l'E. D. P., p. 803.
Vœux (Emission de), p. 721.
Voûte palatine sous succion de dentiers à valves de caoutchouc (Les perforations de la), p. 739.

W

Wirion (François), p. 802.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

A. F. A. S.

CONGRÈS DE GRENOBLE

ALLOCUTION du président, p. 714.
CIRCULAIRE, 141.
COMPTE RENDU, p 596, 742.
CONDITIONS de transport, p. 210.
DIVERS, p. 290.
ELECTIONS diverses, p. 719.
EXPOSITION, p. 722, 848.
HOTELS, p. 446.
Programme, p. 518.
RÉCÉPISSÉ, p. 724.
RÉUNION préparatoire du 30 décembre 1924, p. 81.
Séance générale d'ouverture, p. 712.
— d'ouverture de la Section, p. 714.
TRAVAUX de la Section, p. 716.
VŒUX, p. 721.

A. G. S. D. F.

AIDE immédiate en cas de décès, p. 73.
ASSEMBLÉE générale du 17 janvier 1925, p. 83.

BIBLIOGRAPHIE

ANNUAIRE scientifique dentaire, p. 297.
BACTERIAL infection, p. 858.
CÉRAMIQUE dentaire (La), p. 584.
COMPTES rendus du IX[e] Congrès dentaire espagnol, p. 585.
— — — la session de Luxembourg de la F. D. I., p. 586.
CONSEILS d'hygiène dentaire, p. 655.
CONTRIBUTION à la pathogénie des épithéliomas adamantins, des odontomes et des kystes dentifères, p. 295.
— — — prothèse chirurgicale de l'étage moyen de la face, p. 858.
CURIEUSES observations sur les dents, p. 151.
ETUDE de la fonction de mastication, p. 585.
FRACTURES fermées de la région condylienne du maxillaire inférieur (Les), p. 525.
— des mâchoires en pratique (Les), p. 654.
GRANULOMES et kystes appendiculaires, p. 294.
INDICATIONS thérapeutiques des tumeurs malignes du maxillaire supérieur (Les), p. 654.
LIVRES reçus, p 152, 297, 586, 800.
NOUVEAUX journaux, p. 152, 297, 801.
POUR être en règle avec la loi, p. 296.
PHYSIOLOGIE mandibulaire et dents artificielles, p. 151.
RESPONSABILITÉ des médecins et des chirurgiens-dentistes d'après la jurisprudence, p. 900.

BULLETIN

CAMPAGNE antiodontologique (La), p. 839.
CONGRÈS dentaire international (Le), p. 597.
RÉFORME des études dentaires (La), p. 580.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AIDE à la profession dentaire japonaise, p. 146, 795.
AMICALE des dentistes des armées de terre et de mer, p. 145, 286, 453, 649, 797, 802.
BRÉSIL (Au), p. 797.
DIPLÔMES obtenus par correspondance, p. 223.
DIX années de solidarité, p. 382.
ENSEIGNEMENT dentaire par le cinéma (L'), p. 797.
INTRODUCTION en Alsace-Lorraine de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, p. 146.
NOTRE enseignement, p. 219.
PROPRIÉTÉ scientifique (La), p. 796).
RÉGLEMENTATION en Italie (La), p. 216.
SOCIÉTÉ d'hygiène de l'enfance, p.144.
SYNDICAT des odontologistes docteurs en médecine, p. 794.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

A PROPOS des cartes de présentation des radiographies dentaires, p. 212.
CONCOURS à l'Ecole dentaire de Paris, p. 465, 526, 594, 658.

Conseil du corps enseignant, p. 289.
Ecole dentaire de Paris et Ecole odontotechnique, p. 803.
Laboratoire de biologie de l'E. D. P., p. 215, 388, 467, 528, 595, 660, 731, 803.
Manipulations bactériologiques et anatomo-pathologiques pour les praticiens, p. 465, 526, 594, 659, 731.
Nominations, p. 466.
Service de radiographie de l'E. D. P., p. 215, 388, 467, 528, 595, 660, 731.
Visite à l'Ecole dentaire de Paris, p. 803.

