

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

## **L'Odontologie**

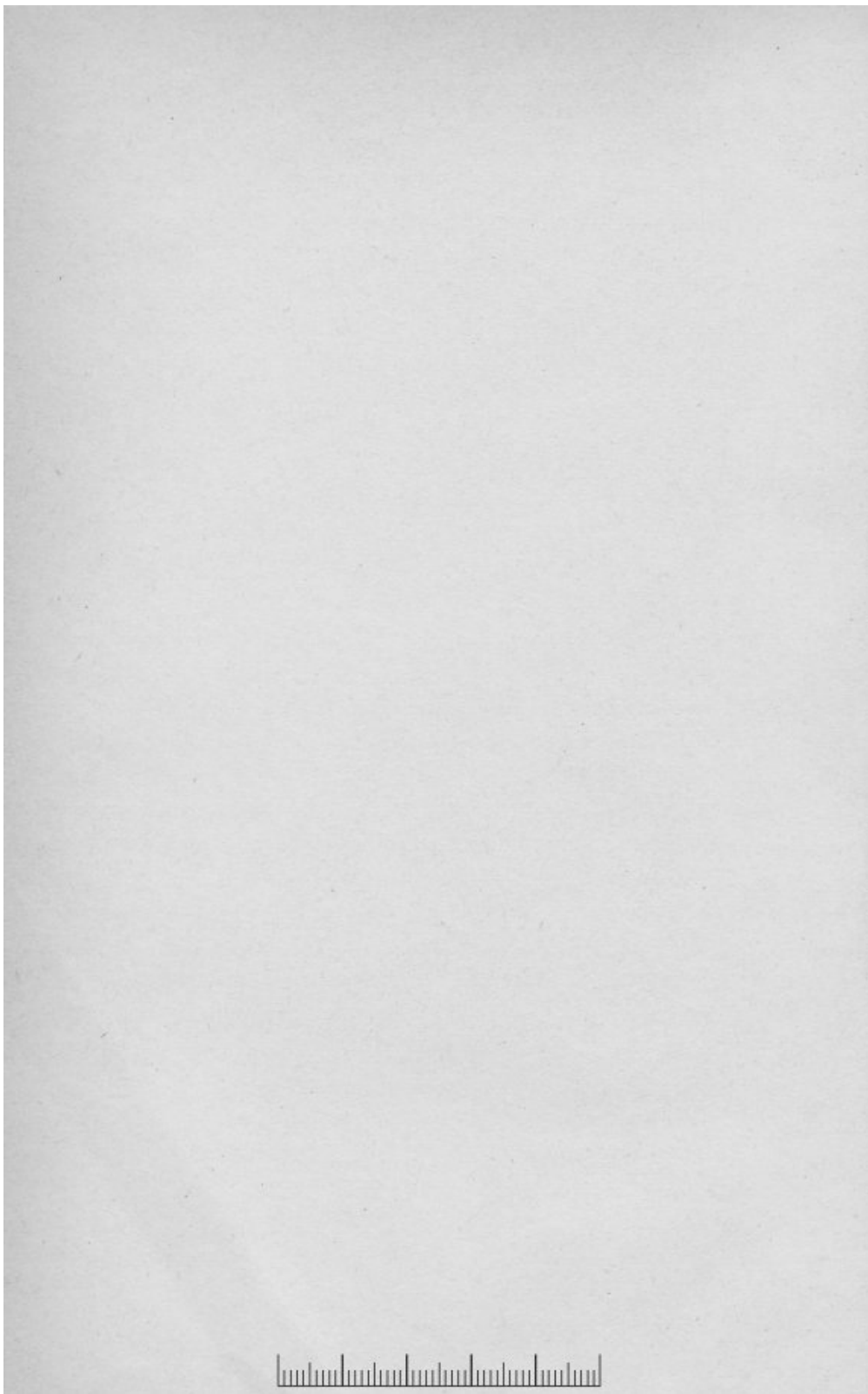
*tome 70. - Paris, 1932.*

*Cote : PF92*



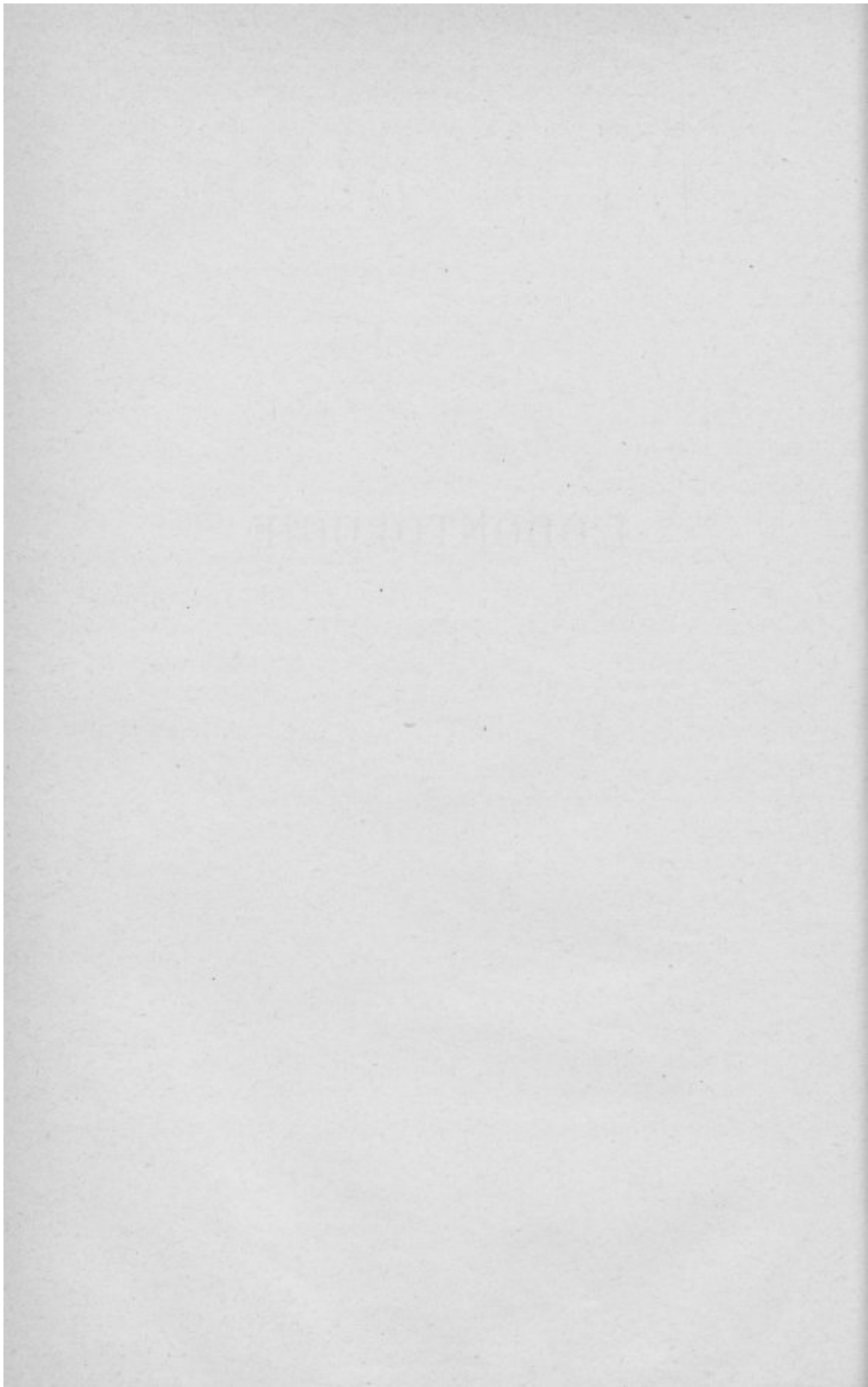
Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé  
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1932>





# L'ODONTOLOGIE



# 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

DIRIGÉ DE 1881 A 1896, PAR PAUL DUBOIS  
ET DE 1896 A 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 à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :  
F. HALOUA  
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

## Comité de Rédaction et d'Administration

A. BLATTER, Président, Directeur général 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.  
P. HOUSSET, Professeur à l'École dentaire de Paris.

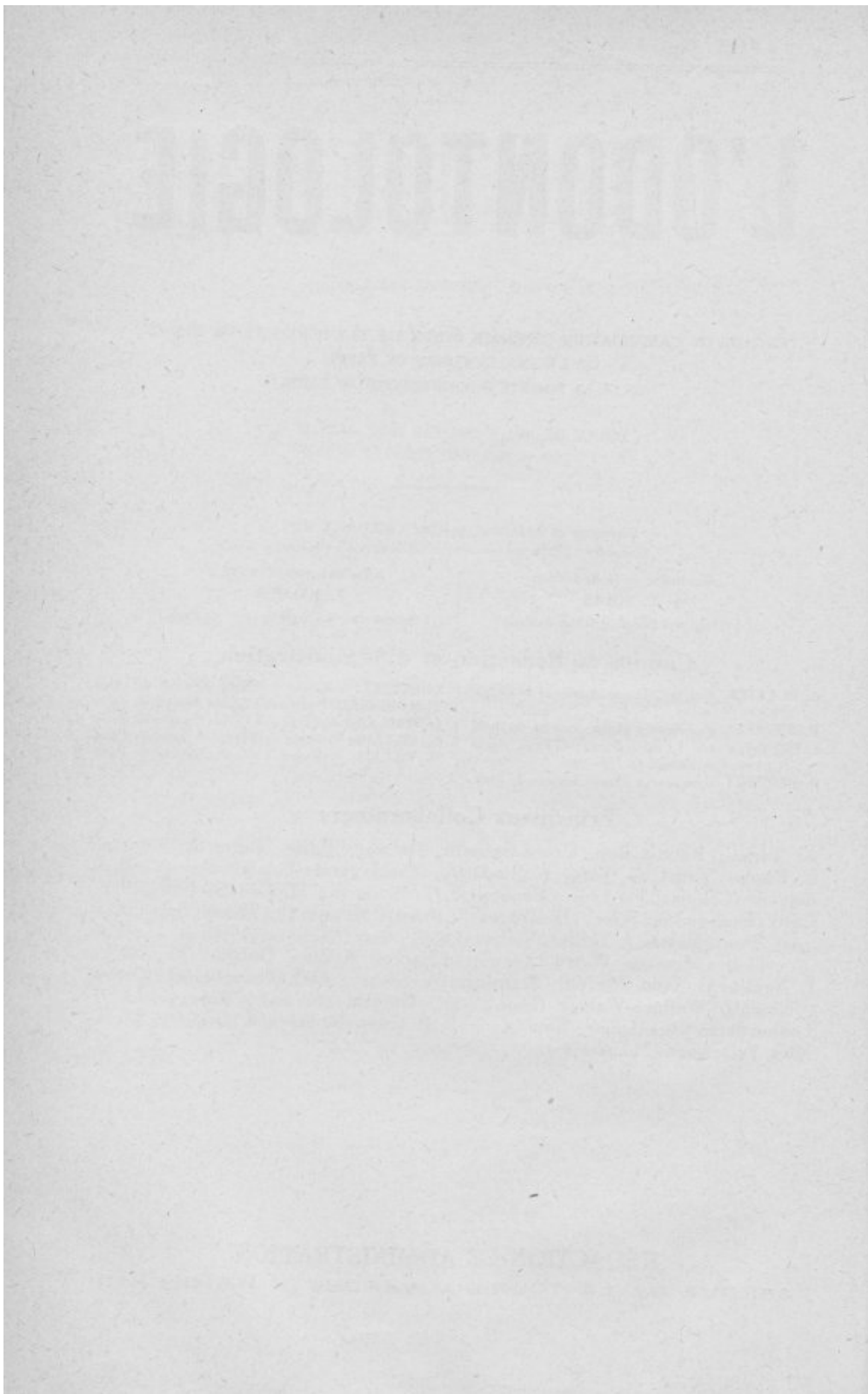
LUBETZKI, Professeur à l'École dentaire de Paris.  
T. MORINEAU, Professeur à l'École dentaire de Paris.  
L. VIAU, Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.  
G. VILLAIN, Directeur de l'École dentaire de Paris.  
H. VILLAIN, Professeur à l'École dentaire de Paris.

## Principaux Collaborateurs :

Paris : Bonnet-Roy, Crocé-Spinelli, Delater, Hulin, Retterer, Roussel, L. Ruppe, Vanel, G. Viau, Wallis-Davy, Wintergerst (Levallois-Perret) ; Bennejeant (Clermont-Ferrand) ; Brodhurst (Le Vésinet) ; M. Cavalié (Bordeaux) ; Cuny (Boulogne-sur-Seine) ; Desforges (Suresnes) ; Monnin (Le Mans) ; Spira (Colmar) ; Pont, Raton, J. Tellier, Vichot (Lyon) ; Guy (Edimbourg) ; Huet, Joachim (Bruxelles) ; Messian, Watry (Anvers) ; Charron, Eudore, Dubeau (Montréal) ; F. Aguilar, Losada (Madrid) ; Damians (Barcelone) ; Kirk (Philadelphie) ; Ottofy (Chicago) ; Wallace-Walker (New-York) ; Guerini (Naples) ; Rojo (Mexico) ; Lenhardtson (Stockholm) ; Gysi (Zurich) ; P. Guye, R. Jaccard (Genève) ; Mario Mier Velazquez (Montevideo).

## RÉDACTION ET ADMINISTRATION

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE - PARIS (IX<sup>e</sup>)



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### PROCESSUS DE LA CARIE DES DENTS

Par M. le Professeur agrégé RETTERER

616.314.002

(Communication à la Société d'Odontologie, 1<sup>er</sup> Décembre 1931)

Je vais parler d'un sujet qui a suscité bien des controverses et fait couler plus d'encre encore : la carie des dents. Je serai bref sur l'historique.

Quelle est la cause de la carie des dents ? Déjà Hippocrate en avait invoqué trois ou quatre : putréfaction, inflammation et puis des vers qui rongent les dents et ce dernier point est tellement commun encore que j'ai vu, quand j'étais petit, à la campagne, des charlatans qui arrachaient avec la pointe d'une faux des dents et montraient les vers aux patients. Vous allez voir que les microbes d'aujourd'hui font l'office de petits vers.

Puis est venue la période plus récente. On a commencé à connaître la chimie et on a dit que les dents étaient attaquées par les acides, la salive acide.

Enfin est venue la théorie aujourd'hui régnante ; ce seraient les microbes, les bactéries, qui se mettent sur la dent, qui sécrètent un acide et c'est cet acide qui est la cause de la carie des dents.

Les travaux sur ce sujet sont innombrables.

Dernière théorie : en 1904, si je ne me trompe, Kirk, Américain, a dit que la carie des dents est causée par un état général mauvais, une diathèse, c'est donc la manifestation diathésique d'un mauvais état général qui se fait par les dents, et si je ne m'abuse, notre Président partage cette opinion dans un livre publié il y a deux ans.

Tel est le bref historique de la question.



Ce qu'il y a véritablement de curieux, c'est que ceux qui ont écrit sur la carie n'ont jamais commencé par dire ce que c'est qu'une dent saine ; ils décrivent le trou qui se produit à la surface des dents ; ce trou s'élargit, traverse la dentine pour atteindre la papille, mais ils ne racontent pas pour quelle raison la dent saine ne se perfore point.

Je commencerai par vous dire et je tâcherai de vous montrer ce que je crois être une dent saine ; vous me permettrez que je fasse des comparaisons pour ne pas être trop long.

Nous ne sommes pas les mêmes d'une année à l'autre, de dix ans à dix ans. Or, les livres qui traitent des dents passent ces changements sous silence.

Voyons la pulpe dentaire. Dans la pulpe dentaire, il y a une cellule superficielle, ou odontoblaste, d'où part un prolongement qu'on figure toujours très coloré et qui va dans la dentine. Ce prolongement se modifie et arrive aux prismes, entre les prismes de l'émail ; là, il se perd plus ou moins. Voilà la figure qu'on donne dans les livres. Eh bien, la dent adulte n'est pas ainsi ; il n'y a plus dans la dent adulte de ces cellules qu'on appelle odontoblastes ; chez l'homme adulte, je n'ai jamais vu cette structure ; mais chez les animaux on trouve à la place de ces cellules odontoblastiques une série de cellules étoilées pourvues d'un noyau ; autour des noyaux existent des prolongements granuleux qui s'anastomosent et dans l'intervalle des prolongements, il y a un protoplasma transparent ; c'est de ce dernier que part le prolongement qui va dans l'intérieur des canalicules et ce prolongement, dans une dent qui est saine, n'est pas colorable. Vous voyez la différence qui nous sépare des classiques.

La figure que j'ai l'honneur de vous soumettre représente une dent adulte saine d'un chien ; je l'ai vue chez d'autres animaux également. Je ne parle pas des dents qui sont toujours, comme les incisives de lapins, en voie de croissance.

Dans la dent adulte et saine, il n'y a plus d'odontoblastes ovoïdes ou cylindriques.

Voilà le point capital sur lequel j'insiste et le prolongement qui va dans les canalicules est formé de protoplasma transparent. Or, tout protoplasma a deux stades d'évolution : à l'origine il est transparent, il est hyalin et c'est seulement plus tard qu'il devient granuleux.

Qu'est-ce que c'est maintenant qu'une dent saine chez l'homme

adulte ? J'ai publié un travail il y a un ou deux ans sur les dents humaines que je croyais saines, de l'homme adulte. J'ai reconnu que mes conclusions ne sont pas complètement vraies. Je vais vous en donner la preuve.

J'ai reçu de mes collègues de l'Ecole Dentaire, Bonnard, Pelletier et d'autres, des dents saines ; vous n'allez pas m'objecter que Bonnard et Pelletier ne sont pas capables de distinguer des dents saines d'une dent malade. En faisant des coupes sur ces dents (dents *ectopiques*), j'ai vu que la surface de la papille présente quelque chose que je n'ai jamais observé sur les animaux. La couche odontoblastique est formée de noyaux très serrés avec un protoplasma qui n'est plus hyalin ; il est granuleux (second stade de développement) ; c'est du protoplasma vieux, et une série de prolongements qui vont du côté de la dentine ; dans l'intervalle il y a des vides. C'étaient des dents ectopiques de jeunes gens, surtout de jeunes filles de 13-14 ans, qu'on a enlevées pour donner l'aspect d'une meilleure denture, etc.

Autrement dit, lorsque la dent ne travaille pas (fonction mécanique), cette dent ne conserve pas sa structure de dent normale ; une partie du protoplasma se raréfie et ensuite se résorbe. Je ne suis pas le premier à avoir vu cet aspect ; Benda en a donné une excellente description.

Par conséquent nous pouvons, en comparant cette dent à celle d'un chien normal, dire que les dents ectopiques ne travaillent pas ; comme il n'y a pas d'antagonistes, elles paraissent saines sur un terrain riche ; mais ces dents, en l'absence d'action mécanique, commencent à vieillir et à s'atrophier.

J'ai fait l'autre jour une communication sur les dents ectopiques à la Société Odontologique. Un honorable assistant m'a dit que tel et tel de ses amis a fait sur les dents saines un travail, fondé sur l'examen à l'œil nu. Il y a deux choses à considérer. Nous ne voyons pas les planètes à l'œil nu ou avec des lunettes ; il faut des instruments particuliers. De même pour voir ce qu'il y a dans l'intérieur de la dent, pour voir quelque chose de particulier, il faut employer le microscope.

Voici un autre fait nouveau sur les dernières dents que m'a données M. Bonnard. Vous voyez sur la dent saine le prolongement de l'odontoblaste, ou fibre de Tomes, formée d'un protoplasma jeune hyalin. Sur les dents ectopiques, au contraire, de bonne heure ce protoplasme devient granuleux, commence à se rapprocher du protoplasma granuleux qui se trouve dans la papille. Autrement dit :

une dent qui ne travaille pas vieillit plus tôt qu'une dent soumise à la pression et aux frottements.

Voilà le fait capital que je voulais mettre en lumière, et qu'il faut connaître avant de commencer l'étude des dents qui sont en voie de carie.

J'ai pratiqué des quantités immenses de coupes sur les dents cariées ; j'ai fait des communications à la Société de Stomatologie là-dessus il y a 8 à 10 ans ; c'est M. Rodier qui m'a donné les pièces les plus convenables, c'est-à-dire des dents qui ne présentaient au début qu'une tache blanche (*white spot*). Qu'est-ce qu'on trouve sur une dent qui, au début, ne présente encore d'autre altération que cette tache blanche ou marron ? J'ai examiné ces dents et j'ai constaté un fait curieux que je ne pouvais, à l'époque où j'ai fait mes premières communications, expliquer.

Au-dessous de la tache blanche, la dentine a des canalicules remplis de protoplasma *granuleux*, tandis que plus profondément (du côté de la pulpe) le contenu des canalicules est resté *hyalin*.

J'ai oublié de vous dire deux mots de la substance fondamentale inter-canaliculaire. Qu'est-ce que c'est que cette substance ? En France on dit : c'est une substance granuleuse ou homogène. Pour Victor v. Ebner, de Vienne, c'est du tissu conjonctif ; selon K. v. Korff, c'est du tissu conjonctif venu de la papille et passant entre les odontoblastes.

Ce que j'ai vu au point de vue des relations de cette substance de la fibre de Tomes dans l'intérieur et de la substance fondamentale est tout autre.

Le canalicule est limité par la gaine de Neumann. Cette gaine a des caractères plus ou moins élastiques. Si on fait macérer une dent, si ensuite on dilacère, on voit encore les restes des gaines, c'est-à-dire que c'est un tissu qui résiste aux acides, et de là partent une série de prolongements qui se ramifient et forment une substance, un véritable réseau ; dans les mailles de ce réseau se trouve le protoplasma transparent qui contient les sels calcaires.

Vous pouvez vérifier vous-même sur une dent le bien-fondé de cette opinion. Mettez une dent à macérer (macérer veut dire détruire les parties molles) ; après macération vous aurez une série de canalicules qui sont remplis d'air, c'est-à-dire que toute la partie qui n'est pas calcifiée se détruit et vous n'aurez plus que la substance calcifiée.

Après ces constatations, je reviens aux dents qui commencent



à présenter la tâche blanche. On trouve du côté de la pulpe des canalicules remplis d'une masse transparente ou fibre de Tomes ; plus près de la tache blanche, cette substance fondamentale présente dans l'intérieur des canalicules une fibrille colorable que j'ai vu depuis de longues années, que j'ai appelée alors la fibrille de Tomes puisqu'elle se trouve dans l'axe de la fibre de Tomes. Au fur et à mesure qu'on approche de la surface, c'est-à-dire du point carié, cette fibrille de Tomes, c'est-à-dire le protoplasma granuleux, devient de plus en plus épais et enfin on ne trouve plus que des cordonnets ; toute substance transparente, hyaline, a disparu.