GROUPEMENT DE L'É. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

Réunion commune des Conseils d'administration, p. 154.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale, p. 803, 860.

FAITS CLINIQUES

Au sujet de l'arthrite dite arsenicale, p. 130.
Cas de corps étranger du canal de Warthon, p. 502.
Résection d'une plaque de leucoplasie linguale par décortication, p. 503.

F. D. I.

Session de Genève. Programme, p. 447, 596, 779.

F. D. N.

Assemblée générale du 21 février 1925, p. 228.
Divers, p. 287.

HYGIÈNE

Asile national des convalescents, p. 293.
Cliniques dentaires, p. 150.
— — scolaires, p. 150, 292.
Commission d'hygiène dentaire, p. 521.
Dents des petits Parisiens (Les), p. 703.
Dispensaire intercommunal d'Ermont, p. 149, 293, 798.
Film hollandais concernant le paludisme, p. 799.
Hygiène dentaire au congrès de Grenoble (L'), p. 661.
— — Rôle de l'éducateur (L'), p. 662.
— — scolaire urbaine (L'), p. 669.
— — dans la famille (L'), 689.
— — à l'usine (L'), p. 676.
— — armée (L'), p. 681.
Inspection médicale des écoles de Montréal (L'), p. 702.
Service dentaire public en Grande-Bretagne (Le), p. 224.
Société d'hygiène de l'enfance, p. 149.
Soins dentaires scolaires à Milan, p. 150.
Visite du président du Conseil à la clinique dentaire scolaire de Colmar, p. 798.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre, p. 651
Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, p. 649.
Assurances (Nos), p. 852.
Brevet de préparation militaire de 1925, p. 716.
Cadre de dentistes auxiliaires de réserve, p. 851.
Création d'un office national d'hygiène sociale, p. 77.
Commission de réforme des études dentaires, p. 582.
— (Première réunion de la), p. 581.
Dentistes et la loi des pensions (Les), p. 650.
Examen d'aptitude au grade de dentiste auxiliaire, p. 80.
Examens de chirurgien dentiste, p. 720.
Loi sur les assurances sociales, p. 521.
Nomination de dentistes militaires, p. 155, 228, 284, 385, 451, 522, 650.
— des dentistes militaires de 2e classe, p. 647.
Nouvelle loi de finances (La), p. 646.
Question écrite, p. 381, 452.
Réponse à une question écrite, p. 522.
Stage aux colonies des dentistes militaires de réserve, p. 851.
Syrie (En), p. 381.
Vœux de la C. T. I., p. 288.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Dentiste condamné pour usage de stupéfiants, p. 653.
Exercice illégal de l'art dentaire, p. 652.
Loyers, p. 850.

NÉCROLOGIE

Bouvier (Jules), p. 298.
Camus (Prof. Jean), p. 87.
Carbonnel (Albert), p. 153.
Delaplanche (Abel), p. 153.
Divers, p. 87, 154, 298, 385, 465, 657, 862.
Dupontreué (Marcel), p. 657.
Fléty (Eugène), p. 153.
Kritchewsky (Benedict), p. 802.
Lévy-Bauer, p. 526.
Mesureur (Gustave), p. 656.
Plantier (Mlle), p. 154.
Ribard (Louis), p. 87.
Wirion (François), p. 802.

NOTES PRATIQUES

Cire collante, p. 578.
Collage des modèles de plâtre cassé, p. 578.
Décoloration de l'or par les cosmétiques, p. 578.
Distinction de l'acier d'avec le fer, p. 577.
Durcissement du ciment, p. 577.
Enlèvement du plâtre, p. 577.
Imperméabilisation des bouchons, p. 577.
Instrument ne se corrodant pas par l'iode, p. 511.
Machines à polir, p. 578.
Moyen d'empêcher le plâtre d'adhérer au caoutchouc, p. 578.
— d'éviter l'expansion du plâtre lors de la prise d'empreinte, p. 512.
— — l'écoulement de la salive parotidique par le canal de Sténon, p. 512.
— d'enlever l'excès de ciment lors du scellement des couronnes et bridges, p. 501.
Nettoyage des bouteilles à eau ternies par les dépôts, p. 511.
Obturation des canaux, p. 577.
Polissage des aurifications, p. 577.
— de l'aluminium, p. 511.
Radium dans l'hygiène buccale, p. 512
Réparation de la surface triturante usée d'une couronne dans la bouche même, p. 511.
— des facettes de porcelaine à crampons cassés, p. 512.
Tire-nerfs rompus dans le canal, p. 577.
Traitement des dents à collet sensible, p. 577.
— de larges caries superficielles, p. 511.
Trempe de l'acier, p 577.
Utilisation des lames de rasoir mécaniques, p. 578.