Voilà ce que j'ai vu après de longues années d'étude. Enfin, tout à fait à la surface il n'y a plus rien, l'émail a complètement disparu.

Qu'est-ce que signifie ce stade ? C'est tout simplement la continuation du processus que j'ai décrit sur les dents ectopiques. Dans la carie dentaire, au point où se forme la tâche blanche, l'hyaloplasma ou protoplasma transparent devient granuleux, et, cette modification ou transformation granuleuse s'étend peu à peu au protoplasma qui est contenu dans les mailles du réticulum de la substance fondamentale ou intercanaliculaire.

C'est là ce qui explique qu'au-dessous de la tache blanche, la dentine devient friable ; c'est là le commencement de la carie. Vous voyez la conclusion que je tire de là : c'est que dans une dent qui commence à se carier, le protoplasma hyalin disparaît et passe au stade granuleux.

Sur la coupe d'une dent cariée, on voit superficiellement un point noir, c'est la zone opaque, et tout auteur se trouve une zone claire. Sur une coupe faite à ce niveau : la zone opaque repose sur une zone plus claire ; à la suite de la zone plus claire, on trouve de nouveau l'image de la fibre de Tomes devenue granuleuse, et, dans l'intervalle, la substance fondamentale.

John Tomes, en 1848, a observé ces faits ; Magitot a insisté là-dessus et il a dit que quand la dent commence à se carier, il y a inflammation ; cette inflammation se propage à travers la dentine jusqu'à la couche profonde ou pulpe. Alors la pulpe réagit et cette pulpe se met à sécréter une dentine transparente, laquelle s'oppose au processus de la carie.

Ce n'est pas là mon avis. La comparaison suivante fera mieux comprendre ma pensée.

Un vieillard qui est sur la pente du gâtisme réagit devant une

jeune fille tout autrement qu'un jeune homme de 20 ans. Je ne puis donc pas partager cette opinion.

Une dent ectopique ou une dent d'homme adulte qui ne travaille pas possède une pulpe dont la portion superficielle est granuleuse (protoplasma vieux), semée de lacunes ou vides. Dans la dent cariée, toute la pulpe n'est plus représentée que par une masse granuleuse contenant de petits noyaux serrés les uns contre les autres ; il n'y a plus de protoplasma transparent ; tout est granuleux, c'est du *vieux* protoplasma. Sur une dent qui commence à se carier, la pulpe est au stade granuleux, c'est-à-dire vieux ; comment voulez-vous qu'un pareil protoplasma puisse réagir contre l'ennemi qui veut s'introduire ? C'est peu admissible.

Enfin, je cite un dernier fait. Qu'est-ce que c'est, en somme, que la dentine et l'émail ? Ce sont des prolongements des parties qui dépendent des cellules superficielles de la pulpe ou couche odontoblastique.

A mesure que les fibres de Tomes deviennent granuleuses et friables et que le protoplasma hyalin contenu dans les mailles du réticulum de la substance fondamentale subit le même sort, il ne reste plus qu'une trame fibreuse, dépourvue de sels calcaires et devenant la proie des bactéries ou microbes de la cavité buccale.

*En résumé*, la pulpe d'une dent saine est formée de tissu conjonctif au stade réticulé et dépourvue de fibres conjonctives ou collagènes ; le protoplasma transparent (hyaloplasma) se prolonge dans la dentine et y continue à élaborer des parties (gaine de Neumann et réticulum de la substance fondamentale), qui constituent la trame figurée contenant l'hyaloplasma intracanaliculaire et intertubulaire. Dans une dent en voie de carie, l'hyaloplasma devient granuleux et cesse de fixer les sels calcaires ; de là la moindre résistance et l'altérabilité de la dent.

Quant à l'émail, on le décrit comme d'origine différente de la dentine. J'ai montré par un grand nombre de faits que l'émail n'a pas cette provenance ; l'émail résulte de la transformation de la dentine.

Prenons une dent dont la dentine a subi les modifications décrites et qui a une moindre vitalité ; que va devenir l'émail ? L'émail qui est d'origine dentinaire, qui est de la dentine calcifiée dans tous ses éléments, cet émail sera doué d'une moindre vitalité, il s'effritera parce que, pour moi, la dentine comme l'émail sont des substances vivantes, pas au même titre et au même degré naturellement que la papille.

Tels sont les faits de développement et d'histologie. Voyons maintenant comment ils concordent avec les phénomènes de nutrition et de milieu.

Dans le temps, j'ai nourri un chien, pendant des mois, rien qu'avec des pommes de terre cuites. Les dents de ce chien avaient la structure que voici : dans les canalicules dentinaires se trouvait du protoplasma granuleux.

J'ai fait des expériences sur les lapins ; vous savez que les incisives de ces animaux repoussent tous les jours d'environ un millimètre. J'ai coupé, j'ai cassé les dents au niveau du bord de la gencive et tous les jours j'ai noté l'allongement. Au bout de huit jours, la dent coupée est de nouveau au niveau de celle qui n'a pas été coupée.

Lorsqu'on examine ces dents qui sont en voie de régénération, voici quelle est leur structure : la fibre de Tomes qui est dans l'intérieur des canalicules devient de bonne heure granuleuse.

Ainsi, lorsque l'action ou facteur mécanique fait défaut, le protoplasma vieillit plus tôt.

Si l'alimentation est défectueuse, l'altération ou dégénérescence protoplasmique se fait encore plus rapidement.

Voilà les faits sur lesquels je me base pour dire que la carie est due à deux facteurs (je laisse l'hérédité de côté) : mauvaise nutrition, mauvais état général. Je confirme donc la manière de voir de Kirk et de notre président ; de plus, j'attribue une forte part au facteur mécanique.

Je me rappelle, un fait que j'ai cité déjà souvent, il n'y a pas de mal que je dise du bien d'un ami disparu. Un jour, j'ai été visiter la clinique du regretté Coustaing. Il m'a conduit devant une jeune fille dont toutes ses dents commençaient à se carier en ajoutant : « c'est une pauvre jeune fille de 18 ans, bretonne, qui n'a jamais mangé que des pommes de terre ».

Il me semble que Coustaing naviguait dans les mêmes eaux que Kirk et notre Président.

Prenons maintenant d'autres faits qui sortent également du terrain histologique ; on a examiné beaucoup les dents de l'homme primitif. Campbell surtout a insisté là-dessus ; il n'a presque pas trouvé de caries sur les mâchoires de notre ancêtre. Quel était son genre de vie ? Je ne sais pas s'il avait du feu, il passait son existence à courir après les bêtes, il n'avait pas de fusil et travaillait dur pour se procurer sa nourriture qui consistait en viande. Il vivait au grand air, il



avait une bonne constitution ; de plus quand il avait tué la bête, il ne se donnait pas la peine de la cuire. J'insiste sur les deux facteurs : santé générale excellente, ensuite action mécanique.

Campbell et une série d'auteurs ont beaucoup examiné les dents des Esquimaux et des Australiens. La plupart des Esquimaux (je citerai des exceptions) ne vivent que pour manger. Les grands seigneurs parmi eux se font donner du poisson tout cru ; ils se mettent à table et leurs femmes leur fourrent des poissons dans la bouche ; ils les mâchent et les avalent. Ils ignorent le vin et liqueurs, mais s'enivrent à force de manger.

Le Dr Wangh a été voir les Esquimaux de l'Alaska ; là, c'est autre chose ; ils ont adopté le régime alimentaire des Américains et des Européens ; ils mangent maintenant beaucoup de substances amylacées et des sucres ; de plus, ils font la cuisine de façon que les aliments soient moins durs. Eh bien ! la carie est aujourd'hui des plus fréquentes chez ces Esquimaux.

Enfin, on a étudié les dents des Australiens où la carie ne s'observe que sur les sujets vieux. Les adultes mènent une existence sauvage ; ils ne font que chasser, et quand ils ont de la viande, ils la mangent crue. Donc, 1<sup>o</sup> excellent état général, et 2<sup>o</sup> travail mécanique des dents.

M. Price a communiqué des choses intéressantes au dernier Congrès dentaire ; il a examiné une série de populations de l'Amérique et de l'Europe. Il fait des statistiques et il arrive à la même conclusion ; il dit que la carie n'est pas une maladie propre, spécifique ; c'est un mal qui est amené par la misère physiologique.

J'ai fini. On m'a beaucoup parlé des chiens dont les dents sont cariées ; je n'ai jamais pu en avoir, mais il s'agit surtout de chiens de salon. L'explication me semble la suivante : On ne leur donne pas d'os à ronger ; ils vivent confinés et sont très gras, mais absence de mastication et de mouvement.

Conclusion : Pour prévenir la carie, il faut une alimentation suffisante et l'action mécanique des dents.

Je lis les conclusions que je tire de tout ce que j'ai observé au point de vue de la carie, de façon qu'il n'y ait pas de méprise ; vous en comprenez les raisons.

Le processus de la carie dentaire se déclare, à mon avis, de la manière suivante : amoindrissement et diminution de la valeur protoplasmique des tissus dentaires due : 1<sup>o</sup> à l'appauvrissement du

terrain, c'est-à-dire de l'état général, et 2<sup>o</sup> au manque de travail mécanique des dents.

On va dire que je réagis contre la théorie courante ; vous allez voir que je lui fais sa part.

Les tissus dentaires ainsi modifiés, diminués au point de vue de leur valeur protoplasmique et altérés dans leur vitalité, offrent une moindre résistance et deviennent alors un milieu de culture favorable pour les microbes qui finissent par les réduire à l'état d'éléments minéraux.

C'est là un phénomène général facile à vérifier, je l'ai fait depuis des années en me promenant pendant les vacances dans les bois de sapins des Vosges : les hêtres et les chênes sont couverts de lichen à hauteur d'homme ; jamais on n'y voit de champignon ; or les microbes sont des champignons. Si le bûcheron arrive et qu'il coupe le tronc près du sol, la première année ce tronc a encore des lichens et des algues ; la seconde année, la surface de section de la souche est couverte de champignons.

C'est ainsi que je comprends la carie ; les tissus dentaires, sous l'influence des facteurs que j'ai énumérés, deviennent moins résistants, ont une moindre vitalité, et alors les microbes arrivent, s'y implantent et réduisent la substance organisée à l'état d'éléments minéraux.

Vous voyez que j'accorde un grand rôle aux microbes ; mais le microbe ne joue pas le rôle primaire comme on l'enseigne partout.

Dernier point : j'ai lu pendant les vacances un article très curieux ; il est possible que l'auteur se trouve ici. Je donne mon impression, chacun a le droit d'avoir une opinion. En une dizaine de pages, il décrit la façon dont il faut se brosser les dents, en haut, en bas, en travers, etc...

J'accorde une grande influence au fait de ne pas cultiver les microbes dans la cavité buccale ; ce n'est ni propre, ni hygiénique. En deuxième lieu, je prétends que si la brosse est dure, cette brosse exerce sur les gencives et sur la dent une excitation mécanique qui peut être profitable à la vitalité de ces organes.

*(V. discussion, p. 42).*

## AMALGAMES ET CARIES SECONDAIRES

NÉCESSITÉ D'UNE TECHNIQUE RIGOUREUSE  
POUR L'APPLICATION DES AMALGAMES

Par le D<sup>r</sup> Pierre ROLLAND,

Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris,  
Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Médecine de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, le 1<sup>er</sup> décembre 1931)

616.314.155

Les récidives de caries ou les réveils d'infection constatés à la suite d'obturations paraissent être plus nombreux avec les amalgames qu'avec les autres matières obturatrices. On accuse toujours l'alliage d'être de mauvaise qualité sans songer cependant à incriminer la technique employée pour préparer l'amalgame, ou la forme de la cavité destinée à recevoir cette bonne matière obturatrice.

La cause de la carie secondaire n'est pas élucidée et cependant cette carie peut être une récidive sur place en raison d'une insuffisance de traitement : c'est le vrai réveil d'infection. Elle peut être aussi une récidive d'origine exogène par réinfection secondaire par l'intermédiaire du milieu buccal pénétrant dans une cavité mal protégée par une obturation non bactériologiquement obturante.

Depuis deux ans, nous avons entrepris, en collaboration avec MM. Lebrun et Sudaka, une série de recherches sur les amalgames et la technique de leur maniement dont les premiers résultats ont paru en mai 1930, dans la *Revue Odontologique*. Nous avons également fait un rapport sur ce sujet au dernier Congrès Dentaire International, en août 1931.

Ces recherches nous ont démontré que la manipulation des amalgames n'était pas aussi simple et aussi facile qu'on le pense généralement, en raison de l'apparence plastique idéale de cette matière obturatrice au moment de son emploi.

Notre collègue, Van den Berg, d'Amsterdam, nous a fait, lors d'un de ses voyages à Paris, une série de démonstrations sur ce genre d'opération et nous a indiqué une technique de vérification des qualités obturantes d'un amalgame.

Nous avons été stupéfaits de constater que 95 % des amalgames que nous avons exécutés devant lui étaient défectueux en raison des



fissures qu'ils présentaient le long des parois de la cavité après leur mise en place et leur durcissement qui nous avaient parus cependant, au premier abord, normaux.

La constatation objective de ces fissures beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus importantes que nous le supposons habituellement, nous a ouvert les yeux sur une cause fréquente de la carie secondaire

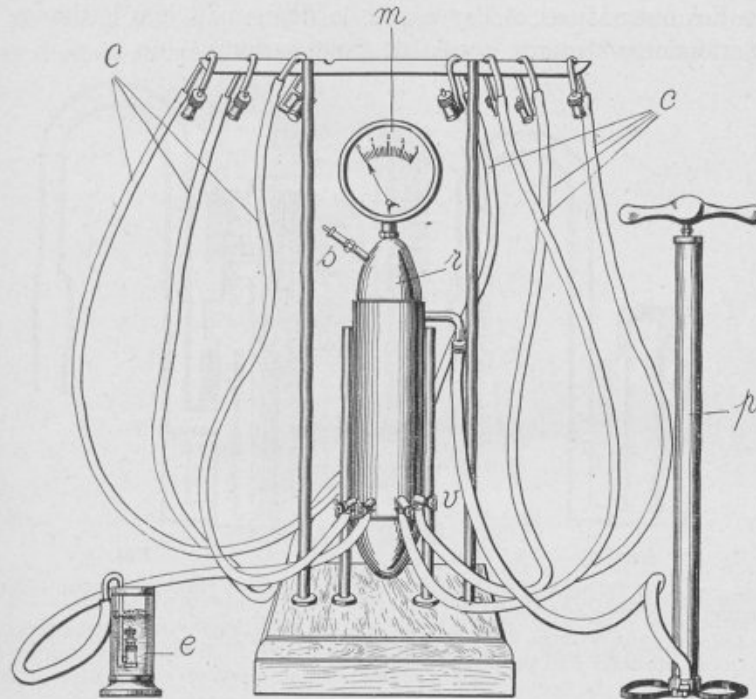


FIG. 1. — *Appareil de contrôle.* — *r*, réservoir à pression ; *m*, manomètre ; *c*, caoutchoucs montés avec l'appareil de vérification ; *d*, dent montée sur l'appareil de vérification placé dans l'éprouvette de contrôle ; *p*, pompe pneumatique ; *v*, robinets.

exogène, nous voulons dire une carie provoquée par une réinfection de la dentine par pénétration de la salive par l'intermédiaire des fissures capillaires de l'obturation.

Il ne faut pas oublier que la force capillaire est considérable. Vous allez pouvoir le constater d'une façon objective très simple. Prenons un tube capillaire de vingt centimètres de long et de un dixième de millimètre de diamètre intérieur. Plongeons l'une de ses extrémités dans un liquide coloré ; en moins d'une minute, le liquide

rouge, grâce à la force ascensionnelle capillaire, montera de quinze centimètres dans le tube. On peut donc être certain qu'une cavité obturée avec une matière obturatrice mal appliquée, qui laisse des fissures, sera très rapidement réinfectée par la salive.

L'appareil que nous a présenté notre collègue Van den Berg permet la constatation de ces fissures si redoutables pour la bonne tenue des obturations et l'avenir de la dent, mais non le dosage de l'imperfection obturante totale de l'obturation.

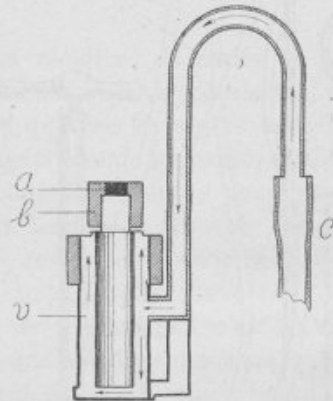


FIG. 2

FIG. 2. — *a*, obturation ; *b*, bloc d'acier avec cavité théorique pour l'entraînement ; *v*, pipe-support.

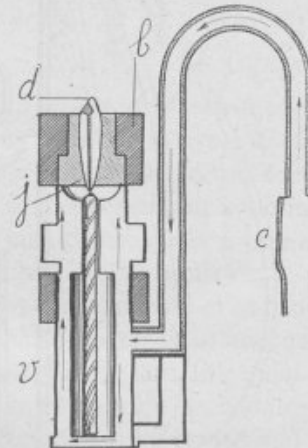


FIG. 3

FIG. 3. — *d*, dent obturée mise en place pour le contrôle ; *b*, bloc de montage ; *j*, joint étanche ; *v*, pipe-support.

Nous avons mis au point un appareil qui permet, au contraire, de doser la qualité obturante d'une manière obturatrice, non seulement sur des cavités théoriques en métal, mais encore sur des dents mortes extraites.

Cet appareil se compose essentiellement d'un réservoir pneumatique pouvant résister à une pression de quatre kilogrammes, pression lisible sur un manomètre gradué en hectogrammes. Le réservoir pneumatique est relié aux obturations à contrôler au moyen de tubes de caoutchouc pouvant supporter une très forte pression. Ces obturations sont fixées sur une sorte de pipe métallique qui permet de les maintenir sous l'eau pour les examiner qualitativement et de les fixer sous une cloche graduée remplie d'eau qui servira à doser le dégage-



ment gazeux produit par une pression et dans un temps déterminé. Le réservoir pneumatique est relié à huit tubes : il est donc possible de comparer en même temps et dans les mêmes conditions d'expérimentation huit obturations différentes. On pourra ainsi en doser la qualité obturante sans se baser uniquement sur l'aspect extérieur apprécié à la vue ou à l'aide de sondes plus ou moins fines, moyens qui ne valent rigoureusement rien pour rechercher les fissures capillaires dont la lumière est souvent inférieure à  $1/10^e$  de millimètre.

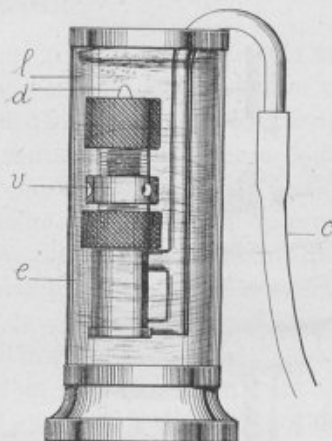


FIG 4. — *Détail de l'éprouvette de contrôle.* — *l*, liquide de l'éprouvette dans lequel apparaissent les bulles d'air ou les gouttelettes de liquide coloré lorsque l'obturation d'une dent est soumise au contrôle ; *d*, dent sertie au moyen de la vis-écrou *v* de l'appareil de vérification.

Lorsque le dosage quantitatif de l'obturation est terminé, on peut procéder à l'examen méthodique même microscopique des imperfections de l'obturation. Il suffit pour cela de démonter le bloc porte-obturation ou la dent morte à examiner et d'introduire dans la cavité inférieure du bloc du coton hydrophile largement imbibé de matière colorante dissoute dans un liquide aqueux. On procède à nouveau au montage sur la pipe support de l'obturation à examiner et on la soumet à une pression progressive qui peut aller jusqu'à quatre kilogrammes. Il n'est, d'ailleurs, pas nécessaire de dépasser deux à trois kilogrammes dans la pratique courante ; la pression atmosphérique n'est, en effet, que de un kilo et quatre kilogrammes correspondent

déjà au régime, déjà poussé, d'un autoclave ou d'une petite machine à vapeur.

Sous l'influence de cette pression, le liquide coloré s'infiltré plus ou moins lentement dans les fissures de l'obturation et vient sourdre à la surface de celle-ci plus ou moins rapidement en gouttelettes plus ou moins grosses.

On pourra à l'aide d'une forte loupe ou d'un petit microscope de poche analogue à celui dont on se sert en botanique, examiner l'importance des fissures et se rendre compte que la plupart du temps



FIG. 5. — *Fouloir dynamomètre* pour l'étude et le contrôle des pressions à exercer pendant la mise en place de l'amalgame.

les brunissages sont absolument impuissants à corriger une obturation mal faite et à la rendre étanche bactériologiquement.

L'élève pourra recommencer son obturation autant de fois qu'il sera nécessaire pour la réussir à la perfection. Avec cet entraînement raisonné et objectif il pourra se mettre en mains une technique qui lui donnera une sûreté opératoire qui lui évitera des déboires et le conduira sûrement aux succès à l'Ecole d'abord, en clientèle ensuite.

Nous nous sommes soumis nous-mêmes à cet entraînement que MM. Lebrun et Sudaka enseignent déjà à leurs élèves et nous n'avons pas été longs à nous corriger des fautes de technique que nous com-

mettions inconsciemment. Nous avons appris que la force, la direction, le rythme, les pressions pendant la réalisation d'une obturation à l'amalgame, jouaient un rôle primordial dans l'obtention d'une obturation bactériologiquement obturante.

Ces pressions d'abord mesurées à l'aide d'une expérience fort simple sur une balance de Roberval ordinaire, peuvent être contrôlées pendant tout le temps de l'obturation à l'aide d'un petit fouloir dynamomètre que vous pouvez voir ; elles doivent être de 3 à 5 kilos, pour obtenir une bonne mise en place et un tassement uniforme de l'amalgame (fig. 5).

Nous n'exposerons pas ici les détails de la technique de l'obturation à l'amalgame ; elle ne peut se traiter qu'à l'aide de démonstrations pratiques qui demandent assez longtemps et nous ne voudrions pas abuser de vos instants à cette heure déjà tardive. Nous dirons cependant que si le choix d'un bon alliage est nécessaire à une bonne obturation, il est encore plus nécessaire de procéder à la préparation de l'amalgame et à sa mise en place suivant une technique rigoureuse adaptée à une instrumentation appropriée et choisie, d'après la forme et l'importance des cavités à obturer.

Les possibilités d'imperfections que nous avons signalées dans la réalisation idéale d'un amalgame obturant bactériologiquement la cavité de carie nous amènent à dire un mot de la forme des cavités et de leur protection avant la mise en place de l'amalgame.

Nous ne croyons pas favorable d'adopter des cavités à angles de rétention trop vifs étant donné l'énorme difficulté que l'on a pour y bien faire pénétrer et tasser l'amalgame, surtout si l'on ne prend pas la précaution de mettre celui-ci par petites parcelles et de les tasser énergiquement dès le début. Les angles vifs mal remplis deviendront des nids à microbes et n'empêcheront pas de rouler un amalgame mis en place en bloc ou trop dur. Un amalgame placé et tassé en bloc même dans une cavité rétentive à angles vifs peut arriver à rouler, sous l'influence des pressions de la mastication. Cette fausse globulation de l'amalgame n'est pas la conséquence de modifications chimiques ou physiques, mais la résultante d'un défaut de technique pendant l'application. L'amalgame n'a pas pénétré dans les points d'ancrage.

Il vaut mieux, à notre avis, que ces angles de rétention soient légèrement arrondis tout en assurant à la cavité une forme rétentive et à l'émail un support de dentine suffisant. Les livres classiques décrivent cette architecture idéale des cavités.



PROTECTION DES CAVITÉS. — La protection des cavités par une substance autre que l'amalgame est tout à fait recommandable, mais encore faut-il choisir cette substance protectrice de telle façon qu'elle ne devienne pas pendant l'obturation ou plus tard une source d'ennuis.

Les substances élastiques doivent être rejetées car elles ne permettent pas un tassement rationnel de l'amalgame. Le ciment ne peut être employé que s'il est possible de le placer en couche suffisamment épaisse afin qu'il résiste sans se craqueler et se fissurer aux pressions successives exercées pendant le tassement de l'amalgame. Enfin, il faut que la protection soit faite non seulement sur le fond de la cavité, mais encore sur tout son pourtour. L'infection dentinaire peut aussi bien se produire sur les parois latérales d'une cavité que sur le fond de celle-ci.

Ces remarques nous conduisent à conseiller le vernissage total des cavités après déshydratation soigneuse de la dentine. Le vernis utilisé devra être antiseptique, bien adhésif et d'une dureté suffisante pour résister à la friction des instruments de tassement de l'amalgame. Cette précaution est facile à prendre, elle n'empêche d'ailleurs pas de mettre ensuite une couche protectrice de ciment, surtout s'il faut soutenir des parois trop fragiles.

CONCLUSION. — L'amalgame réalise un moyen d'obturation pratique à la condition de ne l'appliquer que suivant des règles bien déterminées et une technique sûre. La protection des cavités avant son application nous paraît indispensable ; elle est d'ailleurs facile à réaliser et ne demande que quelques instants.

Les échecs ou les récidives de carie dont on accuse cette obturation métallique viennent surtout de défauts de technique et, à ce point de vue, nous ne pourrions que citer ce que notre Président écrit dans son excellent livre de Dentisterie Opératoire. « L'amalgame de par sa nature, sa plasticité, se prête à une manipulation incorrecte. L'insouciance de certains opérateurs au point de vue de la technique donne lieu à des insuccès qui ont été attribués à tort à la matière obturatrice. Ce fut une grave erreur. »

Nous espérons que les quelques expériences que nous venons de vous réaliser vous convaincront qu'il faut apporter beaucoup de soins à la préparation et à la mise en place d'un amalgame. L'aspect extérieur d'une obturation ne constitue pas un test suffisant pour juger de ses qualités obturantes. Un appareil spécial est nécessaire pour se rendre compte des imperfections microscopiques qui sont la cause des

récidives de caries par réinfection exogène. Bien entendu, cet appareil ne peut servir qu'à l'entraînement des élèves dans les écoles.

Un certain entraînement raisonné est nécessaire pour bien réussir, et chaque fois un bon amalgame et si cette méthode de vérification peut apparaître au prime abord comme ingrate aux élèves parce qu'elle signale sans défaillance toute erreur de technique, cette méthode leur permettra de se mettre bien en mains un procédé d'obturation qui assurera leur succès en clientèle en supprimant les caries secondaires qui sont la conséquence d'un défaut de technique.

*(V. discussion, p. 47.)*

---

## FIBROME DIFFUS DES MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR

Par les D<sup>rs</sup> F. BONNET-ROY et GRIPPON de la MOTTE

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1<sup>er</sup> Décembre 1932*)

616.31 006.327

F..., enfant âgé de 12 ans, se présente à notre consultation de l'hôpital Saint-Michel, le 31 mars 1931, envoyé de Clermont-Ferrand par le D<sup>r</sup> Souty, sur le conseil de M. Blatter.

Cet enfant a la bouche entr'ouverte et l'air hébété et ne peut retenir sa salive. Entre les lèvres écartées fait saillie un double bourrelet allongé le long des maxillaires supérieur et inférieur. Cette tuméfaction est lisse, rosée, de consistance ferme et dissimule complètement les dents.

La bouche ouverte, on constate qu'il s'agit d'une tumeur irrégulière, développée sur les gencives en haut et en bas, en dedans et en dehors, débordant sur les dents qui sont enfoncées. C'est ainsi que le maxillaire inférieur est en quelque sorte bordé par cette tumeur du côté vestibulaire, dans sa totalité et, de même, du côté lingual. Le maxillaire supérieur présente un aspect semblable du côté vestibulaire. Du côté palatin, la voûte est comblée par deux masses natiformes séparées par un étroit sillon.

La tumeur ne porte en aucun endroit d'ulcération, il n'y a pas d'adénopathie. Le petit malade ne souffre pas, mais il est gêné pour mastiquer, pour parler et pour déglutir.

Le début remonterait à 7 ou 8 ans et la lésion aurait subi une augmentation lente et progressive.

On ne relève aucun antécédent héréditaire ni personnel. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Nous pratiquons immédiatement une biopsie tant à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure et soumettons les fragments au D<sup>r</sup> Rubens-Duval. Il s'agit, au point de vue histologique, d'une épulis fibreuse simple, dont le tissu de fibrome est particulièrement scléreux et dense au maxillaire supérieur.

Il ne pouvait être question de faire en un temps l'exérèse de cette tumeur diffuse des deux maxillaires.

*Première opération* (anesthésie générale). — Le 11 mai 1931.



Nous dégageons l'hémi-maxillaire inférieur droit tant du côté vestibulaire que du côté lingual. Après avoir circonscrit chacun des deux fragments au bistouri, nous les détachons à la gouge et à la rugine. Nous tombons sur un tissu dense, saignant facilement et abondamment. se clivant difficilement du plan osseux et gingival sur lequel il est appliqué sans aucune pédiculisation. Nous retirons ainsi deux fragments qui mesurent respectivement 4 et 5 centimètres de long et 3 centimètres d'épaisseur ; les dents correspondantes, assez régulièrement plantées, ne présentent pas de lésions apparentes et sont solides. L'examen histologique de ces fragments confirme celui de la biopsie précédente et donne le résultat suivant (D<sup>r</sup> Rubens-Duval) : « Il s'agit d'une hyperplasie fibreuse simple plutôt que d'un fibrome à proprement parler. Les vaisseaux qui irriguent cette hyperplasie fibreuse sont nombreux et dilatés ; ils sont entourés d'une gaine de tissu conjonctif lâche où sont infiltrées d'assez nombreuses cellules lymphatiques, notamment des plasmocytes. Il y a donc une réaction inflammatoire légère que l'on observe d'autre part peut-être plus accentuée sous l'épiderme. »

Les suites furent normales, l'enfant un peu choqué par l'intervention reprit assez vite.

*Deuxième opération* le 18 mai 1931. — On procède, de même qu'au cours de l'intervention précédente, au dégagement du maxillaire supérieur droit par ablation de la tumeur vestibulaire et de la tumeur palatine dont l'épaisseur est de 2 centimètres.

*Troisième opération* le 1<sup>er</sup> juin 1931. — Nous dégageons au cours de cette intervention l'hémi-maxillaire inférieur gauche et le 15 juin 1931, une *quatrième opération* dégage le maxillaire supérieur gauche. Ces derniers fragments furent examinés de nouveau par le D<sup>r</sup> Rubens-Duval qui nous remit la note suivante :

« Hyperplasie conjonctive avec prédominance des substances fondamentales — collagène et surtout précollagène — sur l'élément cellulaire. Par rapport à l'examen précédent augmentation du précollagène ».

Chaque intervention s'accompagnait d'une hémorragie abondante, mais de courte durée. L'absence de tout pédicule et de tout plan de clivage obligeait à sculpter en quelque sorte au bistouri, à la gouge et à la rugine le maxillaire pour en détacher la tumeur.

L'enfant, assez choqué pendant les 48 premières heures, reprenait vite ses couleurs et ses forces.

L'exérèse chirurgicale achevée, le petit malade avait recouvré un aspect normal, les lèvres se rapprochaient, l'écoulement continu de salive était tari, la mastication était possible, les dents étant assez bien conservées et solides, avec quelques points de carie cependant.

Il subsistait néanmoins au niveau du liseré gingival dans les interstices inter-dentaires, de petits bourgeons d'un rouge plus vif que la muqueuse voisine et qui pouvaient être pour l'avenir des amorce de récidence.

C'est pourquoi, l'enfant ayant été ramené, 4 ou 5 jours après la dernière intervention, à Clermont-Ferrand, nous avons demandé au Dr Souty, qui le suit, de détruire ces bourgeons par l'électro-coagulation, s'ils tendaient à s'accroître, de pratiquer même des applications de rayons X et de prescrire une médication magnésinée.

Les nouvelles que nous avons reçues depuis lors mentionnent, en effet, que l'état des bourgeons a rendu nécessaire quelques séances d'électro-coagulation et de roëntgenthérapie.

Cette observation d'épulis fibreuse diffuse nous a paru intéressante en raison des proportions considérables et exceptionnelles qu'elle avait prises et de son extension aux deux maxillaires.

(V. discussion, p. 45).



# VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

## COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES SECTIONS SCIENTIFIQUES (Suite)

### QUATRIÈME SECTION

#### COMPTE RENDU DES SÉANCES

Par MM. VAIS et MÉTROT, *Secrétaires de la section*

*Séance du 3 Août 1931*



M. ROY, *président*.

Le Congrès Dentaire International a été ouvert le 2 août, au Grand Palais.

La IV<sup>e</sup> Section, consacrée à la Pyorrhée alvéolaire et présidée par M. le Dr Roy, a été ouverte le 3 août, à deux heures, par le Président, qui a souhaité la bienvenue aux Congressistes et a remercié les rapporteurs des différents pays qui avaient bien voulu assumer la tâche de préparer les importants rapports qui allaient servir de base aux travaux de la section. Le président a ensuite indiqué l'ordre des travaux de la section et il a montré que le nombre important de ceux-ci obligerait, pour pouvoir épuiser l'ordre du jour, à restreindre un peu le temps imparti par le règlement à chaque auteur.

Trois questions avaient été portées à l'ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> La dénomination à donner à la pyorrhée alvéolaire ;
- 2<sup>o</sup> Origine et éclosion des lésions cliniques primitives de la pyorrhée alvéolaire ;
- 3<sup>o</sup> La prophylaxie des causes locales de la pyorrhée alvéolaire.

Chacune de ces questions avait fait l'objet de plusieurs rapports et un certain nombre de confrères avaient accepté à l'avance d'argumenter ces rapports.

La première question à l'ordre du jour de la séance : « LA DÉNOMINATION A DONNER A LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE » avait pour rapporteurs MM. Nord (La Haye), Mac Call (New-York) et Weski (Berlin), et comme argumentateur M. Hulin.

M. NORD demande dans son rapport, au nom d'un grand nombre de membres de la commission de terminologie de la F. D. I., de proposer au Congrès la nomenclature suivante, en vue d'un emploi international :

1) Gingivite marginale suppurée : inflammation superficielle avec pus au bord gingival ;

Constatations locales : tartre, pus ; pas de cul-de-sac défini.

2) Parodontose :

a) Parodontite profonde (suppurée) simple ;

Constatations locales : culs-de-sac profonds, pus, pas d'ébranlement.

b) Dystrophie diffuse.

Constatations locales : atrophie irrégulière, migration ou ébranlement ; pas de pus.

c) Parodontite dystrophique compliquée :

Constatations locales : culs-de-sac profonds, pus, ébranlement éventuel, migration éventuelle ou les deux.

Dans la phase ultime, a. b. c., tout sert à présenter le même tableau : ébranlement grave, culs-de-sac profonds, pus.

3) Atrophie alvéolaire.

a) Atrophie précoce :

Constatations locales : rétractions précoces des bords gingivaux et atrophie horizontale régulière de l'os ;

b) Atrophie sénile.

Mêmes constatations à un âge plus avancé.

M. MAC CALL, qui a été empêché d'assister au Congrès, soutient aussi, dans son rapport, le changement de la dénomination de pyorrhée, car le pus est un symptôme visible seulement à une phase avancée de la maladie. La confusion a été jusqu'à présent très grande et a mis un véritable obstacle à l'évolution du traitement. Il propose le nom de « periodontoclasie » à toute affection du periodontium, à n'importe quelle phase. Il se range à la théorie de Box, qui divise l'affection périodontale en deux classes : a) périodontitis simple et, b) périodontitis complexe. Il souhaite que tous les spécialistes se mettent d'accord, sur une terminologie commune, car c'est la seule façon d'éviter des malentendus.

M. WESKI. — Le rapporteur donne un bref aperçu des vains efforts de différents anatomistes dentistes pour créer une base scientifique à la conception de la « pyorrhée alvéolaire » issue exclusivement des idées cliniques.

Il montre, en s'arrêtant sur les détails, les raisons d'ordre linguistiques aussi bien que l'adaptation clinique de la dénomination « Parodontose » créée par lui comme un terme collectif des maladies margino-alvéolaire, caractérisée par la diminution des tissus. Il montre la possibilité de faire, dans le cadre du terme « parodontose » une distinction entre les différentes formes de cette maladie.

Il dit qu'en Allemagne, on ne se sert plus depuis quelques années que du terme « Parodontose » en remplacement de celui de la pyorrhée.

M. Hulin, comme argumentateur, passe en revue les dénominations proposées par les différents rapporteurs.

A son tour, il propose la nomenclature suivante :

1) Périodontolyse sénile normale ;

2) Périodontolyse sénile précoce ;

3) Pyodontoclasie bénigne ;

4) Pyodontoclasie maligne (avec 4 degrés), cette dernière remplaçant le terme de pyorrhée.

M. HRUSKA (Milan) fait une communication sur le même sujet.

Il montre qu'on doit faire une différence entre le paradentose et la parodontite.

La paradentose est la forme chronique de la maladie dans laquelle les symptômes ne sont pas très accentués, le pus pouvant même manquer. Dans la parodontite, les symptômes sont très accusés et il admet une prédisposition morphologique spéciale de l'alvéole ou une hypoplasie osseuse.

Ont encore pris part à la discussion : MM. Gottlich (Amsterdam), Senn (Zurich), Roy (Paris), M. Wielage (de Miami-Floride), qui propose la dénomination de « gingivite aiguë, subaiguë et chronique », d'après les symptômes pathologiques.

MM. Nord et Weski ont répondu aux différents orateurs qui ont pris la parole et l'assemblée, après discussion, s'est mis d'accord pour accepter le terme de paradentose et le tableau présenté par M. Nord, mais avec une modification consistant à intégrer, dans la paradentose, l'atrophie alvéolaire que cet auteur en avait séparé et les conclusions de M. Nord, avec cette modification, ont été transmises au bureau du Congrès, sous forme de vœu du Congrès.

La Section a ensuite abordé l'étude de la deuxième question portée à l'ordre du jour : « ORIGINE ET ÉCLOSION DES LÉSIONS CLINIQUES PRIMITIVES DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE.

Elle avait été l'objet de quatre rapports de MM. Broderick (Bournemouth), Hulin (Paris), Loos (Francfort) et Rosenthal (Bruxelles), et comme argumentateurs : MM. Roy et Vulliet (Genève).

M. BRODERICK considère que la pyorrhée provient d'un trouble constitutionnel général, qui a tendance à amener un état d'alcalinité.

Il s'ensuit que les conditions deviennent favorables au dépôt de calculs sous-gingivaux, sous les bords de la gencive, autour du collet des dents et que ses calculs deviennent à leur tour la cause stimulante.

Il montre le rapport étroit entre cette alcalinité augmentée et les manifestations pyorrhéiques. Il admet l'intervention du système endocrinien-autotome pour l'exagération de l'alcalinité entraînant la pyorrhée ou l'exagération acide produisant les caries.

Envisagée sous cet aspect, la pyorrhée n'est pas une maladie entité, mais une partie seulement d'un syndrome ou une maladie image, dont les troubles du système général et l'infection chronique constituent les autres parties.

M. HULIN, dans son rapport, étudie les théories diverses émises à ce sujet. D'après lui, l'origine et l'éclosion des lésions cliniques de la pyorrhée sont primitivement subordonnées à un état particulier de l'état général, cause prédisposante prochaine d'origine interne essentielle ; ces lésions, d'autre part, se manifestent à la faveur des causes externes. Cet état de l'organisme se manifeste par une hypersensibilité aux substances exogènes ayant une architecture colloïdale.

La résorption alvéolaire, qui marque l'âge physiologique des individus, ne peut être retenue comme lésion primaire spécifique, puisqu'elle est commune à tous, pyorrhéiques ou non pyorrhéiques.

L'auteur croit que la nature colloïdopathique des lésions pyorrhéiques ne fait pas de doute.

M. LOOS, dans son exposé, met d'accord les théories exposées précédemment par les rapporteurs sur cette question.

Si on considère des essais de classification pathogénique et pathologique



de la paradentose, il estime avantageux de mettre l'une à côté de l'autre la classification de Simouton, la division de Roy et le schéma de Hulin.

Il croit avoir reconnu dans de nombreux examens que les manifestations de l'arthritisme, notamment la diathèse arthrito-allergique, de l'hypercaliémie, de l'hyperéosinophilie, de l'hyperglycémie, caractérisent la constitution de nombreuses paradentoses. Il est parvenu même à mettre d'une façon bien nette cette constitution à la base des formes inflammatoires de la paradentose marginale. Pour les formes ostéopathiques sèches, en particulier pour la paradentose nomade, il y a lieu de tenir compte étiologiquement des anomalies hormonales.

Comme conclusion : en face des causes internes précitées, dès que l'harmonie mécanique de la denture est détruite, apparaissent l'origine et l'éclosion des lésions cliniques primaires de la paradentose.

M. ROSENTHAL montre, dans son rapport, que l'accord est loin d'être fait entre les auteurs sur cette question. Si de l'étude clinique et étiologique de la pyorrhée on sépare les symptômes du début, on voit presque l'unanimité des auteurs qui se rallient à la thèse que la pyorrhée est en liaison avec un état pathologique général ; où les avis diffèrent, c'est dans la définition de cet état.

Le rapporteur croit que l'idée de Vincent, la théorie de l'amygdale gingivale est celle qui se rapproche le plus de la réalité.

Selon lui, la pyorrhée est une maladie de la jeunesse, dont le début se passe dans la papille gingivale interdentaire. Elle reconnaît comme cause une infection générale (théorie de Vincent). Elle peut être aussi due à un trouble colloïdal d'origine albuminoïdique (théorie de Hulin). Son développement ultérieur en pyorrhée est fonction de terrain.

M. Roy, comme argumentateur, admet dans la pyorrhée, avec MM. Hulin, Broderick et Loos, un trouble humoral préalablement établi, énoncé dans leur rapport. Il se range à la théorie des troubles endocriniens, à côté de l'arthritisme, troubles qui pourraient même jouer un rôle dans l'origine même de l'arthritisme. Quant à l'alcalinité humorale, elle ne peut être que la conséquence des modifications humorales originelles, mais non leur cause. La théorie de l'amygdale gingivale reste à démontrer.

L'auteur rappelle qu'il a montré la nature exacte des calculs que l'on rencontre dans les culs-de-sac pyorrhéiques, qui sont d'origine salivaire, et il montre que leur formation est secondaire au développement des culs-de-sac ; il est donc impossible de considérer ces calculs comme cause de ceux-ci, mais comme une conséquence.

L'auteur expose sa théorie de la résorption sénile précoce du bord alvéolaire avec formation de culs-de-sac ; c'est seulement en ce moment que le magma albumino-microbien, dont parle M. Hulin, entre en action.

Ce n'est que par des examens successifs et minutieux de la rainure gingivale de tous les individus, que l'on peut dépister les premières manifestations de la pyorrhée, qui se traduisent par une résorption alvéolaire, conséquence d'une constitution humorale particulière, que, faute de mieux, on l'appelle arthritisme, à laquelle peuvent s'ajouter, comme le pense M. Loos, des troubles endocriniens.

M. Vullietty montre, dans son argumentation, que les auteurs adoptent deux sortes de causes à l'éclosion de la pyorrhée :

a) Une cause prédisposante, insuffisante à elle seule (d'origine interne essentielle) ;

b) Des causes inconditionnelles, nécessaires, qui, si elles viennent à faire défaut, entraînent nécessairement la disparition des phénomènes.

Il se range aux suggestions de Broderick, pour la recherche aussitôt que possible de la réaction de l'alcalinité, pour le dépistage précoce de la maladie à un moment où la présence du pus est impossible à affirmer. Il est démontré que l'âge de l'incidence de la pyorrhée est le moment de la vie où la tendance au développement de l'alcalinité est plus forte.

Il semble à l'auteur qu'une lacune existe dans l'étude de la pyorrhée : c'est celle de la transmissibilité héréditaire.

Une discussion a suivi à laquelle ont pris part MM. Broderick, Roy, Hulin, Loos.

La séance de la première journée a été close à 5 heures.

#### *Séance du 4 Août 1931*

La deuxième séance a été ouverte le 4 août, par le Dr M. Roy, président, qui donne successivement la parole aux auteurs de communications relatives à l'étiologie de la pyorrhée.

M. *Naprstek* (de Prague) fait une communication sur « LES PHÉNOMÈNES INTÉRESSANTS DANS L'ÉTILOGIE DE LA PYORRHÉE. »

Dans son travail, l'auteur établit le rapport très étroit qui existe, dit-il, entre la science dentaire et la médecine générale. Pour la pyorrhée, il montre qu'à côté des causes locales, il y a aussi des causes générales, en insistant surtout sur les glandes endocrines et spécialement sur les glandes génitales et cite à l'appui de ces considérations une très intéressante observation où cette dernière cause a joué un grand rôle dans le développement de la pyorrhée et ce cas a été très amélioré par une thérapeutique dirigée contre cette insuffisance génitale.