NOUVELLES

Association dentaire britannique, p. 88, 466.
— syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France, p. 156, 860.
Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, p. 802
Avis, p. 89, 158, 300, 388, 467, 731, 804.
Chambre des députés (A la), p. 465.
— syndicale des façonniers de l'art dentaire, p. 595.
Club athlétique dentaire, p. 299.
Concours du premier ouvrier de France, p. 228.
Congrès odontologique espagnol, p. 527.
— d'orthodontie, p. 730, 861.
— des médecins et chirurgiens-dentistes lettons, p. 804.
Distinctions honorifiques, p 88, 228, 298, 527, 730.
Ecole dentaire du Caire, p. 657.
— — de Lyon, p. 803.
Elections municipales, p. 387.
Exposition de Dusseldorf, p. 863.
Erratum. p 387.
Faculté de médecine de Madrid (A la), p. 299.
Fête des étudiants, p. 157, 299.
Fiançailles, p. 466.
Gala universitaire, p. 299.
Institut dentaire d'Oslo, p. 527.
Légion d'honneur, p. 228, 298, 586.
Manifestation de sympathie, p. 803.
Mariages, p. 88, 157, 300, 387, 527, 659, 804.
Naissances, p. 88, 157, 300, 387, 328, 659, 804, 863.
Nomination, p. 299, 466, 527, 804.
— de dentiste militaire, p. 804
— de dentistes militaires, p. 155, 228, 284, 385, 541, 594.
Prix Magitot, p. 155.
Récompense honorifique, p. 730.
Récompenses p. 385, 659.
Section dentaire du P. U. C., p. 861.
Société européenne d'orthodontie, p. 158.
— austro-allemande d'orthopédie maxillaire, p. 158
— d'orthodontie d'Europe, p. 466.
Soins dentaires scolaires à Milan, p. 527.
Sous-inspecteurs d'odontologie en Espagne, p. 594.
Sports universitaires, p. 466.
Statistique des chirurgiens-dentistes norvégiens, p. 158
— — praticiens dentistes allemands, p. 730, 804.
— — dentistes australiens, p. 804.
— — — anglais, p. 861.
Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, p. 156.
— — — — de Lorraine, p. 157.
— des dentistes du Rhône et des régions voisines, p. 387, 803, 861.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Association de l'Ecole odontotechnique, p. 84.
Association professionnelle des dentistes de la Seine-Inférieure et des départements limitrophes, p. 86.
Congrès espagnol des sciences médicales, p. 83.
— odontologique latino-américain, p. 84, 645.
— belge de stomatologie, p. 379.
— international des travailleurs intellectuels, p. 144.

Congrès international de médecine et de pharmacie militaire (3e), p. 376.
— d'odontologie de l'U. R. S. S. (2e), p. 644.
— dentaire international (7e), p. 450, 520, 633, 791, 847.
— scientifique des médecins-dentistes polonais (2e), p. 790.
Exposition d'hygiène et de pharmacie militaires, p. 82
Journées médicales de Bruxelles (Les), p. 378
— — — Toulouse, p. 379, 792.
Semaine odontologique, p. 789, 848.
Société française d'orthopédie dento-faciale, p. 290, 849.
Syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraine, p. 86, 291.
— — dentistes du Rhône et des régions voisines, p 85.

REVUE ANALYTIQUE

Accident muqueux de la dent de sagesse (Un), p. 631.
— au cours d'une opération dentaire (Extraordinaire), p. 764.
Alcoolisation endocranienne du trijumeau ; contrôle lipiodolé, p. 134.
Anesthésie générale facile, inoffensive et euphorique par le mélange de Dawis, p. 131.
— — p. 570.
— locale, p. 569
— au chlorure d'éthyle (L'), p. 574.
Carie dentaire, problèmes, faits, hypothèses (La), p. 575.
Chancre de la gencive (Le), p 631.
Complications oculaires d'origine dentaire, p 630.
Effet d'une alimentation défectueuse sur les dents, p 272.
Enquête américaine sur les accidents dus à l'anesthésie locale, p 571.
Etude de quelques propriétés pathologiques du chloroforme et de l'éther employés comme anesthésiques, p 573.
Evolution pathogénique des kystes paradentaires, p. 769.
Foyers d'infection. Etude bactériologique des gencives dans 200 cas (Les), p. 271.
Importance de l'hygiène buccale dans la tuberculose, p 273
Influence du régime alimentaire sur le développement et l'extension de la carie dentaire chez les enfants, p. 135.
Localisation élective au niveau de l'œil des bactéries provenant de dents infectées, p. 133.
Observations de sarcomes des maxillaires (Trois), p. 134
Obturation d'une vaste brèche du maxillaire supérieur, p. 134
Paralysie faciale non traitée par l'électricité et suivie de contraction, p. 135.
Premières recherches bactériologiques sur l'infection de la pulpe et de l'apex, p. 141.
Pyophagie (La), p. 767.
Quelques considérations sur le traitement de la pyorrhée, p 766
Quatre nouveaux cas d'actinomycose buccale ; considérations sur l'actinomycose dentaire, p. 768
Rapports des dents avec le développement normal de la flore microbienne dans la cavité buccale, p. 271.
Recherches sur l'innervation dentaire, p. 273.
Rachitisme, maxillaires et dents, p. 767.
Sel (Le), p 571.
Synalgies dentaires (Les), p. 764.
Traitement chirurgical des foyers péri-apicaux avec contrôle radiographique, p. 769.
Troubles oculaires d'origine dentaire, p. 131.
Vaccinothérapie en chirurgie (La), p. 509.

REVUE DES REVUES

Alliages d'or commerciaux, p 561.
Choix approprié de matières obturatrices dans la pratique dentaire (Le), p. 616
Contribution à l'étude de l'histologie de la pulpite chronique, p. 505.
Etude histologique de la gencive dans la pyorrhée, p 601.
Etudes histologiques sur la carie de la dentine, p. 564.
Fabrication des bridges avec des surfaces triturantes parfaites, p. 815
Nouvelles études sur la localisation élective des bactéries provenant de dents infectées, p. 618.
Orthodontométrologie-classification, p 540.
Propriétés physiques des matériaux dentaires, p. 615.
Recherches histologiques et bactériologiques sur l'action de la pâte Trio après amputation et fixation de la pulpe, p. 556.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 décembre 1924, p. 58.
I. Correspondance, p. 58
II. Allocution du président, p. 8.