A pris part à la discussion : M. Loos.

M. *Becks* (de San Francisco) fait une communication sur : « LES VITAMINES ET PARADENTOSE ». Dans son travail, il rend compte des résultats histologiques obtenus à la suite des expériences faites sur des animaux, nourris d'aliments exempts de vitamines. Ces résultats se rapportent aux os alvéolaires et aux autres parties du paradentium et constituent une contribution à la question ostéopathique.

M. *Gottlieb* (de Vienne) a présenté quelques observations à ce sujet.

MM. *Léopold Lévy*, *Delater* et *Coen* font une communication sur : « LES TROUBLES ENDOCRINIENS DANS LA PYORRHÉE » dans laquelle les auteurs décrivent la coexistence chez les femmes de la pyorrhée avec diverses manifestations de déséquilibre endocrinien, d'où il résulte qu'il y a lieu de soumettre toujours les pyorrhéiques à un examen médical qui tiendra compte des valeurs fonctionnelles de leurs glandes endocrines. La guérison de beaucoup de pyorrhéiques ne pourra être obtenue que par l'association, au traitement local, d'un traitement opothérapique.

Ont pris part à la discussion : MM. Loos (Francfort), Roy (Paris) et Redisch (Prague).

M. *Weinmann* (de Vienne), dans sa communication : « MIGRATION INTRAORGANIQUE DANS L'ATROPHIE DIFFUSE DU PROCÈS ALVÉOLAIRE », estime que la pyorrhée résulte d'un trouble du système neuro-végétatif. Il ne croit pas que le diabète puisse produire la pyorrhée.



Il estime que le traitement doit être local et général pour le changement des humeurs.

M. Boenheim (de Berlin) fait une communication sur : « LES ÉCHANGES NUTRITIFS CONCERNANT LES HYDRATES DE CARBONE DANS LA PARADENTOSE » dans laquelle il montre la pyorrhée résultant d'un trouble de la nutrition, dans la majorité des cas. Le plus souvent, on trouve des troubles hépatiques et biliaires, ainsi que des troubles du tube digestif, notamment de la constipation.

Il n'admet pas que la pyorrhée soit un symptôme diabétique ou pré-diabétique.

M. Roy (Paris) a appuyé les considérations développées par M. Boenheim.

La séance a été levée à 5 heures.

#### Séance du 6 Août 1931

La séance est ouverte à 15 h. 30, sous la présidence du Dr M. Roy, président.

L'ordre du jour appelait la continuation de la discussion des communications présentées à la séance précédente.

MM. Gottlieb et Redisch ont présenté diverses observations et M. Delater a répondu aux observations que M. Roy avait présentées au sujet de la communication de MM. Léopold Lévy, Delater et Coen.

Le Président donne ensuite la parole à :

MM. Back et Redisch (Prague) pour leur communication sur : « L'IMPORTANCE DE LA CAPILLAROSCOPIE POUR LE TRAITEMENT CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE ».

M. Mowry (Montréal), dans une communication sur : « L'IMPORTANCE DU TISSU ÉPITHÉLIAL », montre le rôle de protection qu'exercent les tissus épithéliaux dentaires, émail et épithélium gingival.

Ces tissus épithéliaux sont particulièrement propres à leur fonction en raison de leur densité ou de leur structure ou de la prépondérance de cellules sur de la substance intercellulaire et de la présence de terminaisons nerveuses.

Il faut veiller à maintenir l'intégrité des tissus épithéliaux, émail, comme épithélium gingival en restaurant les relations physiologiques des tissus et leurs fonctions.

L'ordre du jour appelle la troisième question portée à l'ordre du jour : « PROPHYLAXIE DES CAUSES LOCALES DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE ». Cette question était l'objet de deux rapports par MM. Jaccard (Genève) et Métrot (Paris).

M. JACCARD développe son rapport, puis présente les conclusions suivantes qui résument son travail :

1° Il n'est pas possible actuellement de définir les causes locales de la soi-disant pyorrhée alvéolaire ;

2° Le terme même de pyorrhée prête à confusion ;

3° L'étiologie n'est pas encore suffisamment connue, les uns attribuant la cause efficiente à l'état général, les autres estimant que l'origine doit être trouvée dans l'état local.

4° Même si les causes locales de la pyorrhée alvéolaire sont prédispo-

santes ou déclanchantes l'état physico-chimique ou mieux l'état biologique constitutionnel est de toute importance ;

5<sup>o</sup> La question du terrain doit être à la base de toute l'étude de la pyorrhée alvéolaire ;

6<sup>o</sup> Le rapport du terrain et des causes exogènes doit être étudié attentivement et individuellement pour chaque pyorrhéique ;

7<sup>o</sup> La prophylaxie des causes locales de la pyorrhée alvéolaire consiste à ramener le milieu buccal et le système dentaire à un état physiologique.

M. MÉTROT présente son rapport dont les conclusions sont les suivantes :

1<sup>o</sup> Quelles que soient les conceptions relatives à l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire, les causes locales jouent un rôle considérable dans l'évolution de cette maladie ;

2<sup>o</sup> Ces causes locales peuvent se classer ainsi :

a) Causes pathologiques ;

b) Causes mécaniques ;

c) Causes statiques.

3<sup>o</sup> La prophylaxie des causes pathologiques est basée principalement sur le brossage journalier des gencives dans toutes leurs parties avec une brosse dure ;

4<sup>o</sup> La prophylaxie des causes mécaniques se fera en s'attachant :

a) Aux restaurations parfaites des dents cariées ;

b) Aux obturations non débordantes ;

c) Aux points de contact corrects ;

d) Aux appareils prothétiques intéressant le moins possible le collet des dents ;

5<sup>o</sup> Pour la prophylaxie des causes statiques, on se souviendra que toute atteinte à l'intégrité ou à l'équilibre normal de l'arcade dentaire est un facteur favorisant le développement de la pyorrhée alvéolaire (Roy).

Cette prophylaxie s'effectuera dès l'enfance et durant tout le cours de l'existence par :

a) Une *dentisterie conservatrice*, s'exerçant dès l'enfance en vue d'éviter les extractions précoces des dents temporaires et l'extraction d'aucune dent permanente ;

b) L'*orthodontie* chez les enfants pour obtenir des arcades et un engrènement corrects ;

c) L'*équilibre articulaire* sera particulièrement surveillé au début de la maladie, jouant ainsi un rôle prophylactique contre la mobilisation des dents ;

d) La *restauration prothétique* des dents manquantes. Restaurations qui seront faites de préférence au moyen de bridges répondant aux conditions particulières d'équilibre des pyorrhéiques (Roy) ;

6<sup>o</sup> La rainure gingivo-cervicale des dents de tous les individus, même de ceux dont l'hygiène paraît satisfaisante, doit être examinée d'une façon systématique et régulière pour dépister et traiter les plus précoces manifestations de la pyorrhée alvéolaire.

Les argumentateurs, MM. A. James (Chicago) et Gottlieb (Amsterdam) ont ouvert la discussion des troisièmes rapports.

M. Austin James (Chicago), convaincu que les conditions générales de l'organisme jouent un rôle très important dans la pyorrhée, ne méconnaît pas le rôle des causes locales car, dit-il, le traitement des causes générales ne peut donner de résultat si l'on ne fait pas disparaître les causes locales.

*M. Gottlich* (Amsterdam) s'est déclaré dans l'ensemble d'accord avec les rapporteurs mais il reste partisan de la théorie étiologique de Gottlieb sur la croissance continue des dents comme facteur initial de la pyorrhée.

Une importante discussion a suivi, à laquelle prirent part *MM. Senn* (Zurich), *Loos* (Francfort), *Weski* (Berlin), *Beeks* (San Francisco), *Boenheim* (Berlin).

Les rapporteurs ont ensuite répondu aux divers orateurs qui avaient pris part à la discussion de leur rapport.

L'ordre du jour appelle ensuite les communications relatives au traitement de la pyorrhée.

*M. Stillman* (New-York) étudie : « LES RAPPORTS ENTRE LE FONCTIONNEMENT COMPLET DES DENTS ET LEUR SANTÉ », et préconise dans la pyorrhée alvéolaire le meulage des dents pour obtenir l'équilibre normal des arcades dentaires conformément aux principes indiqués par Maurice Roy.

*M. Menzies Campbell* (Glasgow) traite de : « L'INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SUR LA PYORRHÉE ».

Après avoir signalé la prédominance de la pyorrhée alvéolaire parmi les nations qui ont eu des régimes alimentaires différents, l'auteur énumère des cas qu'il a traités avec succès par des régimes alimentaires. Il a adopté ce mode de traitement en raison des échecs constants qu'il rencontrait en recherchant la guérison par le traitement local seul.

Suit la discussion de l'action probable des régimes alimentaires réformés et la mention des observations d'autres chercheurs qui étudient la question en suivant la même marche.

#### *Séance du 7 Août*

La séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence du Dr M. Roy, président, et l'ordre du jour appelle la suite des communications relatives au traitement de la pyorrhée.

*M. Djerassi* (Sofia) étudie : « LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PARADENTOSE TROPHONÉVROTIQUE OU RÉGRESSIVE ». La paradentose trophonévrotique, pour lui, est à considérer comme une manifestation supplémentaire des quatre catégories, décrites par Kantorowitz.

C'est un complexe des manifestations régressives et dégénératives, par son évolution, ses symptômes et ses signes cliniques qui l'autorise à la classer comme une cinquième catégorie.

Pour obtenir un revirement de l'affection il recommande tout spécialement l'intervention chirurgicale, qui aboutira à une guérison radicale.

*M. Roy* (Paris) se déclare, d'une façon générale, opposé à la destruction chirurgicale des culs-de-sac qui détruit souvent trop de tissu et ne favorise pas, comme le cautère, la formation de tissu fibreux autour de la dent. Il montre sa technique particulière de destruction des culs-de-sac par des cautérisations avec une pointe fine de galvano-cautère dans la paroi muqueuse des culs-de-sac parallèlement à l'axe de la dent ce qui amène la formation au nouveau collet de la dent d'un anneau gingival fibreux, résistant, qui s'opposera à toute nouvelle formation de cul-de-sac s'il est brossé chaque jour.

Ces cautérisations ne doivent se pratiquer qu'après le complet curettage des culs-de-sac et après avoir soumis le malade à une hygiène rigoureuse



(ensemble suffisant, le plus souvent, à faire disparaître les culs-de-sac de faible profondeur).

Pour les culs-de-sac de grande profondeur, ne pas chercher à détruire les tissus d'une seule fois, mais en deux ou trois fois à un mois ou six semaines d'intervalle.

*M. Guerrier* (Paris) dans son travail sur la : « CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYORRHÉE ET A SA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE », pense que la pyorrhée est une maladie locale mais susceptible de s'aggraver sous l'influence de la diathèse arthritique. Sa cause est l'insuffisance de la mastication.

Sa prophylaxie réside dans des exercices de gymnastique masticatoire, dans le rétablissement de tout vice d'engrènement ou d'articulé des dents et des mâchoires et dans l'hygiène bucco-dentaire.

Son traitement doit être surtout chirurgical.

Dans la forme suppurative, à la période d'état, il faut détruire à la cuvette tous les tissus désorganisés (bords alvéolaires, ligament, etc...) et enlever tous les dépôts de toutes sortes, et par là même tarir toute source de suppuration. Dans la forme sèche, il faut s'attaquer à la diathèse par un traitement à base d'atoquinol Ciba.

*MM. Weski* (Berlin), *Kolbrunner* (Pfungen), *Jaccard* (Genève), *Métrot* (Paris), *Roy* (Paris) ont pris part à la discussion de la communication de *M. Guerrier*, qui a répondu ensuite aux observations qui avaient été présentées.

*M. Mac Donagh* (Toronto), a présenté un travail accompagné de modèles sur : « LES ATTELLES EN PÉRIODONTIE ». Il dit que l'on peut immobiliser les dents au moyen de brigdes mais il préconise surtout la pose d'attelles avec de petits pivots sans dévitaliser la pulpe. Il spécifie bien toutefois que ces applications d'attelles ne doivent être faites que lorsque la sûreté des dents est rétablie.

*M. Roy* (Paris), tout en félicitant l'auteur, indique les principes qui doivent présider à l'immobilisation des dents et indique la technique qu'il préconise pour la fixation de ces attelles.

*M. Lindblom* (Stockholm) étudie : « L'OCCLUSION EN ÉQUILIBRE ».

*M. Palmgreen* (Stockholm) présente : « UNE MÉTHODE MODIFIÉE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PARADONTITES MARGINALES ET LA DÉMONSTRATION D'UNE SERINGUE POUR CE MÊME TRAITEMENT ». Il pense que la méthode idéale de traitement est celle de la chirurgie conservatrice et pratique cette opération par série de 8, 12 ou 16 dents par séance. Il fait la gingivectomie qui ne doit pas excéder un à trois millimètres, fait le curetage des granulations, des racines et de l'os et suture ensuite. Les malades peuvent se brosser les dents quelques jours après l'opération et l'auteur recommande aux patients l'usage d'une seringue permettant le nettoyage complet des poches.

*M. Bruske* (Amsterdam) présente une : « NOUVELLE MÉTHODE D'EXAMINER LES AFFECTIONS GINGIVALES PAR LES RAYONS X ». Pour rendre plus visible la profondeur des culs-de-sac et la destruction osseuse, l'auteur a imaginé de faire mastiquer préalablement aux malades un bonbon de chocolat dans lequel il a incorporé du sous-nitrate de bismuth et du sulfate de baryum par parties égales. La bouillie résultant de la mastication

pénètre dans le liseré gingival tout autour de la dent et donne aussi une image non transparente aux rayons Roentgen.

M. Bruske (Amsterdam) présente une seconde communication : « CONTRIBUTION RELATIVE AU TRAITEMENT DE LA PARADENTOSE ».

L'auteur se propose de modifier la circulation gingivale au moyen d'application de ventouses appropriées. L'appareil employé dans ce but se compose d'un tube de verre relié d'une part à une pompe aspirante et portant à son extrémité libre un godet de caoutchouc que l'on applique sur la gencive en faisant le vide au moyen de la pompe.

Ce traitement détermine : 1<sup>o</sup> *Pendant l'application* : une stase veineuse ; 2<sup>o</sup> *Après le traitement* : une hyperémie active, et à cause de cela une accélération du courant sanguin dans le réseau des vaisseaux capillaires.

#### ALLOCUTION DE CLOTURE DU PRÉSIDENT DE LA SECTION :

Avec cette dernière communication, l'ordre du jour de la section étant épuisé, le Dr M. Roy, président, avant de clore les travaux, a remercié les membres qui, en très grand nombre et à toutes les séances avaient suivi, avec la plus grande attention, les travaux de la section ; il a remercié tous les auteurs et tous ceux qui avaient pris part aux très intéressantes discussions que les rapports et les communications avaient suscitées ; celles-ci ont montré, par l'ardeur déployée par les divers orateurs, l'intérêt passionné que soulève, pour tous ceux qui s'y adonnent, l'étude des questions relatives à la pyorrhée alvéolaire ou paradentose suivant le terme international adopté par la Section. Enfin, en clôturant cette dernière séance, le Président a souhaité à tous les membres un heureux retour dans leurs pays respectifs avec de bonnes vacances bien méritées par le bon travail fourni par les membres du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International et la IV<sup>e</sup> Section en particulier.

DRS VAIS et P. MÉTROT.

## CINQUIÈME SECTION

## DENTISTERIE OPÉRATOIRE

(Communiqué par M. Lubetzki, président)



M. LUBETZKI, président.

La V<sup>e</sup> Section de dentisterie opératoire a tenu trois séances, les 3, 6 et 7 août, sous la présidence de M. Lubetzki, assisté de M. Pailliotin, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, M. le D<sup>r</sup> Barons (Riga), présidents d'honneur, M. Martinier Georges, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris et M. Delaunay, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, secrétaires.

Ces séances ont été suivies par un public nombreux. Les questions discutées se rapportaient à des problèmes déjà discutés depuis longtemps, chaque auteur de rapport ou de communication a su apporter une note originale à ces vieux problèmes.

Le programme de cette section ne pouvait être que très limité. La thérapeutique des altérations dentaires et la pyorrhée alvéolo-pyorrhée avaient constitué des sections spé-

ciales. Seuls les problèmes ayant trait à la préparation des cavités et aux matières obturatrices pouvaient y être discutés.

Cinq rapports avec quatorze rapporteurs et argumentateurs et sept communications ont occupé ces trois séances, au cours desquelles bien des idées ont été échangées.

**RAPPORTS.** — La V<sup>e</sup> Section a pensé qu'en présence des préoccupations de plus en plus légitimes de la profession au sujet des dents dépulpées, du traitement des canaux radiculaires, il fallait chercher à inculquer aux étudiants dans les écoles dentaires l'importance de traitement radiculaire, aussi a-t-elle mis à l'ordre du jour la question « DE L'ORGANISATION RATIONNELLE DU TRAITEMENT DES CANAUX DANS LES ÉCOLES DENTAIRES ».

Cette question nous a valu deux magnifiques rapports : l'un de M. Walker, de New-York, qui exposa la méthode suivie à New-York, et de M. Georges Martinier, professeur à l'école dentaire de Paris, et une argumentation de M. Gould, de Bruxelles. Les difficultés de cette organisation sont grandes.

Le deuxième rapport discuté fut celui de la « PORCELAINE COULÉE ». Si on accorde une importance esthétique à la porcelaine obtenue par fusion, on est obligé de constater que de nombreux opérateurs n'ont pas toujours obtenu les résultats attendus. Les silicates, d'autre part, ne sont pas durables et leur action sur les tissus dentaires est discutée. La « Porcelaine coulée » pourrait peut-être devenir une méthode d'obturation idéale, d'autant plus qu'elle pourrait être à la portée de toutes les classes de la société.

Cette question a été présentée aux membres du Congrès dans deux rap-



ports documentés de *M. Gould*, de Bruxelles, et de *M. Scherr* (Allemagne) et une argumentation de *M. Sapet*, professeur à l'Ecole Odontotechnique, et *M. Van den Berg* (Amsterdam).

Depuis quelques années on a pu constater des progrès au point de vue technique, il reste encore à réaliser bien des perfectionnements.

Le troisième rapport sur la « *TECHNIQUE DE L'AMALGAME* », a été présenté par le *D<sup>r</sup> Rolland*, dans un travail original rempli d'idées nouvelles. Ce rapport retiendra l'attention de tous ceux qu'intéresse la manipulation de l'amalgame.

Le quatrième rapport avait trait aux « *MORTIFICATIONS PULPAIRES SOUS OBTURATIONS* ». Cette question constitue une grave préoccupation pour un grand nombre de confrères. Trois rapports importants ont été présentés par *M. Coeberg*, directeur de l'Ecole dentaire d'Utrecht ; *M. Feiler*, professeur à Francfort (Allemagne), et *M. Lubetzki*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. Une discussion a suivi à laquelle ont pris part : MM. Filderman, professeur à l'Ecole Odontotechnique ; Papantonopoulos, directeur de l'Ecole dentaire d'Athènes, et Lubetzki.

Enfin, *M. Logan*, président du VII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, est venu lire un rapport de *M. C. N. Jonhson*, sur : « *L'ÉVOLUTION DE LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE AUX ÉTATS-UNIS, DEPUIS LE DERNIER CONGRÈS DE PHILADELPHIE* ».

Un certain nombre de communications ont été faites par :

*M. Herman Prinz*, sur le : « *TRAITEMENT DE LA SENSIBILITÉ DENTINAIRE* ».

*M. Guinat* (Paris), sur : « *UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE SUR LA RÉSECTION DENTINAIRE.* »

*M. Brill* (Berlin), est venu nous entretenir d'une technique tout à fait originale des incrustations de porcelaine sans l'aide de la matrice.

*M. Spring* (New-York), à l'aide de clichés très clairs, sur les inlays de porcelaine.

*M. Harry True* (San Francisco), sur les moyens de déterminer les cas d'obturation à l'aide d'inlays ou d'aurification.

*M. Mileff* (Lyon), a présenté certaines considérations sur les moyens d'éviter la décoloration des dents dévitalisées.

*M. Tumarkin* (Riga), a contribué, à l'aide d'un instrument spécial, le Dento-Stomatoscope, à faciliter l'examen de la cavité buccale et des dents.

---

## SIXIÈME SECTION

PHYSIQUE. — CHIMIE. — MÉTALLURGIE

*(Communiqué par M. Bennejeant, président)*

M. BENNEJEANT, président.

Les matières traitées dans cette section sont assez arides et le nombre de ses fidèles serait assez réduit, si par les applications techniques qui en découlent, cette section ne participait pas à l'activité de plusieurs autres.

L'éthique professionnelle n'est pas encore poussée suffisamment loin, pour que des laboratoires de recherches spécialisés dans chaque genre de recherches puissent venir nous apporter des directives positives susceptibles de diriger notre activité. Certaines sections comme la première, la seconde sont en avance sur les autres à ce point de vue. A l'heure actuelle ces laboratoires appartiennent tous aux divers centres nationaux d'enseignement dentaire. Ils en reçoivent les subsides et l'impulsion morale. Nous avons beaucoup à faire dans le domaine des sciences physique,

chimique et métallurgique, appliquées à notre art, et la mise en œuvre de quelques-uns de ces centres de recherches est pour beaucoup dans les résultats effectifs qu'apporte la VI<sup>e</sup> Section au succès du VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international.

C'est ainsi que nous avons été redevables au Chemical Department du Guy's Hospital de Londres, que dirige avec haute compétence le Professeur Gibson, d'un travail sur les pierres artificielles présenté par R. N. Johnson, qui est une mise au point très complète de la question. En prothèse ces pierres artificielles pourront rendre de signalés services sur lesquels a insisté le Professeur Schatzmann, de l'Ecole Odontotechnique.

Le Dr F. Piguet, de Genève, nous a synthétisé l'expression mathématique de la coulée centrifuge, qu'il a suivie dans ses variations numériques. La force centrifuge agissant sur la coulée dépend surtout de la vitesse du mouvement circulaire imprimé par l'opérateur. Le Dr Spanner, de Pforzheim, a complété, de façon très heureuse, les données mathématiques de Piguet, par des données physiques permettant de remédier aux petits insuccès dus à la dissolution des gaz, à l'oxydation à une température trop élevée. L'adjonction de 5 % de platine exerce une influence très heureuse sur la cristallisation, qui est plus fine. L'occlusion de la cavité de la masselotte par une tige de graphite réalise une atmosphère réductrice. Le Dr Brennejsen, de Varsovie, a insisté sur la mobilité de la benne porte-cylindre pour éviter les pertes de matières précieuses.