III. Corps étrangers d'origine dentaire dans l'œsophage et les voies aériennes, p. 61.
IV. A propos de nos fraises, p. 65.
V. Nouvelles observations de kystes dentifères, p. 617.
Séance du 6 janvier 1925, p. 68, 136.
I. Complications tumorales des foyers septiques paradentaires, p. 136.
II. Du rôle actuel de la prothèse maxillo-faciale, p. 138.
Séance du 3 février 1925, p. 139, 199.
I. Correspondance, p. 199.
II. Les rapports de la dermatologie et de la syphiligraphie avec l'art dentaire, p. 199.
III. Les controverses suscitées par les rapports sur le traitement des canaux, p. 201.
IV. Incidents de la pratique journalière, p. 206.
Séance du 3 mars 1925, p. 207, 275.
I. Présentation d'un malade atteint d'érosion dentaire, p. 275.
II. Les rapports de l'ophtalmologie avec l'art dentaire, p. 276.
III. Trousse spéciale d'orthodontie avec matériel de séries, p. 277.
Séance du 7 avril 1925, p. 303.
I. L'émail et la carie dentaire, p. 303.
II. Traitement thermique de l'or platiné, p. 306.
Séance du 5 mai 1925, p. 368, 433.
I. Correspondance, p. 433.
II. Art dentaire et médecine légale, p. 433.
III. Cas curieux de malposition de dent de sagesse inférieure, p. 439.
IV. Pièce à main pour le curettage dans la pyorrhée, p. 440.
V. Abcès palatin d'origine non dentaire, p. 449.
VI. Résection d'une plaque de leucoplasie linguale, p. 442.
VII. Cas de corps étranger du canal de Wharton, p. 442.
Séance du 9 juin 1925, p. 444, 513.
I. Correspondance, p. 513.
II. Thérapeutique des fissures congénitales de la voûte et du voile du palais, p. 513.
III. Comment examiner la bouche d'un pyorrhéique, p. 514.
IV. Présentation du film pédagogique « préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires », p. 514.
Séance du 7 juillet 1925, p. 516, 771.
I. Volumineux kystes dentifères avec destruction très étendue de la mâchoire, p. 771.
II. Les dents temporaires et l'arcade dentaire permanente, p. 774.
III. Rapport du Secrétaire général, p. 775.
IV. Election du Bureau, p. 776.
Séance du 3 novembre 1925, p. 776, 822.
I. Correspondance, p. 822.
II. Allocution du président, p. 822.
III. Double ulcération cancéreuse dans la cavité buccale, p. 825.
IV. Pressopompe René Ninck, p. 826.
V. Congrès dentaire international de Philadelphie, p. 829.
Séance du 1er décembre 1925, p. 853.
DÉMONSTRATIONS pratiques, p. 71, 386.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 15 décembre 1924, p. 71.
Séance du 19 janvier 1925, p. 140.
Séance du 16 février 1925, p. 209.
Séance du 16 mars 1925, p. 281.
I. Les nez difformes, leur traitement chirurgical et prothétique, p. 281.
II. Le principe du lambeau tubulé dans la réfection du nez, des lèvres et du menton, p. 282.
III. Traitement des tumeurs du plancher de la bouche par le radium, p. 282.
Séance du 27 avril 1925, p. 369.
Séance du 18 mai 1925, p. 445.
Séance du 13 juin 1925, p. 579.
Séance du 20 juillet 1925, p. 777.
Séance du 16 novembre 1925, p. 830.

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS de nos fraises, p. 89.
ART DENTAIRE et médecine légale, p. 469.
CAS curieux de malposition de dent de sagesse inférieure, p. 529.
CLINIQUE dentaire scolaire de Colmar (La), p. 753.
COIFFAGE de la pulpe. Nouvelle méthode au nitrate d'argent, p. 260.
COMPLICATIONS tumorales des foyers septiques paradentaires, p. 98.
CONSERVATION des pulpes sous les couronnes et travaux à pont d'après une expérience de 20 ans, p. 484.
CONTROVERSES suscitées par les rapports sur le traitement des canaux (Les), p. 181.
CORPS étrangers d'origine dentaire dans l'œsophage et les voies aériennes. Extraction par la bronchoœsophagoscopie, p. 30.
CURETTAGE apical (Le), p. 5.
DIFFÉRENTES méthodes de radiographie dentaire et leurs indications respectives (Les), p. 347.
DOUBLE ulcération cancéreuse dans la cavité buccale, p. 805.

Emàil et de la carie dentaire (De l'), p. 301.
Eléments économiques et psychologiques dans la thérapeutique radiculaire (Les), p. 193.
Email et de la carie dentaire (De l'), p. 363, 404.
Emploi du diélectrique pour la diathermocoagulation, p. 536.
Formadermine en art dentaire (La), p. 355.
Forces continues réglables en orthodontie (Des), p. 321.
Importance croissante de la prophylaxie buccale dans la pratique courante, p. 493.
Kystes dentifères avec destruction très étendue de la mâchoire (Volumineux), p. 733.
Manuscrit de Pierre Fauchard (Le), p. 389.
Nouvelles observations de kystes dentifères, p. 170.
Orthodontie avec reconstitution numérique (Une), p. 423.
Phlegmon de la paupière inférieure d'origine dentaire, p. 700.
Pièce à main pour le curettage dans la pyorrhée, p. 533
Préparation des cavités proximo-triturantes des prémolaires et des molaires, p. 813.
Présentation d'un malade atteint d'érosion, p. 246.
Pressopompe René Ninck, p. 808.
Rapports de la dermatologie et de la syphiligraphie avec l'art dentaire, p. 159.
— de l'ophtalmologie avec l'art dentaire (Les), p 235.
Rôle actuel de la prothèse maxillo-faciale (Du), p. 122.
Sinusites pyorrhéiques (Les), p. 229.
Technique de l'extraction de la 3e molaire inférieure incluse, p. 248.
Traitement thermique de l'or platiné, p. 396.

VARIA

Aliénistes (Les), p. 593.
Contre le mal de dents, p. 591.
Découverte préhistorique, p. 592.
Garengeot, p. 587.
Mine d'or (Une), p. 592.

NOMS D'AUTEURS

AMOEDO (Dr), p. 363.
Bonnet-Roy (Dr), p. 61, 68, 199, 200, 206, 439, 771, 826.
BONNET-ROY (Dr), p. 502, 503, 654, 805.
BORDIER (Prof.), p. 536.
BOUSQUET (Dr), p. 493, 694.
BRODHURST, p. 355.
Brodhurst, p. 275.
CADIC, p. 733.
CAEN (Marthe), p. 212.
CHARRON, p. 248.
CHENET (Dr), p. 122, 860.
CROS, p. 669.
DELATER (Dr), p. 98.
Delater (Dr), p. 130.
Dubois, p. 201.
DUVOIR (Prof.), p. 469.
Duvoir (Prof.), p. 437, 469.
FONTANEL, p. 382.
Friteau (Dr), p. 515, 516.
GUISEZ (Dr), p. 30.
Guisez (Dr), p. 64.
HALOUA, p. 662.
Housset (P.), p. 136, 202, 205.
HOUSSET, p. 181.
Huet, p. 66, 67.
HUET, p. 89.
KIEFFER (Dr), p. 219.
LEBRUN, p. 704.
LELIÈVRE (R.), p. 676.
LEMIEUX (Dr), p. 702.
LÉVY (Dr), p. 484.
MIÉGEVILLE (V. E.), p. 822.
Miégeville (V. E.), p. 829.
MONBRUN (Dr), p. 235.
Monbrun (Dr), p. 277.
Morineau, p. 276, 367.
MORINEAU, p. 390, 813.
NINCK, p. 808.
Ninck, p. 826.
PÉRON, p. 854.
POLUS (Dr), p. 260.
Quintin, p. 435, 439, 440.
QUINTIN, p. 529, 533.
RETTERER (Prof.), p. 301, 404.
Retterer (Prof), p. 365.
Rolland (Dr Pierre), p. 203.
ROY (Dr), p. 5, 170, 229, 597, 733.
Roy (Dr), p. 63, 68, 433, 440, 443, 772, 774, 775, 825, 853.
SAIAS, p. 216.
SCHWEITZER (B.), p. 130.
Sebileau (Prof.), p. 513.
SIMON (Dr Clément), p. 159.
Simon (Dr Clément), p. 199, 200.
SOLAS (Dr.), p. 839.
SOUCHET (Dr), p. 760.
SPIRA, p. 753.
TACAIL, p. 321.
Tacail, p. 277, 278, 279.
THIBONNEAU (Dr), p. 62, 347.
VAIS (Dr), p. 733.
VIAU (G.), p. 389.
VIAU (L), p 246.
Viau (L), p. 276.
Villain (G.), p. 65, 137, 138, 279, 435, 514, 774, 828, 829, 830.
VILLAIN (H.), p. 58, 142, 732.
Villain (H.), p. 65, 67, 137, 138, 206, 363, 365, 367, 438, 513, 516, 775, 776, 827.
WALLIS-DAVY, p. 376.
WATRY (Dr), p. 192.
WINTERGERST, p. 145, 681.

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions à la Société d'Odontologie de Paris.