Enfin, pour compléter cette discussion, j'ai moi-même signalé le seul écueil dans la coulée centrifuge, dû à la ségrégation des alliages renfermant

des constituants n'ayant pas la même température de solidification. Une étude très intéressante du Professeur *Spreng*, de Bâle, sur les matières d'empreinte, sera, je l'espère, le point de départ de recherches encore plus complètes sur les propriétés physiques de ces matériaux pour le IX<sup>e</sup> Congrès.

B. *Hepburn*, de Glasgow, nous avait envoyé un excellent travail sur la manière dont se comportent les métaux et leurs alliages en bouche, sujet qui avait été déjà l'objet d'un rapport au VII<sup>e</sup> Congrès.

De même le Dr *Haber*, de Berlin, présentait une recherche sur les conditions dynamiques et statiques des mâchoires qui prête à des développements ultérieurs et doit servir de base au calcul de la résistance de nos matériaux : pivots, barres, bridges, etc...

Le Dr *Spanner*, de Pforzheim, a exposé quelques recherches sur les ors spéciaux trempants et les divers moyens de vaincre leur résilience défectueuse. Son étude donne une suite aux travaux de *Colemann* présentés au Congrès précédent ; elle est très consciencieuse et fait honneur au laboratoire de la Deutsche Gold und Silber Scheideanstalt. Je ne doute pas que l'étude confiée pour le prochain Congrès au Dr *Spanner* sur le retrait des alliages d'or ne soit traitée aussi magistralement.

M<sup>lle</sup> *Pérol*, qui prépare une thèse de Doctorat en Pharmacie sur les amalgames dentaires, nous a donné la primeur de trois sérieuses recherches que lui ont permises sa situation d'assistante de Chimie générale à l'Université de Clermont-Ferrand. Le vieillissement des alliages argent-étain est dû à la formation d'étain rhomboédrique qui tend à passer à l'état quadratique, seule forme stable à température ordinaire. La ligne de *Tammann* est une ligne d'expansion maximum. Aucun amalgame ternaire Ag-Sn-Hg ne résiste complètement à la sulfuration. Ces résultats seront certainement suivis d'autres dans l'avenir et notre profession suivra avec plaisir les recherches futures sur la question. Ayant pris beaucoup d'intérêt aux recherches de M<sup>lle</sup> *Pérol*, j'ai été amené à compléter son effort par la recherche de la dureté de ces amalgames ternaires. Elle forme un îlot au centre de la représentation ternaire.

Les vapeurs mercurielles, qui ont été accusées de bien des méfaits, ne sont pas en quantités suffisantes dans nos cabinets dentaires et une ventilation convenable les élimine. Ainsi que quelques recherches me permettent de l'affirmer, il est très difficile de caractériser la présence du mercure dans notre atmosphère journalière.

Dans les questions à l'ordre du jour de la section deux d'entre elles étaient solidaires et ont passionné les auditeurs : la soudure électrique et les aciers inoxydables.

La soudure électrique a fourni le thème à plusieurs travaux d'*Hutchinson*, d'Oldham, du Dr *Mathieu*, de Dax, de *Reckinger*, de Luxembourg, du Professeur *Charlier*, de Bruxelles, et de *De Graeve*, de Lille.

Il en résulte que la faveur va aux appareils automatiques dispensant de l'usage du rhéostat ; que cette soudure est préférable à la brasure, qui oxyde et carbure davantage le métal inoxydable ; qu'un recuit de l'acier inoxydable après la soudure semble justifié. La lecture de ces divers travaux intéressera vivement ceux de nos confrères qui n'ont pas pu suivre le Congrès, ou l'ont suivi, comme c'est le cas de la majorité, de façon incomplète.

Le travail des aciers inoxydables a suscité le plus vif intérêt, par suite de la présence et du rapport de leur innovateur en art dentaire, le Dr *Hauptmeyer*, d'Essen.



Ce rapport et celui du Professeur *Chapey* et *Bertrand* apportent une documentation très fournie sur l'utilisation de ces alliages. Il s'en dégage des indications techniques vraiment utiles, qui faciliteront la vulgarisation de ces alliages.

La parole autorisée d'*A. Michel*, ingénieur en chef des aciéries J. Holtzer, de Saint-Etienne, est venue nous confirmer dans l'opinion que le travail des aciers inoxydables n'est pas aussi ingrat qu'on l'imagine et que les traitements thermiques reçus à l'usine ont une influence capitale sur la souplesse du métal.

De *J. Pomey*, directeur du Laboratoire de recherches des aciéries de Firminy, nous avons écouté un travail original, fruit de plusieurs années d'études, sur la corrosion des aciers inoxydables, le mécanisme de cette corrosion et la préservation par des substances paralysant cette corrosion.

Un travail présenté par les Aciéries Schneider, du Creusot, sur la résistance des ces aciers à l'abrasion présente également le plus vif intérêt pour les applications prothétiques.

Enfin, pour compléter notre technique d'emploi, *Hutchinson*, d'Oldham ; *Reckinger*, de Luxembourg ; Professeur *Charlier*, de Bruxelles ; *De Graeve*, de Lille ; *Mathieu*, de Dax, nous ont apporté le fruit de leurs recherches et de leurs expériences. On peut dire que cette phalange de praticiens a largement contribué à la diffusion et à la généralisation des aciers inoxydables à toutes les branches de notre art.

Cette section a donc fait œuvre utile et les futurs rapports confiés à de jeunes et actifs confrères : *R. N. Johnson* : Les matières plastiques comme bases prothétiques ; Professeur *Spreng* : Les propriétés physiques des substances d'empreinte ; *Dr Spanner* : Le retrait des alliages d'or, promettent pour le IX<sup>e</sup> Congrès, un nouvel et fructueux essor pour notre art.

Comme l'enseignait Hippocrate : *Ars Longa, vita brevis*.

### LE VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Nous extrayons le passage suivant du Bulletin des Comptes Rendus de l'Académie de Médecine du 15 décembre 1931 :*

#### PRÉSENTATION D'OUVRAGES IMPRIMÉS

M. Achar. — Le Comité d'organisation du VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international, présidé par M. Georges Villain, a bien voulu offrir à l'Académie pour sa bibliothèque, le beau volume que j'ai l'honneur de vous présenter. Ce volume contient les rapports discutés à ce congrès avec des résumés en quatre langues. Le succès de cette réunion, qui comptait près de 4.000 adhérents et où 107 rapports et plus de 200 communications furent présentés, témoigne de l'activité des études dentaires dans tous les pays.

Le Comité ajoute à son aimable envoi qu'il prie l'Académie de trouver là un hommage rendu à sa bienveillante attention.

Je serai certainement l'interprète de l'Académie en adressant au Comité et à son président nos vifs remerciements et en les assurant que notre Compagnie porte un vif intérêt au progrès des études dentaires.

---

### LE VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL JUGÉ PAR LA PRESSE PROFESSIONNELLE ÉTRANGÈRE

(Suite)

#### ALLEMAGNE :

*La Zahnärztliche Rundschau (hebdomadaire, Berlin) n'a pas consacré au Congrès moins de huit articles, dus à des auteurs différents (septembre à novembre).*

« ..... L'accueil qui a été réservé, y est-il dit, au petit nombre d'Allemands a été d'autant plus cordial ; les congressistes allemands, parmi lesquels se trouvaient représentées presque toutes les opinions politiques, furent très agréablement touchés de l'attitude prévenante et pleine de tact des confrères français envers eux ; nous avons tous l'impression qu'on nous traitait avec une attention toute particulière, ce qui se manifestait aussi bien dans les choses importantes que dans les détails. Le président du Congrès, M. Georges Villain, qui a invité personnellement les Allemands à prendre part au Congrès, lors du Congrès Dentaire National, au mois de mars, mentionna avec reconnaissance, dans son discours d'ouverture, les dentistes allemands qui, malgré la crise économique, étaient néanmoins venus au Congrès. Déjà, à une date antérieure, le Comité d'organisation du Congrès avait in-

vité par télégramme les membres du Comité National, quelques membres de la F. D. I. et de nombreux rapporteurs et auteurs de communications (en indiquant leurs noms) et avait mis à leur disposition la somme de 18.000 francs pour des pertes éventuelles occasionnées par le change, mesure, qui heureusement fut superflue, mais que nous devons honorer avec reconnaissance, comme un signe de véritable camaraderie et d'estime... »

« ..... Au banquet, à la salle Wagram, prirent part environ 1.500 personnes. C'était un repas succulent avec des vins choisis. Le Président G. Villain prononça un court discours auquel se joignit M. Camille Blaisot, ministre de la Santé Publique. Le ministre, en un langage de très haute tenue littéraire, salua au nom du Gouvernement, les congressistes venus du monde entier et leur souhaita la bienvenue. « Tous, dit-il, nous aimons notre maison, chacun aime sa patrie et sa ville natale. L'on ne nous en voudra donc pas à nous autres, Français, si nous sommes particulièrement fiers de notre Paris. J'espère que cette Ville, où s'est tenu pour la troisième fois un Congrès Dentaire International, laissera une bonne impression aux congressistes ». Il leva son verre à la prospérité des gouvernements de tous les pays représentés, sans aucun compliment spécial pour ses compatriotes, sans aucun hourrah pour le Président de la République Française. Plein de tact et de modestie, il évita volontairement de provoquer, même chez un seul de ceux qui étaient présents, un sentiment quelconque de gêne. Nous ressentîmes d'une façon très agréable cette attitude élégante dans laquelle nous trouvions une confirmation de ce fait que nous étions vraiment sur le terrain international... »

« Le Congrès a été préparé par le Comité d'organisation d'une manière tout à fait exemplaire. Chaque congressiste reçut un programme de 200 pages en quatre langues. Mais il faut surtout rendre hommage au Comité d'organisation pour la distribution du volume de 2.000 pages contenant les rapports, travail que peut seulement apprécier une personne qui a déjà eu à faire un travail analogue, quoique de moindre importance, et qui connaît l'inexactitude des confrères. Les rapports étaient publiés dans leur langue originale et étaient suivis de résumés en quatre langues. Les comptes rendus des 16 sections étaient distribués sous une couverture commune. Nous recevrons ultérieurement les discussions avec une couverture spéciale pour chaque section, de manière à pouvoir relier ensemble tous les documents concernant une même section. La pensée de communiquer aux congressistes, à l'ouverture du Congrès, tous les rapports et de contribuer de cette manière à une discussion de valeur, est nouvelle et mérite d'être imitée.

« ..... Ensuite se pose la question de la valeur des Congrès internationaux et de la comparaison du Congrès de Paris avec celui de Philadelphie :

« Au Congrès de Philadelphie, la science américaine était en avance sur la science européenne, éprouvée par la guerre. Le Congrès de Paris prouve que la science européenne a de nouveau repris sa place. »

« Mais la grande utilité de ces Congrès réside dans le fait qu'ils donnent la possibilité aux savants et praticiens de tous les pays d'échanger directement leurs idées et de les confronter. Mais, en outre, ces organisations



ont encore une valeur par leur idée. Ils créent un terrain où les préjugés nationalistes peuvent être évités ou au moins adoucis ; ils rapprochent les hommes et posent la pierre de fondement pour un avenir qui sera meilleur que le présent avec ses contrastes et sa dispersion nationaliste. Cette pensée était dans l'esprit de Charles Godon, fondateur de la F. D. I. quand il créa en 1909 le F. D. I. dont le Président interpréta les lettres initiales par les mots : Fraternité, Devoir, Idéal.

« Le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International a agi dans ce sens. Les efforts énormes de nos confrères français ont trouvé partout une approbation sincère et reconnaissante. Les visiteurs des 47 pays ont quitté Paris avec la conscience d'avoir contribué sur leur terrain à la science qui unit les peuples. »

*Le Korrespondenz-Blatt für Zahnärzte (mensuel, Berlin), sous la signature du Prof. Schaeffer-Stuckert, dans son numéro d'octobre, indique d'abord la part considérable prise par les Allemands à ces grandes assises scientifiques : 16 rapports et 45 communications. Il exprime le regret que les circonstances économiques n'aient permis qu'à une cinquantaine d'entre eux de se rendre à Paris, lorsque près de 300 étaient inscrits.*

*Il rend sommairement compte de la séance solennelle d'ouverture, des séances de sections, des démonstrations et des expositions.*

#### ANGLETERRE :

*Le Dental Magazine and Oral Topics (mensuel, Londres), contient, dans le fascicule de septembre, quatre articles (au total, 28 pages), dus à trois auteurs différents, illustrés de gravures : portraits, groupes, monuments. Tout y est passé en revue : le local, qui ne cesse d'être admiré et enchante les Congressistes ; l'organisation, les séances, les discussions, les démonstrations, les expositions, les fêtes, excursions, le banquet, les réunions d'étudiants. Les différentes expositions surtout sont l'objet de mentions très détaillées et très complètes. Un tribut d'éloges est payé aux organisateurs.*

*Suivant le Dental Record de septembre (mensuel, Londres) :*

« Le Congrès était une importante manifestation à la fois de l'étendue de la science dentaire et de l'intérêt que le monde entier jugeait nécessaire de porter à la question de la santé publique. »

#### AMÉRIQUE (ETATS-UNIS) :

*Le Dental Cosmos, dans son éditorial d'octobre, dit entre autres :*

« Chacune des parties du Congrès, — le programme scientifique, les démonstrations, les expositions scientifiques, sanitaire, rétrospective, industrielle, les réceptions — témoignait des efforts des hommes si capables qui avaient organisé le Congrès.

« Ce Congrès, tenu dans un des édifices les plus beaux et les mieux disposés pour de nombreuses réunions que nous ayons eu le plaisir de voir, offrait les facilités les plus grandes pour que tout fût réuni dans le même bâtiment ; celui-ci convenait si bien à son objet qu'il a contribué largement à la commodité des Congressistes et à l'attrait des diverses expositions...

« Nous sommes absolument certain que le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International aura sa place dans l'histoire comme une des réunions professionnelles les plus marquantes et les plus réussies des temps actuels. »

#### MEXIQUE :

*Dans le Boletín Odontológico Mexicano (mensuel, Mexico) de novembre, nous trouvons des observations sur le Congrès :*

« ... Sous le vaste toit de verre du Grand Palais, est-il dit, vibrait l'esprit cosmopolite et bien qu'il y fût parlé beaucoup de langues différentes, celle que tous comprenaient était celle de la science. (*Suit une description enthousiaste du Grand Palais*)...

« Le Comité d'organisation n'avait négligé aucun détail pour la réussite du Congrès.

« Tout témoignait du labeur intense que dut assurer le Comité avec son inlassable président, M. G. Villain...

« Nous reviendrons sur ce sujet dans un prochain article. »

#### BELGIQUE :

*Le Journal Dentaire belge, septembre-octobre 1931, publie, sous la signature du Dr Watry, un compte rendu de huit pages, illustré de gravures, qui mériterait d'être reproduit en entier ; malheureusement l'espace ne nous permet que des citations :*

« ... Les organisateurs peuvent avoir la légitime fierté de publier un bulletin de victoire complète.

« Nous pourrions souligner cette victoire en publiant une impressionnante statistique dont le premier chiffre et en même temps le plus éloquent serait celui de 3.500 participants...

« Mais plus encore que par ces chiffres, si imposants qu'ils soient, les assistants ont été fortement impressionnés par le caractère de puissante vitalité scientifique et professionnelle qui s'est dégagé de cette grande manifestation...

« Le choix du local avait été un premier coup de maître. En effet, le Grand Palais se prête admirablement à des manifestations de cette envergure et plus d'un visiteur, à son entrée dans la grande coupole dite d'Antin, n'a pu réprimer un geste de surprise admirative...

« Il nous reste à présent la dernière, mais la plus agréable des tâches, celle de rendre hommage à tous ceux qui jouèrent un rôle dans l'organisation du Congrès, et dont les noms méritent d'être cités à ce merveilleux tableau de victoire... »

#### ESPAGNE :

*La Odontología (Madrid) ne consacre pas moins de 35 pages de son numéro de septembre 1931 au compte rendu du Congrès, orné de photographies, et reproduit quelques-uns des discours prononcés. Elle dit, entre autres choses :*

« ... Le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire international s'est tenu à Paris avec un tel succès que le Comité d'organisation a rendu particulièrement difficile

la tâche du chroniqueur pour donner une idée exacte de ce qu'a été ce Congrès, de son importance scientifique, de sa brillante exposition, des mille détails dont les organisateurs ont tenu compte, étant donné que les Commissions étaient si nombreuses que le congressiste, sans distinction de sexe, y trouvait tout ce qu'il pouvait désirer... »

#### ITALIE : (1)

*Dans les Annali di Clinica Odontofiatrica (Rome) d'octobre 1931, M. Goia rappelle d'abord sommairement les buts de la F. D. I., puis continue ainsi :*

« Tous ces buts ont été atteints par le VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international, tenu à Paris, Congrès réussi, comme il fallait s'y attendre, magnifique revue de la science odontologique mondiale et démonstration importante des progrès faits dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique dentaire.

« Le succès de ce Congrès a été complet...

« Ce Congrès a laissé dans l'esprit de ceux qui y ont pris part une vive satisfaction de tout ce qu'ils ont vu et un sentiment d'admiration pour la grandiose et superbe réussite du Congrès, due à l'action permanente du Conseil exécutif de la F. D. I. et à l'organisation générale, organisation parfaite, soignée dans tous les détails de cet admirable ensemble de personnalités qui composaient les différentes Commissions et qui ont eu pour exemple la prodigieuse activité du Président... »

#### SUISSE :

*Dans la Revue mensuelle suisse d'Odontologie de septembre 1931 nous trouvons deux comptes rendus du Congrès : l'un en allemand de M. W. Hess, l'autre en français, de M. Held, accompagné d'illustrations.*

« ... Si nous nous reportons, dit le premier, aux journées de cette réunion, nous devons avouer que nos confrères français ont accompli un travail de géant et que nous leur sommes redevables d'un tribut de remerciements pour tout ce que nous avons vu de beau et d'intéressant dans ce qu'ils nous ont présenté, ainsi que pour leur hospitalité si large envers les praticiens étrangers. »

« ... A tous points de vue, dit le second, ce Congrès fut une belle réussite et ceux qui ont assumé l'écrasante tâche de son organisation ont pu voir leur effort couronné d'un très grand succès...

« Le VIII<sup>e</sup> Congrès laisse l'impression d'un grand et imposant monument scientifique auquel ont collaboré toutes les nations...

« Ainsi que nous le disons plus haut, le Congrès de Paris fut une belle réussite et nous ne pouvons que féliciter nos confrères français de leur talent d'organisation et les remercier de leur cordiale hospitalité. »

*Dans le fascicule d'octobre de la même revue, M. Bonsack, de Bienne, fait une promenade à travers les stands des exposants :*

---

(1) Voir dans le numéro de décembre l'article de M. le Professeur Palazzi, publié dans *La Stomatologia*.



« Rarement, écrit-il, il fut possible aux dentistes du monde entier de se rendre compte par la vue, et le toucher, de la production industrielle dentaire, et ce ne fut pas un des moindres attrait du VIII<sup>e</sup> Congrès que de parcourir l'immense exposition industrielle où l'on pouvait voir 150 stands, la plupart dans une présentation de grand style... »

*Enfin, dans celui de novembre, un troisième article nous conduit à travers les salles de démonstrations.*

\*  
\* \*

*A tous ces articles il y a lieu d'ajouter ceux qui ont été publiés par le Journal of the American Dental Association (Etats-Unis) de novembre ; la Revista Odontologica (Argentine) de septembre ; le Tandlægebiadet (Danemark), d'octobre, sous la signature de M. Haderup ; le Tijdschrift voor Tandheelkunde (Hollande) de septembre ; le Norske Tannlægeforenings (Norvège), de septembre ; le Zubní Lekarství (Tchéco-Slovaquie) de septembre ; le Dental Journal (Weinfelden, Suisse), auxquels nous regrettons de ne pouvoir faire d'emprunts, l'espace nous manquant pour cela. Nous croyons d'ailleurs que les citations reproduites suffisent pour se faire une idée de ce qu'a été la magnifique manifestation odontologique du mois d'août dernier.*

---

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1<sup>er</sup> Décembre 1931

PRÉSIDENTE DE M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 21 heures.

Excusé : M. Henri Villain.

I. — PROCESSUS DE LA CARIE DES DENTS, par M. le Professeur RETTERER.

M. le Prof. Retterer donne lecture de sa communication. (v. p. 1).

#### Discussion

M. Fraenkel. — Je voudrais demander à M. le Prof. Retterer, à la suite de ce qu'il vient de nous dire, comment il entend expliquer le processus de la carie dite sèche.

M. Retterer. — J'ai étudié des dents à carie sèche et molle, que m'avait remises M. Rodier. En ce qui me concerne, je n'ai pas trouvé de différences histologiques notables. D'ailleurs, il faut me pardonner, car si je distingue le régime sec des Américains d'avec le régime humide des Français, je ne saurais pas faire, à l'œil nu, la même distinction entre la carie sèche et la carie molle.

M. le Dr Roy. — J'ai été très intéressé par la très savante communication de M. Retterer, qui insiste avec beaucoup de raison sur un point important, on peut dire capital dans l'évolution de la carie, à savoir la constitution générale de la dent.

Je crois que, malgré les divergences qui existent entre les différents auteurs au sujet de l'étiologie de la carie, il semble bien admis d'une façon évidente, de par la simple observation clinique, qu'il est deux facteurs indéniables qui interviennent dans le développement de la carie dentaire : d'une part un élément externe et d'autre part un élément interne.

Si l'élément externe a une grande importance puisque sans lui la carie ne peut pas exister, (il est entendu — je pense que M. Retterer l'admet bien d'une façon complète — que la carie est d'origine externe et non pas d'origine interne), il n'en est pas moins évident que c'est la constitution interne de la dent qui domine tout le problème, car, en effet, nous trouvons des individus chez lesquels toutes les conditions externes se trouvent accumulées comme à plaisir pour développer la carie dentaire et chez lesquels il n'y a pas trace de carie. D'autres, au contraire, présentent une absence qui semblerait totale de causes externes et ceux-là présentent des caries dentaires.

C'est que, chez les premiers, la constitution dentaire est parfaite ou se rapproche de la perfection, et les causes vulnérantes venant de l'extérieur

n'ont pas de prise sur la dent. Dans le second cas, au contraire, la constitution de la dent est très défectueuse et les moindres causes vulnérantes vont agir pour provoquer des caries.

Il y a, pour expliquer le développement de la carie, non seulement la constitution histologique de la dent, mais il y a aussi sa constitution macroscopique, elle peut présenter des sillons qui existent à la naissance et dans lesquels, comme l'a montré Szygmondi dans des coupes extrêmement intéressantes, on voit des sillons absolument dépourvus de substances calcaires partant de la couronne et filant dans une profondeur assez considérable de la dent.

Dans ces dents, l'émail se trouve invaginé en quelque sorte et il n'y a pas eu coalescence entre les différents tubercules de la dent, et il y a, dans le sillon intercuspidien, un infundibulum non calcifié.

Voilà donc pour les causes macroscopiques. Mais il y a également, je ne sais pas si M. Retterer les admet, les défauts de constitution histologique de la dent qui ont été décrits par Czermak. Comme l'ont montré Galippe et Ranvier, les dents qui se carient facilement présentent une grande abondance d'espaces de Czermak, dans lesquels l'ivoire se présente sous forme de globules avec des parties dépourvues de sels calcaires.

Les explications que vient de nous donner M. Retterer, extrêmement intéressantes, montrent que les modifications de la dent qu'il nous décrit se produisent d'une façon précoce, mais il resterait à savoir si ces altérations-là ne sont pas des altérations primitives de la dent ou si elles se sont produites secondairement au développement de la carie, comme le donneraient à penser certaines explications fournies par M. Retterer.

Il y a deux sortes d'altérations : les altérations préexistantes avant le développement de la carie ; puis, et c'est là le point sur lequel M. Frey, dans une séance précédente à laquelle j'ai eu le regret de ne pouvoir assister, a parlé, il y a les altérations secondaires, de l'ivoire, celles de la pulpe, de la papille, de la dent sur laquelle la carie s'est développée.

M. Retterer parle dans la constitution de la dent de l'influence — et c'est ce qu'a fait, il l'a rappelé, une communication de Price au dernier Congrès du mois d'août — de l'alimentation sur la dent. Ceci est exact dans une certaine mesure.

Mais M. Retterer n'a pas parlé des os ; ce n'est pas une critique, mais une observation qui répond à ce qu'il a exposé. Or, je tiens à dire une fois de plus que l'on a tort de faire une assimilation très souvent entre les os et les dents. Ce sont deux choses tout à fait différentes ; et sans m'étendre davantage sur ce sujet — je le reprendrai sans doute à une autre occasion — je signale ce fait, c'est qu'il y a des gens qui ont une santé générale parfaite et un très bon système osseux et qui, cependant, présentent des caries dentaires extrêmement nombreuses ; il en est d'autres, au contraire, qui ont une santé extrêmement précaire et qui ont des dents excellentes.

Contrairement à ce qu'a dit Ferrié, j'ai connu des tuberculeux avérés, avancés avec des dents excellentes et non cariées ; j'ai connu des gens qui, au contraire, ne présentaient pas de tuberculose ni aucune maladie, qui



sont morts à un âge avancé et qui ont perdu leurs dents par caries dans un âge extrêmement précoce.

Il semble donc qu'il y a, pour expliquer les phénomènes de calcification des dents, un facteur différent de celui qui préside à la calcification osseuse.

Quoi que pense M. Retterer sur les différents tissus, l'émail et l'ivoire qu'il fonde dans une même origine, il y a une différence fondamentale entre le système osseux et le système dentaire, et, au point de vue de la calcification dentaire, il semble donc qu'il y ait un élément particulier en dehors de la nutrition générale qui joue un rôle et qui règle cette nutrition en bien ou en mal suivant les circonstances. J'ignore quel est cet élément, quelle est cette glande endocrine peut-être qui joue le rôle de directeur dans l'assimilation des sels calcaires qui vont se rendre aux dents. Néanmoins, c'est là, à mon avis, un élément essentiel du problème de la carie dentaire et de la calcification des dents.

*M. Retterer.* — Certainement, il y a encore bien des points à élucider. Je n'affirme que ce que j'ai vu, mais on explique dans les livres la carie par une malfaçon — le mot de Ferrié — une malformation de l'émail parce que les dépressions sont plus exposées au mal que les tubercules.

Au niveau des cuspides, il y a un émail, plus épais, pourquoi ? Parce que les cuspides frottent, dans les dépressions il n'y a que peu de pressions. Je crois que c'est l'action mécanique qui transforme la dentine en émail. J'ai déjà cité de nombreux faits ; j'ai observé l'émail chez les sangliers de 6 mois et plus vieux ; l'émail continue à s'épaissir au fur et à mesure que l'animal triture des substances plus dures.

J'ai un neveu et une nièce nés à Paris : ma nièce a fait des études ; elle est institutrice dans les écoles de Paris ; mon neveu a un métier manuel. Ma nièce, quand elle allait à l'école était nerveuse ; son père la grondait et voulait la châtier, j'ai conseillé de lui donner à manger. Quand on lui arrachait une dent cariée, pas moyen d'arrêter l'hémorragie, donc, mauvais état général.

Mon neveu a une denture superbe ; jamais il n'a vu une de ses dents se carier. Ce n'est donc pas l'hérédité qui est en cause, les parents de mes neveux n'ont plus de dents. Mon neveu s'est toujours bien nourri, il est solide et continue à travailler de ses mains.

Voilà les faits que je cite et qui me semblent corroborer tous ceux déjà mentionnés ; ils confirment les observations faites sur les Esquimaux et les Australiens.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. le Professeur Retterer de sa belle communication ; nous pourrions en tirer parfois des conclusions au point de vue thérapeutique.

Je ne vais pas suivre l'ordre du jour, M. le Dr Roy ayant une petite maladie à nous présenter ; elle a sept ans et il ne faudrait pas trop la retarder.

II. — KYSTE DE MOLAIRE TEMPORAIRE, par M. le D<sup>r</sup> ROY.

*M. le D<sup>r</sup> Roy.* — J'ai fait, dans le courant de l'année dernière, une communication sur les kystes dentifères chez les enfants ; aujourd'hui c'est un kyste radicaire chez un enfant, produit par l'infection d'une dent de lait, que je vous présente.

Il s'agit d'une petite fille de 8 ans que j'ai opérée il y a un mois d'un kyste de la mâchoire inférieure, de la grosseur d'une grosse noix, dû à une carie infectée de la 2<sup>e</sup> molaire temporaire gauche.

Il faut savoir que, si les kystes de dents temporaires sont rares, je n'en ai opéré que quatre ou cinq cas, ils se rencontrent quelquefois.

Je vous montre les radios prises avant l'opération et je vous présente ma petite opérée parce qu'il est intéressant de voir la position de ses prémolaires permanentes que l'on voit dans le fond de la brèche résultant de l'ablation du kyste. La 1<sup>re</sup> prémolaire occupe, à son stade d'évolution normal, une place sensiblement normale, mais la 2<sup>e</sup> prémolaire, elle, a été refoulée complètement sous la racine mésiale de la 1<sup>re</sup> grosse molaire où on la voit très nettement. J'ai laissé les choses en l'état et je me propose de voir l'évolution ultérieure de cette dent, mais j'ai pensé qu'il vous serait agréable de voir la chose actuellement où elle est facile à voir et je vous tiendrai au courant de l'évolution définitive de cette dent.

*M. le Président.* — Je remercie M. le D<sup>r</sup> Roy de sa très intéressante communication.

III. — FIBROME DIFFUS DES MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR, par M. le D<sup>r</sup> BONNET-ROY.

*M. le D<sup>r</sup> Bonnet-Roy* donne lecture de sa communication. (V. p. 18.)

*Discussion*

*M. le D<sup>r</sup> Roy.* — Je suis particulièrement intéressé par l'observation présentée par M. Bonnet-Roy, d'autant plus qu'elle me rappelle un cas absolument identique que j'ai présenté, il y a bien longtemps, à une séance de démonstrations pratiques qui eut lieu à l'Ecole. Bonnet-Roy pourra voir que ce n'est pas d'hier puisque cette petite malade a été opérée par mon maître Paul Berger, très peu de temps avant sa mort ; nous devons publier ensemble cette observation très intéressante qui est calquée, pour la plupart des points, sur ce qu'il vient de nous présenter.

J'avais fait des moulages qui étaient très beaux, en cire colorée, mais j'ai remis ces moulages à mon ami Delair qui les a envoyés à l'Exposition de Saint-Louis. Les moulages se sont trouvés perdus malheureusement.

Cette enfant se présentait dans les conditions suivantes : elle avait huit ou neuf ans, au moment où on me l'a amenée à la Clinique de l'Ecole. Elle se présentait avec ces énormes bourrelets dont vient de nous parler Bonnet-Roy, on voyait les dents temporaires qui étaient enfouies dans ces masses, toutes les dents formaient une arcade assez régulière si l'on peut dire, mais ce bourrelet rayonnait tout autour de chacune de ces arca-

des, en haut, comme en bas. Cela avait peut-être un aspect un peu plus régulier que dans le cas de Bonnet-Roy, mais formait une masse énorme. Mon maître Berger, à qui j'ai présenté cette malade, l'a opérée ; nous n'avons pas été aussi gênés que l'a dit Bonnet-Roy par l'hémorragie, puisque Berger a pu l'opérer en une seule fois. On a réséqué ces énormes bourrelets qu'on a disséqués tout autour, en avant comme en arrière ; l'opération a été assez longue ; on a tamponné, mais la perte de sang n'a pas été trop considérable. Si nous avions été aussi gênés, il aurait été impossible de faire l'opération en une seule fois.

Il s'est produit une chose extrêmement intéressante, c'est que cette enfant, qui avait près de dix ans au moment où nous l'avons opérée, avait encore toutes ses dents de lait ; mais cette masse avait empêché les dents permanentes d'évoluer. Or, quand nous avons eu fait la résection de ces masses fibreuses, on a trouvé en-dessous toute la dentition permanente exactement au développement chronologique correspondant à l'âge de l'enfant et qui était sensiblement, normalement placée.

La tumeur examinée était un fibrome pur et j'avais appelé cela : Fibrome diffus des mâchoires, exactement comme Bonnet-Roy l'a baptisé, car c'est bien le nom qui convient à ces productions-là.

M. Bonnet-Roy a insisté avec raison sur le côté épouvantable au point de vue esthétique, la défiguration est considérable. Cette enfant avait un aspect qu'on pourrait comparer à une bouche de grenouille ; c'était effrayant, un sujet d'horreur ; les suites opératoires ont été excellentes ; tout s'est bien passé. J'ai eu les moulages avant l'opération et après, en cire colorée, et Paul Berger avait fait faire par son dessinateur, des dessins en aquarelles. Malheureusement, Berger est mort deux mois après, en train d'opérer un malade, et les documents ont été perdus.

J'ai perdu de vue l'enfant, mais j'ai eu indirectement de ses nouvelles. Un jour, un de mes clients, peut-être quinze à vingt ans après, m'en a parlé, en me disant : j'ai parmi mes employées une dame que vous avez soignée quand elle était enfant. C'était cette malade. Je lui avais dit qu'il m'envoie la malade, ce qu'il n'a pas fait. En tous cas, quinze à vingt ans après, elle vivait encore, par conséquent au point de vue des récidives, de la transformation maligne, M. Bonnet-Roy peut être rassuré par ce précédent ; ce sont des tumeurs essentiellement bénignes et l'exemple que j'en ai là est assez intéressant à cet égard.

Il y a quelques mois, mon ami Guichard m'a envoyé, à ma clinique du lundi, un malade qui présentait un fibrome diffus, mais localisé à la partie postérieure de la mâchoire supérieure ; cela intéressait une partie du palais et il n'en éprouvait du reste aucune gêne ; c'était un homme qui pouvait avoir une quarantaine d'années.

En ce moment-ci, j'ai un malade très intéressant que je dois opérer ; c'est un Italien qui présente un très gros kyste de la mâchoire supérieure, mais qui présente en outre un fibrome qui occupe tout le bourrelet gingival des incisives à la dent de sagesse droite.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. le Dr Bonnet-Roy pour sa



belle communication, qui constitue une observation clinique de premier ordre. Il nous a particulièrement intéressé ayant su nous donner des dessins extrêmement nets et précis de ce cas, ce qui nous a permis de mieux comprendre ce cas pathologique.

IV. — AMALGAMES ET CARIES SECONDAIRES. — NÉCESSITÉ D'UNE TECHNIQUE RIGOREUSE POUR L'APPLICATION DES AMALGAMES, par M. le Dr P. ROLLAND.

*M. le Dr P. Rolland* donne lecture de sa communication. (V. p. 10.)

*Discussion*

*M. G. Villain.* — Je tiens à dire mon admiration pour la démonstration que vient de nous faire M. Rolland. Il est évident que l'appareil qu'il nous présente rendra des services inestimables non seulement aux élèves, mais aussi aux praticiens. Il vient de nous montrer d'une façon tout à fait remarquable combien la technique de l'amalgame devait être précise, car enfin chacun de nous n'attache peut-être pas l'importance qu'il devrait aux détails qui fait que l'amalgame, suivant la façon dont il est traité, constitue une matière obturatrice de premier ou de dernier ordre. M. Rolland nous fait toucher du doigt les nombreuses imperfections que peuvent avoir nos obturations en cette matière, par suite de fautes de technique, en apparence peu importantes.

Si quelqu'un voulait s'attacher à faire des recherches similaires sur les autres matières que nous employons comme obturations, je suis convaincu que notre technique s'améliorerait très sensiblement.

La démonstration de M. Rolland fait ressortir, en outre, le rôle important de la technique, voire des détails de celle-ci, dans l'exercice de notre profession. Chez nous tout est détail.

Si ce n'est pas trop abuser, je voudrais demander à M. Rolland de nous dire la technique qu'il préconise pour obtenir les 95 % de réussite obturatrice.

*M. le Dr Rolland.* — Il faut toujours employer un léger excès de mercure et triturer assez longuement. Il ne faut jamais mettre en place de l'amalgame lorsque celui-ci a déjà subi un commencement de cristallisation ; il n'est donc pas recommandable de laisser longtemps l'amalgame sur une tablette, même avec un excès de mercure, avant de l'utiliser, ni d'essayer de ramollir un amalgame dont la cristallisation est déjà commencée, en y ajoutant une nouvelle dose de mercure. Il n'est pas recommandable de chercher à enlever l'excès de mercure en comprimant l'amalgame dans ses doigts ou dans une peau de chamois et encore moins dans un linge. Des fibres peuvent s'introduire dans la masse et seront la cause de fissures. Cet excès de mercure doit être expulsé de la cavité elle-même au moyen de pressions successives. Sous l'action de pressions bien coordonnées, lentes, pratiquées avec des fouloirs de bonne forme, le mercure remonte peu à peu et l'on obtient des obturations d'une perfection vraiment extraordinaire, impossibles à réaliser en procédant autrement.

Le brunissage d'un amalgame ne peut influencer que sur son aspect extérieur, mais il sera parfaitement inefficace pour aveugler des fissures résultant d'une mauvaise technique de mise en place.

Notre collègue Van den Berg, revenant de faire un voyage en Amérique, a fait devant quelques collègues des démonstrations sur la technique des amalgames et nous avons manipulé devant lui. La simple observation de notre technique lui permettait de nous dire si l'amalgame que nous venions de faire présenterait des fissures et ne serait pas obturant.

J'essaie en ce moment de mettre au point une technique de vérification permettant de soumettre à une épreuve dosimétrique pneumatique, non seulement des cavités théoriques taillées dans des blocs d'acier, mais encore des dents mortes portant des obturations.

L'élève pourrait lui-même préparer des cavités qu'il obturerait ensuite et ces travaux théoriques d'entraînement seraient soumis à l'épreuve pneumatique. Il pourrait se rendre compte lui-même, soit à l'œil nu, soit à l'aide d'une loupe ou d'un petit microscope de poche, des imperfections de son travail.

Deux jeunes élèves bien notés dans leurs écoles, auxquels j'avais demandé de me rendre le service de me faire des obturations en série sur des cavités creusées dans les blocs d'acier en les laissant à leur propre initiative, furent effarés quand ils eurent constaté que les amalgames qu'ils venaient de préparer avaient des fissures de tous côtés. 98 % des amalgames faits par eux étaient mauvais.

Après une semaine d'entraînement, la proportion fut rapidement inversée. 95 % des amalgames étaient bons.

En ce qui concerne la préparation de l'amalgame, il n'est pas prudent de dire à son assistante : « Préparez-moi mon amalgame », sans tenir compte du moment auquel on devra l'utiliser. Un amalgame doit se mettre en place une minute au plus après la fin de la trituration. Si l'on attend plus longtemps on court le risque de l'appliquer en pleine cristallisation et d'avoir des mécomptes. L'amalgame est cependant une obturation qui a une grande valeur : c'est la première obturation plastique employée ; elle rendra encore de grands services surtout dans la période économique que nous traversons, mais il faut le manier avec le plus grand soin.

*M. Lentulo.* — C'est justement ce danger de cristallisation prématurée qui fait que dans certaines formules on conseille de bourrer l'amalgame en assez grande quantité, de manière à terminer avant que cette cristallisation soit entrée en jeu. Comment s'en sortir ?

*M. le Dr Rolland.* — L'amalgame est en quelque sorte une solution saturée qui se solidifie et devient dure en cristallisant. A notre avis, cette cristallisation sera d'autant plus mauvaise et d'autant plus rapide que l'on aura incorporé moins de mercure pendant la trituration. Lorsque la quantité de mercure incorporée et la trituration auront été suffisantes, l'amalgame obtenu sera comparable à un bloc de béton, les particules d'alliage non incorporées représentant les cailloux inclus dans le béton. Cependant ce bé-



ton métallique n'est en rien comparable au béton de maçonnerie et ne se comportera pas de la même façon.

Dans le béton de maçonnerie, les cailloux et les silex sont inclus dans le ciment, mais non attaqués par celui-ci ; dans un amalgame, au contraire, les particules d'alliage non amalgamées seront le siège et la cause de modifications chimiques et physiques produites par l'affinité du mercure pour les métaux constitutifs de l'alliage. Ces modifications continueront tant qu'un équilibre ne se sera pas produit grâce à des échanges en quelque sorte osmotiques entre les particules d'alliage et le mercure.

*M. G. Villain.* — Il y a différents procédés : 1<sup>o</sup> préparation de l'amalgame extemporanément et tassement immédiat de celui-ci dans la cavité ; 2<sup>o</sup> Pour ceux qui ont une assistante, maintenir la trituration de l'amalgame pendant qu'on opère à son foulement progressif dans la cavité ; 3<sup>o</sup> Il y a, enfin, le tassement par différentes méthodes, soit le foulage direct, soit le foulage avec rotation sur les bords et enfin le foulage par martelage avec maillet automatique ou autre.

Dans tous les cas, il y a un fait, c'est que l'amalgame doit être construit dans une cavité fermée de toutes parts, sauf l'ouverture d'introduction, d'où nécessité de l'emploi de la matrice dans l'obturation des cavités composées. En résumé, il y a la trituration qui se poursuit ou non pendant l'opération d'une part et il y a les différentes méthodes de tassement de l'amalgame, c'est-à-dire le tassement par foulement vertical direct ou avec rotation, et enfin le tassement par martelage.

*M. Rolland* a-t-il, dans ces différentes méthodes, vu une amélioration en employant l'un ou l'autre des procédés ?

Je demande cela parce qu'il a fait des essais sur les amalgames avec des variantes dans la technique.

*M. Rolland.* — (*Croquis*). Supposons une cavité quelconque préparée pour recevoir un amalgame. On procédera de la façon suivante pour monter en quelque sorte cet amalgame. On place au centre de la cavité une petite parcelle d'amalgame représentant le cinquième du volume de la cavité et on la foule énergiquement par des pressions successives du centre à la périphérie en insistant spécialement au niveau des angles de la cavité. On placera ensuite une nouvelle parcelle d'alliage de même volume et on la tassera sur la première en prenant les mêmes précautions et en exerçant des pressions aussi énergiques. Les autres parcelles seront ajoutées suivant la même technique jusqu'à ce que l'obturation déborde largement la cavité.

A chaque addition d'amalgame le mercure remonte à la surface, mais la couche profonde est bien ferme ; les pressions successives exercées suffiront à éliminer tout l'excès de mercure qui débordera de la cavité elle-même.

L'outillage joue un rôle certain et intervient beaucoup dans la réussite parfaite d'une obturation à l'amalgame. Nous donnons la préférence aux fouloirs à tête plate polie et à forme polygonale. Les fouloirs à tête ronde ne permettent pas de tasser normalement et d'exprimer le mercure. Les fouloirs striés à leur base nous ont donné de moins bons résultats que ceux à tête lisse.



Je n'ai jamais essayé l'action du martelage pendant la mise en place d'un amalgame. Cela ne m'est pas venu à l'idée parce que je n'avais pas de maillet sous la main et que je n'ai jamais pratiqué cette méthode peu utilisée.

Je ne l'ai jamais employée moi-même, mais sans vouloir contester son efficacité, j'incline à donner la préférence aux pressions lentes, énergiques et profondes qui devraient mieux assurer l'essorage du mercure.

Je ne crois pas que ce soit une bonne chose de continuer à faire triturer l'amalgame afin de le maintenir mou pendant qu'on met en place les premières parcelles. Il faut que la technique soit bien réglée comme temps de trituration et développement d'énergie afin d'utiliser un alliage toujours identique à lui-même et de réduire au minimum les imperfections des obturations inhérentes à des modifications de technique.

On peut d'ailleurs se rendre facilement compte des avantages et des inconvénients et de l'influence des différentes techniques sur le résultat final, à l'aide d'éprouvettes à huile qui peuvent être maintenues à 37° et observées aussi longtemps qu'on le désire.

*M. le Dr Roy.* — Je demanderai à M. Rolland, pour le mercure qui arrive à la surface, ce qu'il conseille de faire. Lorsqu'on foule un amalgame, il y a du mercure qui arrive sur le dessus ; y a-t-il lieu d'incorporer ce mercure à la masse ou de l'exprimer ?

*M. le Dr Rolland.* — Le mercure qui arrive à la surface des amalgames au fur et à mesure du remplissage de la cavité s'élimine de lui-même ; il débordé en quelque sorte les bords de la cavité lorsque celle-ci est bien remplie. Il ne faut cesser d'ajouter de l'amalgame que lorsque la cavité est tout à fait bien obturée ; la consistance de cette obturation non encore prise sera d'autant plus dure que les pressions exercées pendant le tassement auront été plus fortes et mieux ordonnées. Cette technique exige l'emploi d'une quantité d'amalgame supérieure de 60 % à celle nécessitée par les techniques habituelles.

*M. le Président.* — Avant de remercier M. le Dr Rolland je me permettrai de présenter quelques observations.

J'ai retenu un dessin dans lequel M. Rolland disait qu'il plaçait différentes couches d'amalgame et qu'il pressait vers les parois. Je suis absolument de son avis lorsqu'il conseille de presser vers les parois ; la pression latérale est indispensable en même temps que la pression verticale. Pendant la condensation, on ramollira son amalgame, le mercure apparaîtra à la surface de la masse. Si l'on se contente de pressions latérales, il se produira le fait suivant : le mercure n'apparaîtra qu'au niveau des parois et c'est à cet endroit-là qu'on aura un amalgame déficient qui vous permettra avec vos expériences peut-être d'avoir des fissures plus rapidement qu'au centre.

Or, ce que nous devons rechercher, c'est la concentration la plus parfaite possible au niveau des parois plus qu'au centre, théoriquement, puisque nous voulons avoir une obturation obturante au point de vue bactériologique. Cette pression latérale une fois faite, votre fouloir — et c'est ce que je conseille — doit revenir par un mouvement de nouvelle condensation

vers le centre de la cavité pour essayer de ramener le mercure vers le milieu de l'obturation et pouvoir le réincorporer à une autre masse d'amalgame ou l'enlever.

Ce qu'il faut, c'est surtout éviter la présence du mercure le long des parois.

Je remercie M. le Dr Rolland de m'avoir fait l'honneur de parler d'un ouvrage que j'ai fait. J'établis ma cavité de cette façon, mais je rappelle — si des anciens élèves sont ici présents, ils peuvent l'affirmer — que je suis un ennemi acharné de la rétention. Je considère que toutes les obturations doivent tenir dans une cavité comme un inlay.

Par conséquent, le principe réel d'une cavité qui doit être faite doit être constitué par des parois parallèles, c'est-à-dire des angles droits. Si j'ai indiqué la présence de cet angle, qui est extrêmement minime dans une cavité, c'est simplement pour sauvegarder le principe de la rétention que je n'ai pas le droit, moi, de démolir, du jour au lendemain. J'espère arriver plus tard à supprimer cet enseignement de façon qu'on pourra faire un amalgame dans une cavité non rétentive et à angles droits ; mais cette rétention est extrêmement minime et ne peut pas empêcher la condensation de l'amalgame.

Un autre point, votre type de cavité, que vous avez indiqué, même à fond plat, est une cavité contre laquelle je m'élève. Ce que nous devons rechercher dans une cavité, c'est une protection des bords d'émail et, malheureusement, lorsqu'on taille des cavités de ce genre, il subsiste une partie d'émail non soutenu par de la dentine saine ; et avec le meilleur des amalgames, ces bords d'émail s'effriteront et vous aurez immédiatement une récurrence de carie.

Dans une cavité très profonde, même avec des fouloirs très longs, il vous sera toujours difficile de faire pénétrer et de condenser l'amalgame dans le fond de la cavité qui se trouvera trop éloigné de l'ouverture de la cavité.

M. le Dr Rolland. — Les dessins de cavités que j'ai faits au tableau n'ont pas de précision ni de prétention didactique ; ils indiquent simplement qu'il est bon de donner aux cavités destinées aux amalgames, une forme rétentive. M. Van den Berg nous a dit avoir vu de nombreux amalgames sauter au plafond au moment de l'épreuve pneumatique. Il est donc plus prudent, dans la pratique, de les maintenir en place au moyen d'une cavité rétentive, mais le fait d'amarrer en quelque sorte un amalgame dans une cavité ne lui confère pas *ipso facto* des qualités bactériologiquement obturantes. En ce qui concerne l'émail, je suis absolument de votre avis, la taille de la cavité ne doit pas le mettre en porte à faux en raison de la fragilité des prismes.

Les pressions latérales avec mouvement de brunissage ne m'ont pas paru indispensables. Je me suis contenté de pressions verticales. Les pressions latérales ne sont d'ailleurs pas sans danger pour les parois un peu faibles de certaines cavités. Des pressions énergiques verticales font remonter l'amalgame sur les bords de la cavité et remplacent l'action des pressions latérales.

Comme l'amalgame doit être mis en grande quantité dans la cavité, celle-ci se trouve surplombée vers la fin de l'obturation par une sorte de mousse d'amalgame que l'on enlève avec une spatule appropriée. On ne doit cesser d'ajouter et de tasser de nouvelles parcelles d'amalgames que lorsque l'on sent l'obturation bien terminée.

*M. le Président.* — Je remercie en votre nom M. le Dr Rolland pour sa bonne démonstration qui aura probablement une grosse influence au point de vue pédagogique et de l'enseignement des amalgames pour nos étudiants. Surtout, l'amalgame ne sera plus l'obturation du pauvre, comme on l'a considéré jusqu'à présent.

La séance est levée à minuit.

*Le Secrétaire général : Dr A. LEBLAN.*

\* \* \*

*Séance du 5 Janvier 1932*

La séance est ouverte à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Lubetzki.

*M. le Dr Roy* fait une communication sur : « Curettage et obturations apicales ».

Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur le curettage apical, l'auteur a signalé la nécessité, pour les opérations apicales, de la désinfection et de l'obturation du canal radiculaire ; mais il peut arriver que le canal soit imperméable pour diverses causes, en particulier l'existence dans celui-ci d'un pivot qui ne peut être enlevé. M. Roy, dans ce cas, après avoir fait le curettage alvéolo-radicaire, creuse à l'extrémité apicale une cavité rétentive qu'il obture à l'amalgame, enfermant ainsi hermétiquement, dans la partie inaccessible du canal, les produits septiques qui y sont contenus et deviennent de ce fait inoffensifs.

*M. le Dr Delater et P. Lequatre.* — « Observation anatomo-pathologique, macro et microscopique d'un épithélio-granulome micro-kystique hémorragique. »

*M. Lequatre*, élève à l'Ecole dentaire de Paris, donne lecture de la communication et le Dr Delater insiste particulièrement sur le rôle de l'hémorragie capillaire dans l'évolution granulomateuse.

*M. P. Housset et R. Regnault :* « L'importance de l'observation méthodique en orthodontie. »

Cette communication donne lieu à une longue discussion à laquelle prend part le Dr Roy, rappelant que l'hérédosyphilis n'est pas l'unique étiologie dans les malformations dento-faciales.

Le Dr Solas rappelle, à son tour, le rôle de la tuberculose dans les manifestations pathologiques dentaires.

MM. P. Housset et Fraenkel prennent également part à la discussion

Sur l'initiative du Dr Solas, le Président propose de nommer un certain nombre de confrères étrangers membres honoraires de la Société. — Adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 11 h. 45.

*Le Secrétaire-adjoint : RIVET.*



**SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE***Séance du 24 Novembre 1931*

Après lecture du procès-verbal, la parole est donnée au Dr Dufourmentel qui présente une jeune malade de 23 ans, opérée, il y a 10 mois, d'un volumineux sarcome de la mâchoire inférieure.

Le Dr Dufourmentel insiste sur les difficultés de diagnostic précoce et le pronostic extrêmement grave de ces tumeurs.

Le Dr Maurel présente, à son tour, deux sujets opérés par lui : l'un d'un épithélioma du maxillaire inférieur et l'autre d'une tumeur semblable située dans la région parotidienne ; ces deux malades, traités chirurgicalement par le Dr Maurel, furent ensuite soumis à un traitement radiumthérapeutique par le Dr René Weil. Un résultat remarquable fut obtenu à la suite de cette double thérapeutique, puisque aucune récurrence n'a été observée chez le premier malade depuis deux ans et chez l'autre depuis un an et demi.

Le Prof. agrégé Retterer expose les différentes théories émises par de nombreux auteurs sur la constitution de l'émail, et en particulier sa conception personnelle et les constatations qu'il a pu faire après de nombreux examens histologiques sur des dents soumises à un régime physiologique normal et d'autres, par suite de malposition, n'ayant joué aucun rôle dans la mastication.

D'après l'auteur, l'excitation mécanique a une influence considérable sur la structure de l'émail — matière vivante — la carie dentaire trouve un terrain favorable sur les dents qui ne sont pas soumises à un travail mécanique régulier.

M. Sapet, excusé, a fait présenter, par l'inventeur, une nouvelle pièce à main d'une conception mécanique parfaite.

La séance est levée à 11 heures 30.

*Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.*

**SEMAINE ODONTOLOGIQUE DE 1932****CONFRÈRES !**

La prochaine Semaine Odontologique aura lieu du 4 AU 13 AVRIL 1932. Ceci pour calmer les impatients qui de toutes parts nous demandent des renseignements.

Disons tout de suite que de nouvelles et nombreuses innovations seront apportées à cette manifestation professionnelle, dont les détails paraîtront ultérieurement.

D'ores et déjà, les Confrères peuvent prendre leurs dispositions pour le voyage.

*Les réseaux de Chemins de fer viennent de nous accorder 50 % de réduction.*

Pour tous renseignements sur la « Semaine Odontologique » et les demandes de réduction sur les chemins de fer, s'adresser à M. Renault, secrétaire général, 39, avenue Laumière, Paris.

Pour ce qui concerne les expositions de fabricants et fournisseurs, s'adresser à M. Salas, commissaire, 81, rue Saint-Lazare, Paris.

Pour la partie scientifique, conférences, communications, etc..., écrire à M. F. Haloua, 4, rue de Stockholm, Paris.

## BIBLIOGRAPHIE

---

Dr<sup>s</sup> L. FREY et Ch. RUPPE. — **Pathologie de la bouche et des dents**  
(6<sup>e</sup> édition)

- I. — Pathologie de la Bouche, par le Dr Charles RUPPE, ancien interne des hôpitaux de Paris, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — Un volume in-18 de 583 pages avec 37 figures : 30 fr. (*Bibliothèque du Chirurgien-Dentiste, Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautejeuille, Paris*).

Le premier chapitre groupe les accidents infectieux aigus, d'origine dentaire. Les ostéo-phlegmons et les cellulites ont été décrits au niveau de chaque dent, avec schémas à l'appui. La question si importante des accidents de la dent de sagesse occupe le chapitre 2 et celle des accidents en rapport avec l'inclusion des autres dents, le chapitre 3. Après avoir longuement insisté sur les fractures des maxillaires, l'auteur a enrichi le chapitre 4 de l'étude des fractures du nez, du malaire, des plaies de la face.

Les chapitres 5 et 6 réunissent les malformations buccales et les tumeurs congénitales. Le chapitre 7 concerne la pathologie osseuse. Les chapitres 8 et 9 ont pour objet la pathologie de l'articulation temporo-maxillaire et celle des glandes salivaires. Avec le chapitre 10, l'auteur aborde la pathologie si complexe de la muqueuse buccale. Il donne dans les chapitres 11 et 12 la symptomatologie des abcès de la langue, de l'érysipèle et des affections mutilantes de la face. Le chapitre 13 étudie les causes des névralgies faciales, et le chapitre 14 donne tous les renseignements utiles sur cette importante question des stomatorragies. Le chapitre 15 traite des adénites cervicales chroniques et, enfin, un dernier chapitre est consacré spécialement aux accidents consécutifs à la chute des corps étrangers dans les voies aériennes et digestives.

Une sèche analyse de ce volume ne suffit pas à en donner une idée exacte. Il joint, en effet, à la documentation et à l'expérience l'art délicat d'une présentation destinée à des étudiants qui n'ont pas une formation médicale complète, mais qui doivent connaître cependant les liens qui rattachent à la pathologie générale les manifestations de pathologie buccale qu'ils sont appelés à rencontrer chaque jour. Ceux qui ont la responsabilité d'un tel enseignement apprécient un ouvrage de cette valeur qui sera, pour eux-mêmes, comme pour leurs élèves, un guide précieux.

F. BONNET-ROY.

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### LE CENTRE D'ÉTUDES DES MÉTIERS FRANÇAIS

#### UNE COLLABORATION NÉCESSAIRE

Un appel aux compétences, paru dans *La Semaine Dentaire* du 11 octobre dernier, a provoqué un vif mouvement d'intérêt dans notre profession ; il était proposé aux praticiens les plus expérimentés des carrières libérales d'apporter aux artisans l'appui de leurs connaissances et de leurs conseils.

En ce qui concerne notre spécialité, nous avons depuis longtemps et dans la mesure du possible prodigué les conseils.

Les initiatives privées de nombreux confrères, appuyées par les municipalités, l'action persévérante de la Société d'Hygiène Dentaire de France, ont permis de répandre les préceptes prophylactiques et de donner des soins à une grande partie de la classe laborieuse. Notre œuvre est ainsi fort appréciée et l'on nous demande de l'étendre davantage encore en nous invitant à collaborer avec la Confédération Générale de l'Artisanat Français, où nous trouverons une aide et une émulation que nous ne pouvions espérer jusqu'alors.

Les conseils que nous aurons à donner ne seront pas uniquement relatifs à l'hygiène physique ; nous contribuerons également à maintenir cette hygiène sociale que constitue le bon ordre. Nous nous souviendrons qu'autrefois la force des Corporations provenait de l'autorité des Maîtres sur les Compagnons et les apprentis, autorité basée sur la qualité supérieure de l'esprit et de l'œuvre. Notre tâche sera facilitée si nous voulons nous appuyer sur le programme exposé par le Centre d'Etudes des Métiers Français, qui constitue une profession de foi que nous pourrions faire nôtre et dont voici les lignes générales :

« Contrôler et assainir la profession par la profession, en rénovant les jurés professionnels.

« Fixer soigneusement l'état du marché du travail et n'orienter la jeunesse que vers les métiers à débouchés.

« Pallier à la pléthore et à l'anémie.

« Rétablir un Etat fort et indépendant, arbitre des conflits économiques. »

Quant à la définition de l'artisan, elle est à peu près donnée ainsi par l'art. 1 de la loi portant création des *Chambres des Métiers* :

« Par Maître Artisan, il y a lieu d'entendre le travailleur qui exerce un « métier manuel, à condition qu'il accomplisse le travail par lui-même, ou « avec le concours de compagnons, et sans se trouver sous la direction d'un « patron. »



Pratiquement la Confédération Générale de l'Artisanat Français (fondée en 1922) a déjà obtenu pour tous ses membres de gros avantages fiscaux, financiers et matériels. Au nombre de ceux-ci se trouvent le bien de famille insaisissable d'une valeur de 40.000 francs, le service des avances à long et court terme, l'aménagement d'une retraite supérieure à 55 ou 60 ans.

Pas plus que nous, ce puissant organisme n'a pu encore obtenir l'application de l'art. 65 de la loi de finances du 16 août 1930, qui exonère du droit proportionnel de Patente établi sur la valeur locative de nos habitations. Eh bien, voici une excellente occasion pour joindre notre revendication à celle de l'Artisanat.

Dorénavant, lorsque nous aurons à défendre nos intérêts dans l'élaboration de certaines lois, pourrions-nous compter, par exemple, sur l'appui de la Confédération des Travailleurs Intellectuels ? Quelle force représentent-ils ? Qu'ont-ils obtenu ? Nous sommes nous-mêmes peu nombreux, mais nous ne devons pas souhaiter la pléthore pour obtenir gain de cause !

Je pense donc que si nous voulons nous défendre efficacement contre les exigences du Fisc, faire aboutir les vœux exprimés par nos groupements syndicaux, nous devons nous rappeler que le Pouvoir ne cède qu'aux forts, et ne pas rester isolés corporativement. Joignons-nous à ceux qui ont obtenu par des lois ou décrets des avantages et une protection ; nous leur apporterons notre savoir et nos services.

G. GRAVIÈRE,

*Chirurgien-Dentiste,*

*Membre du Centre d'Etudes des Métiers Français.*

Les confrères qui désirent des renseignements sont priés d'écrire au *Centre d'Etudes des Métiers Français*, 30, rue des Vinaigriers, Paris (10<sup>e</sup>).

\* \* \*

*Nous tenons tout de suite à répondre succinctement à notre confrère au sujet de la Confédération des Travailleurs Intellectuels.*

*Il parle justement de l'article 65 de la loi de finances du 16 août 1930 qui exonère du droit proportionnel de patente, mais c'est la Confédération des Travailleurs Intellectuels qui défendit cet article auprès des Pouvoirs Publics et qui en obtint son incorporation dans la loi de Finances.*

*Au moment de l'application des récriminations des communes se firent entendre, tellement violentes que le gouvernement ne put maintenir cet article tout au moins provisoirement.*

*Mais la question n'est pas abandonnée par la C. T. I., qui s'en occupe toujours très activement.*

*A notre point de vue, purement professionnel, la C. T. I. nous a apporté un appui très efficace dans l'obtention du baccalauréat à la base de nos études et souvent elle nous seconda dans nos revendications auprès des pouvoirs publics.*

*Enfin ne s'offrit-elle pas comme arbitre dans notre différend avec les stoma-*

tologues, après avoir entendu l'exposé des deux thèses, et ce n'est que la carence de ces derniers qui l'obligea à se retirer du combat.

Au point de vue général, la C. T. I. prend en main la défense de tous les travailleurs intellectuels, quels qu'ils soient, et en ce moment précis ne cherche-t-elle pas à faire bénéficier des secours de chômage ces travailleurs intellectuels qui ont tout comme les ouvriers, le besoin de manger, eux et leur famille, même en temps de crise !

La C. T. I. représente cent vingt mille travailleurs intellectuels français et nous avons nous, chirurgiens-dentistes, tout intérêt à suivre ses efforts, à les aider et à en bénéficier.

Henri VILLAIN,

Membre du Comité de la C. T. I.,

Membre du Centre d'Etudes des Métiers Français.

## OFFICE DÉPARTEMENTAL DU PLACEMENT ET DE LA STATISTIQUE DU TRAVAIL

SERVICE DE PLACEMENT PARITAIRE  
DES CABINETS ET LABORATOIRES DENTAIRES

Rapport sur l'activité du Service pendant les mois d'Octobre et Novembre 1931

Comparativement à la période correspondante de l'année 1930, les opérations se répartissent ainsi :

	Demandes d'emploi		Offres d'emploi		Essais de placement		Placements effectués	
	1931	1930	1931	1930	1931	1930	1931	1930
Octobre . . . . .	205	202	65	100	94	153	44	65
Novembre . . . . .	167	128	43	81	58	113	28	52

Dans les demandes d'emploi recueillies en 1931, sont compris 10 chômeurs secourus en octobre et 16 en novembre.

Les placements effectués représentent 21,4 % des demandes d'emploi en octobre et 16,7 % en novembre ; 67,5 % des offres d'emploi en octobre et 65,1 % en novembre ; 46,8 % des essais de placement en octobre et 48,2 % en novembre.

L'examen des chiffres du tableau ci-dessus permet de constater un ralentissement sensible des opérations au cours de cet exercice. Le marasme des affaires consécutif à la crise économique actuelle a réduit considérablement l'activité dans les cabinets et laboratoires dentaires.

Comparées à 12 mois d'intervalle, les offres d'emploi s'inscrivent en diminution de 35 unités en octobre et 38 en novembre. Les placements effectués suivent cette régression et ne se chiffrent plus qu'à 44 et 28 au cours de ces deux mois, opérations inférieures de 45 unités à celles de l'exercice correspondant de l'année 1930.

Cette crise affecte surtout le personnel le plus qualifié, c'est-à-dire les premiers-mécaniciens, l'offre restant favorable aux deuxièmes et petits mécaniciens.

On remarque toutefois peu de variations dans le nombre des demandeurs d'emploi, on aurait pu penser en effet que cette situation critique aurait provoqué un afflux de demandes et motivé l'inscription d'un plus grand nombre de demandeurs au fonds de chômage. Cela tient peut-être à ce que le personnel en grande partie a dû s'orienter vers d'autres professions ou se diriger vers la province.

Le mois d'octobre marque généralement dans la profession comme une période d'activité, cette année on a assisté à un fléchissement des offres d'emploi particulièrement important : 35 de moins qu'au cours du mois correspondant de l'année 1930. Pour les premiers-mécaniciens : 18 offres n'ont permis de réaliser que 9 placements après 27 essais.

Les employeurs se sont montrés particulièrement difficiles dans le choix de leur personnel et on a constaté de leur part une tendance à offrir des salaires moins élevés. Quelques candidats présentés par le Service sont revenus avec leur carte portant la mention : Complet, les emplois ayant été pourvus avec un personnel s'étant offert directement.

De meilleurs résultats ont été obtenus pour les seconds, petits seconds mécaniciens et apprentis ; pour 36 de ces offres, on enregistre 26 placements ; 4 placements — dont un d'opératrice — ont été effectués comme chirurgiens-dentistes, les essais de 3 de ces derniers placements avaient été tentés le mois précédent.

6 offres d'emploi comme infirmières-assistantes donnent comme résultat 5 placements.

Bien que les opérations effectuées en octobre aient déjà été des plus réduites, le Service n'a pu maintenir cette activité et un fléchissement est de nouveau enregistré au cours du mois de novembre. Les offres d'emploi tombent à 43 unités et les opérations de placement ne s'inscrivent plus qu'à 28 dans le mois. La catégorie premiers mécaniciens est la plus atteinte : 3 placements seulement furent réalisés. La situation reste stationnaire pour les deuxièmes mécaniciens et apprentis, mais une diminution de 9 placements est constatée sur le mois précédent pour les petits seconds. Deux placements de professionnels — opérateurs — sont effectués.

Cette réduction sensible des opérations de placement imputable à l'aggravation de la crise économique paraît toutefois inquiétante, le Service risquant de perdre dans cette crise le bénéfice des efforts réalisés et qui avaient permis jusqu'alors l'heureux développement du Service. MM. les Membres de la Commission Paritaire ne manqueront pas, au cours de cette période difficile de rappeler en toute occasion, l'existence du Service paritaire afin que MM. les Employeurs lui réservent leurs offres d'emploi et d'inviter le personnel à lui continuer sa confiance en le fréquentant, malgré toutes les déceptions que fait naître la grave crise de chômage.

Une seule affaire de main-d'œuvre étrangère, concernant une autorisation de séjour pour un mécanicien, a reçu avis défavorable, le Service disposant de personnel.

#### COMMISSION PARITAIRE

##### *Procès-verbal de la Séance du 19 Octobre 1931*

*Présents* : MM. Haye, Président ; Bloch, Bousquenaud, Chambrillon, Frémont, Lefèvre, Noël, Pailliotin, Henri Villain.

*Excusé* : M. Echival.

*Assistent à la séance* : MM. Barrat, Touzaa.



PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 6 JUILLET 1931. — Adopté.

RAPPORT SUR L'ACTIVITÉ DU SERVICE. — *M. Barrat* commentera brièvement ce rapport qui révèle, dans son ensemble, un ralentissement d'activité par rapport à la période correspondante de l'année dernière, ralentissement dû à la crise économique qui sévit depuis quelques mois dans toutes les professions, et dont les dentistes commencent à subir les conséquences. Les demandes n'ont pas augmenté dans des proportions aussi inquiétantes que l'on aurait pu le craindre. C'est en septembre que leur nombre a été le plus élevé, ce qui a permis de faire plus d'essais de placement, étant donné que l'on disposait d'une main-d'œuvre de choix. Le chiffre des placements a marqué une progression de 14 unités sur le mois précédent, tout en restant cependant en recul sur celui de l'année 1930, et bien que les demandeurs d'emploi se soient présentés moins nombreux. On peut souligner que la situation se trouve confirmée par le fait que les premiers mécaniciens sont moins demandés que l'année dernière, à la même époque, tandis que l'offre est abondante pour les chirurgiens-dentistes. Malheureusement, pour cette catégorie, les résultats sont loin d'être satisfaisants. Ainsi, en juillet, avec 19 demandes, 18 offres et 11 essais, on réalise seulement 2 placements, alors qu'avec un nombre plus réduit d'offres pour les premiers mécaniciens, soit 14, on enregistre 10 placements.

En août, la situation s'avère beaucoup plus critique pour les premiers mécaniciens : on reçoit seulement 6 offres pour Paris et 3 pour la province. Celles de Paris sont satisfaites, tandis que pour celles de province on éprouve toujours de grosses difficultés, et ce, malgré un chômage relativement important. Les ouvriers hésitent à quitter Paris, en raison de la question du logement, ne sachant pas s'ils pourront ou non se fixer. La situation est satisfaisante pour les deuxièmes mécaniciens : 13 placements sont réalisés avec 16 offres d'emploi.

Il a été dit précédemment qu'en septembre, la situation s'était légèrement améliorée ; dans la catégorie des premiers mécaniciens, il a été réalisé 10 placements. La différence entre les offres et les placements peut paraître anormale ; elle provient du fait que l'on n'a connu qu'en septembre le résultat de deux essais tentés en août. Les offres ont diminué pour les deuxièmes et ont augmenté pour les petits seconds. Du côté des apprentis, avec 14 demandes et 8 offres, on a enregistré 6 placements ; la situation chez les chirurgiens-dentistes est toujours la même : abondance d'offres, mais résultats à peu près nuls.

*M. Barrat* croit qu'il sera difficile de vaincre les difficultés auxquelles se heurte le placement de ces professionnels, parce qu'il s'agit de jeunes gens sortant des écoles et n'ayant aucune pratique du métier. Ils ont connu le Service par les affiches et ils y sont venus, après les cours, se faire inscrire nombreux. Quand la période des vacances est arrivée, c'est-à-dire en août, ils sont partis et la petite reprise constatée en septembre annonce leur retour. Le Service regrette de ne pouvoir être vraiment utile à ces jeunes gens ; mais les dentistes qui en réclament, désireraient trouver chez eux plus d'expérience qu'ils n'en ont, c'est la raison pour laquelle ils hésitent à les engager.

*M. Touzaa* ne pense pas que, pour cette catégorie, la situation soit particulière à cette période ; il a dû en être toujours ainsi, car il doit y avoir un départ toujours difficile entre le diplôme et le moment où l'on peut s'imposer à la clientèle.

*M. Villain* rappelle que tout de même, en période normale, ils parvenaient à se caser plus ou moins facilement peut-être, mais enfin ils y arrivaient. Aujourd'hui, en raison de la crise économique, qui atteint les dentistes comme tous autres, ils éprouvent plus de difficultés, parce que les employeurs préfèrent une main-d'œuvre ayant déjà de la pratique.

*M. Villain* demande comment se présente la situation, du côté féminin.

*M. Barrat* répond que les opérations ont été peu actives ce dernier trimestre. En juillet, on a inscrit 3 chirurgiens-dentistes, une offre, un essai et pas de placement ; en août, pas un seul chiffre et en septembre : 8 demandes, une offre, un essai sans résultat.

*M. Lefèvre* voudrait savoir si le placement féminin est subordonné à l'offre de l'employeur spécifiant qu'il désire occuper une femme, parce qu'il peut arriver, en effet, qu'un dentiste demande bien un préparateur, mais qu'il consente à la rigueur à prendre une femme.

*M. Barrat* doit dire que le Service reste en contact avec l'employeur qui lui a passé une offre de préparateur ; si, après plusieurs essais infructueux, on n'a pas l'opérateur répondant aux conditions posées, mais que, du côté féminin, l'on dispose d'un élément qualifié, ayant quelques années de métier, on le présente. Il ajoute que, parfois, des employeurs, surtout ceux de province, passent des offres, indifféremment pour l'un ou pour l'autre.

*M. Villain* n'ignore pas qu'en général on préfère les hommes.

*M. le Dr Bloch* rappelle qu'autrefois il y avait des opérateurs conduisant le laboratoire, et qui étaient en même temps mécaniciens ; cela n'existe plus aujourd'hui.

*M. Barrat* croit que l'on exigeait d'eux surtout des qualités techniques, tandis que, maintenant, on leur demande, en plus de la technicité, de la correction et une bonne présentation.

*M. Villain* signale que l'on fait des articles pour leur montrer comment recevoir la clientèle, ce qui n'est pas de leur ressort, d'ailleurs.

*M. Barrat* a vu, dans les écoles que fréquentent ces jeunes praticiens, que l'éducation commerciale prenait en effet une place au même titre que la technicité du métier.

*M. Villain* souligne que c'est une éducation de pratique surtout. Il pense d'ailleurs que les offres provenant des boutiques portent l'indication : préparateurs susceptibles de pouvoir faire des affaires.

*M. Barrat* confirme que ces offres portent généralement : le salaire est de X..... plus X % sur les affaires.

A propos de la main-d'œuvre étrangère, *M. Barrat* appelle l'attention de la Commission sur l'avis favorable qui a été donné pour un professionnel connaissant certaines spécialités. A cet effet, il communique la réponse adressée au Service par l'employeur, à la suite de la circulaire habituelle qui lui a été envoyée, à l'occasion de sa demande d'autorisation.

*M. Barrat* doit avouer que le Service a été très embarrassé au reçu de cette réponse et qu'il n'a donné cet avis favorable qu'après avoir consulté les mécaniciens sur le point de savoir s'ils connaissaient les spécialités en question ; c'est sur leur réponse négative que le Service s'est vu obligé de trancher dans le sens affirmatif.

La Commission est unanime à reconnaître que les raisons invoquées par le patron sont un prétexte pour obtenir l'autorisation sollicitée, car les spécialités dont il fait mention dans sa lettre n'existent pas. Elle proteste contre l'avis qui a été donné et demande qu'à l'avenir, en présence de cas de cette nature, le Service téléphone à l'un des membres de la Commission, soit patron, soit ouvrier, pour le consulter, ou bien qu'il soit sursis au renvoi de l'affaire au Ministère, jusqu'à ce que, réunie en séance plénière, la Commission soit appelée à trancher.

*M. Touzaa* écrira tout de même au Ministère du Travail pour lui faire part de la protestation de la Commission et pour lui demander de revenir, si possible,



sur l'avis, ou tout au moins de limiter au strict minimum l'autorisation accordée.

*M. Villain* fait observer que cette décision est d'autant plus regrettable qu'il y a des ouvriers français sans travail sur la Place.

*M. Barrat* donne communication des opérations enregistrées du 1<sup>er</sup> au 17 octobre, qui ne marquent pas une amélioration bien importante ; néanmoins, on a inscrit 31 offres d'emploi. Il semble que la catégorie des premiers mécaniciens reprenne un peu d'activité ; en effet, on a reçu 8 offres pour premiers, 5 pour seconds, 7 pour petits seconds, 5 pour apprentis, 5 pour chirurgiens-dentistes, dont 4 pour la province. Jusqu'ici, on a réalisé 15 placements : 4 premiers, 2 deuxièmes, 3 petits seconds, 3 apprentis, 3 chirurgiens-dentistes. Un essai, tenté en août pour le placement d'une femme chirurgien-dentiste, a donné un résultat favorable ; on a placé également 5 infirmières, ce qui fait en tout 21 placements.

*M. Villain* constate qu'il y a tout de même une légère reprise.

*M. Barrat* confirme que la semaine qui vient de s'écouler a été bonne, tandis que la précédente, au contraire, avait été mauvaise.

*M. Touzaa* donne quelques indications rapides sur le chômage et signale que le nombre des chômeurs secourus était au 3 octobre de 24.700 ; la semaine dernière, il est monté à 27.810, soit une augmentation de 3.100. Il est à prévoir que la fermeture de l'Exposition aggraverait la crise de chômage, en ce sens que, d'une part, tout le personnel qui y est occupé va se trouver du jour au lendemain sur le pavé et que, d'autre part, les travailleurs qui sont venus de province, attirés par cette manifestation, et qui ont trouvé à s'employer pendant cette période, ne voudront pas repartir ; ils viendront donc s'ajouter aux chômeurs parisiens. Aussi, est-il à craindre que les mois à venir ne voient monter de façon inquiétante la courbe du chômage.

*M. Villain* doit dire que les dentistes ne sont jamais les premiers touchés, mais qu'ils le sont par la suite ; à l'heure actuelle, il est clair qu'ils subissent les répercussions de la crise.

*M. Touzaa* ajoute que si les autres pays ne poursuivaient pas la montée on pourrait dire que la France est touchée par répercussion ; malheureusement, ce n'est pas cela. Les pays sont solidaires les uns des autres, de sorte que si, mondialement, la crise se dénouait, la confiance renaîtrait et l'industrie et le commerce reprendraient, parce qu'on ne se passera pas toujours de certaines fournitures.

Pour *M. le Président*, la situation est terrible, car il ne voit pas de solution immédiate.

*M. Lefèvre* voudrait obtenir quelques précisions au sujet du rapport : d'une part, l'examen des opérations relatives au placement des chirurgiens-dentistes l'avait un peu surpris, il ne comprenait pas qu'il y ait autant d'essais infructueux. *M. Barrat* a donné les raisons de cet échec ; en général, les patrons préfèrent des jeunes gens ayant un peu plus de pratique dans le métier. D'autre part, il s'agit du placement des apprentis : en effet, dans la statistique de juillet, on voit qu'avec 8 demandes, 12 offres et 4 essais, il a été réalisé deux placements. Or, on a toujours dit ici que l'on manquait d'apprentis, qu'il faudrait songer à en former. *M. Lefèvre* avoue ne pas comprendre un tel échec, pour un seul mois, dans cette catégorie.

*M. Barat* explique que le Service inscrit souvent les mêmes demandeurs, de sorte que si, en juillet, ce sont les jeunes gens, dits « instables » qui se sont présentés et si les offres émanaient des maisons où ces jeunes gens étaient déjà connus, il n'a pas été possible de faire plusieurs essais.



*M. Barrat* a relevé, à l'intention de la Commission, les placements effectués dans la catégorie des apprentis depuis le début de l'année : sur 70 qui ont été pourvus d'un emploi, 28 ont été placés une fois ; on peut considérer que la moitié à peu près se présentaient pour la première fois au bureau, mais qu'ils avaient déjà travaillé ; ils ne sont pas revenus depuis. Trois ont été placés deux fois ; un a été placé trois fois, mais cinq sont à leur quatrième placement et un à son cinquième. Il est évident que lorsque le Service dispose d'une telle main-d'œuvre, il ne peut rien tenter, car ces jeunes gens sont passés presque partout, et les offres émanent souvent des mêmes employeurs. On a constaté que le chirurgien-dentiste a passé, pendant cette période de 10 mois, un chiffre d'offres plus élevé que le façonnier ; il en a été inscrit, en effet, 44 pour chirurgiens-dentistes, et 16 pour façonniers, ceux-ci demandant surtout des jeunes gens déjà débrouillés.

*M. Villain* fait observer que les façonniers sont beaucoup moins nombreux que les dentistes, mais emploient dans leurs laboratoires un certain nombre de mécaniciens, tandis que les dentistes n'en emploient généralement qu'un seul.

*M. Barot* dit qu'ils absorbent plus de main-d'œuvre.

*M. Villain* ajoute qu'ils n'ont pas proportionnellement autant d'apprentis que de mécaniciens.

*M. Noël* indique qu'ils ont surtout besoin de petits seconds.

*M. Barrat* a remarqué que quand un petit mécanicien sort d'apprentissage, il fait un stage chez le façonnier. Il doit ajouter que parmi les petits seconds, l'un d'eux est inscrit au Service depuis 1929 ; il en est à son 35<sup>e</sup> essai de placement. Il est venu comme apprenti, il a été accepté 15 fois et refusé à toutes les autres places. Cet exemple permet de se rendre compte des difficultés auxquelles se heurte le Service, quand il se trouve en face d'éléments de cette nature.

CONTRAT. — *M. le Président* rappelle à la Commission que, sur la proposition de *M. Touzaa*, il avait été décidé, lors de la dernière séance, que la question d'apprentissage pourrait être étudiée d'après un type de contrat mis en vigueur dans certaines sections de l'Office. Ce projet a été adressé, comme convenu, à chacun des membres de la Commission, pour qu'il puisse l'examiner à l'avance et apporter de nouvelles suggestions, le cas échéant.

*M. Lefèvre* déclare que, dans l'ensemble, ses collègues et lui-même approuvent ce texte, à part quelques modifications de détail sur certains points, notamment en ce qui concerne les articles 2 et 4, pour lesquels il demande quelques adjonctions qu'il signale.

*M. Villain* n'avait pas compris ainsi la question et il ne pourrait s'y rallier sans en avoir référé à ses mandants, car il estime que si l'on entre dans cette voie, c'est toute la discussion de la charte d'apprentissage qui revient à l'ordre du jour. Or, si cette charte a été acceptée par certains des groupements intéressés, elle a été rejetée par d'autres, de sorte que finalement elle n'a pas été adoptée définitivement.

*M. Villain* pensait qu'au sein de cette Assemblée, dont les seules attributions sont la gestion et l'organisation du placement dans la profession, on ne se lancerait pas dans une charte, mais simplement dans un règlement très succinct qui dirait les droits et devoirs des patrons et des apprentis, sans entrer dans le détail. Or, dans le projet qui est soumis à la Commission, il s'agit de loi, de textes du Code du travail, qui ne sont pas applicables aux professions libérales. Donc, l'obligation du contrat d'apprentissage, c'est-à-dire l'application de la loi de mars 1928, ne peut être imposée aux dentistes.

*M. Villain* doit, étant donné qu'il remplit ici un mandat déterminé, songer à ses confrères et ne pas se lancer dans des discussions ou prendre des décisions

qui pourraient ne pas être approuvées par eux et qui seraient susceptibles peut-être d'engager la profession tout entière. Il a été question dans la charte d'apprentissage des articles de loi dont il est fait mention dans ce projet de contrat, sans toutefois spécifier qu'il s'agissait de telle loi. Si donc, la Commission prend certains de ces articles discutés à cette époque, elle rentrera fatalement dans la discussion complète de la charte.

*M. Touzaa* rappelle qu'il avait proposé ce texte, dont on se sert déjà dans d'autres professions, pour mettre fin à une discussion qui menaçait de s'éterniser et d'arriver peut-être à une rupture qui eût été plutôt regrettable. Le Service qui a établi ce projet ne s'est pas du tout inspiré du travail auquel fait allusion *M. Villain*, mais il le répète, de ce qui existe dans d'autres Services.

*M. Touzaa* n'avait pas promis un travail définitif ; il avait simplement proposé d'apporter un peu de lumière dans une discussion où il n'y en avait pas.

Il ne faut pas oublier, dit-il, que la Commission paritaire ne doit pas envisager seulement l'intérêt de la profession ; elle doit surtout s'efforcer de gérer son Service au mieux, pour pouvoir donner satisfaction à tous ceux qui s'y adressent. Or, elle a constaté qu'il était temps, pour l'avenir même de la profession, de mettre un terme aux abus dont se rendent coupables les jeunes gens qui ne poursuivent pas leur apprentissage et certains patrons qui favorisent, en quelque sorte, cette instabilité, en demandant des jeunes ouvriers ayant quelques mois de métier. Le moment est venu d'agir ; tous ici l'ont reconnu, à différentes reprises, car il n'est pas admissible que les uns organisent la profession pour permettre à d'autres d'en profiter, pour le plus grand mal d'ailleurs du métier lui-même et de l'enfant.

*M. le Dr Bloch* juge que quelques principes découlent de cet exposé. Puisque les professions libérales ne sont pas assujetties aux lois du travail, il conviendrait, pour remédier à la crise que tout le monde déplore, d'établir ici un dispositif favorable à l'apprentissage ; chacun en référerait ensuite à son organisation particulière. De l'avis du *Dr Bloch* on pourrait y introduire quelques dispositions relatives à l'hygiène, celle-ci laissant à désirer dans certains laboratoires, et même aux conditions dans lesquelles on peut se priver des services d'un employé, par exemple, car les dentistes ne tombent pas sous la juridiction des prud'hommes. On pourrait envisager, en outre, dans un centre comme Paris, la question d'orientation professionnelle et de cours professionnels. La Ville a organisé des cours de tous genres, dont certains sont infiniment moins utiles que ne pourraient l'être ceux-là et qui offrent moins de débouchés. Il serait extrêmement intéressant que tout le monde se mit d'accord pour instituer une école professionnelle, dont les cours n'absorberaient pas, bien entendu, toute la journée de l'apprenti, mais qui permettraient de maintenir l'enseignement dans un centre qualifié au lieu de le voir disséminé dans certaines écoles, dites commerciales.

*M. Lefèvre* constate que la discussion a dévié et propose de reprendre la question comme elle doit l'être ; du côté ouvrier, on a fait observer antérieurement que si l'on faisait appel au public pour l'apprentissage, il serait indispensable de donner des garanties aux intéressés, pour éviter que les enfants, roulant de place en place, n'apprennent rien et se trouvent éliminés des maisons, en raison du nombre trop important de places qu'ils auraient faites. Le seul moyen de mettre fin à cet état de choses *existant* — on en a pour preuve la fiche communiquée tout à l'heure par *M. Barrat* — est de lier les deux parties par un contrat. Il faut bien avouer que si l'apprenti, par suite de son instabilité, n'apprend rien, le patron lui-même est victime de cette situation, puisque, au



moment où il va tirer quelques bénéfices légitimes de l'apprenti, celui-ci va rendre ailleurs les services que le patron était en droit d'attendre de lui.

*M. Lefèvre* et ses collègues sont bien obligés de reconnaître que la loi de mars 1928 n'est pas applicable à la profession et que le contrat, obligatoire dans un certain nombre de catégories, ne l'est pas chez les dentistes ; il semble, par conséquent, inutile de discuter sur ce point. Il s'agit simplement d'arrêter un modèle de contrat qui, signé par les deux parties, aurait une valeur, et pourrait donner satisfaction à tous ceux qui s'intéressent à la question. C'est cette signature qu'il s'agit d'obtenir des patrons et des apprentis qui s'adresseront à l'Office, et pas autre chose. Il apparaît à *M. Lefèvre* que si la Commission est d'accord sur le principe, elle peut examiner le projet qui lui est présenté par *M. Touzaa*, car tel qu'il est, ce projet n'est qu'un minimum et ne fait que réfléter ce qu'est un contrat dans d'autres professions.

*M. Chambrillon* tient à souligner qu'il ne s'agit pas de l'organisation définitive de l'apprentissage professionnel, mais simplement d'un contrat entre le patron et l'apprenti qui viendraient à l'Office. A son avis, il n'y a aucun inconvénient à arrêter un texte le plus rapidement possible.

*M. le Dr Bloch* ne sait pas si tous les professionnels sont très désireux de se lier par contrat.

*M. Touzaa* déclare que l'on désire mettre fin à des abus, et propose de décider que ceux qui ne voudront pas se laisser lier par contrat n'auront plus d'apprentis par l'Office.

*M. le Dr Bloch* fait observer que si le fichier des apprentis est parfaitement tenu, un patron qui désire un jeune homme peut être renseigné sur le nombre de places occupées par ce dernier et il est évident que s'il en a fait beaucoup, il sera handicapé pour le placement. *M. Bloch* doit dire, en effet, que personnellement, il refuserait un apprenti qui posséderait au Service une fiche semblable à celle qui vient d'être communiquée ou qui serait déjà passé dans plusieurs maisons. Toutefois, il estime que la stabilité d'un employé peut être jugée, non pas par le nombre des patrons, mais par le temps passé dans chaque maison ; on peut donc être édifié sur la moralité d'un employé, sans être lié par contrat avec lui.

*M. Lefèvre* a relevé dans l'intervention du *Dr Bloch* que celui-ci ne prendrait pas un apprenti qui aurait fait plusieurs places ; malheureusement à l'heure actuelle, ce sont surtout ces jeunes gens que l'on trouve sur le marché du travail, parce qu'ils ne sont tenus par aucun engagement pendant leur apprentissage. Par exemple, un patron prend un débutant, il se dévoue pour lui enseigner son métier ; au bout d'un an, souvent en moins de temps, que se produit-il ? L'apprenti va au bureau et demande un emploi de petit mécanicien ; il se place à ce moment-là dans une autre maison, de sorte que les services qu'il devait rendre au patron qui l'a formé, il les rend ailleurs.

*M. le Dr Bloch* dit que ce n'est pas spécial à leur profession, et que cela se pratique dans beaucoup d'autres industries. Ou l'apprenti se fait renvoyer, ou il se place ailleurs comme professionnel. Pour sa part, *M. Bloch* refuserait un apprenti avec un contrat, car il estime qu'il vaut mieux laisser à chacun sa liberté.

*M. Lefèvre* et ses collègues ne pensent pas qu'un apprenti qui, peu de temps après son entrée en apprentissage, cherche une nouvelle place où il gagnera un peu plus et où il sera spécialisé, apprendra réellement son métier ; pour eux, l'apprentissage commence un jour et finit trois ans après.

*M. le Dr Bloch* estime que l'on ne peut pas fixer de limite ; un individu peut



connaître son métier plus rapidement qu'un autre et être adapté très vite à des travaux supérieurs.

*M. le Président* fait observer que si la discussion se poursuit sur le terrain où elle est engagée, on risque de ne pas aboutir, puisque chacun paraît vouloir rester sur ses positions. Du côté patronal, on ne semble même pas disposé à discuter ce texte, qui pourrait, dit-on, engager la profession, tandis que du côté ouvrier on l'admettrait sous réserve de certaines adjonctions. Puisqu'il en est ainsi, *M. le Président* propose que patrons et ouvriers essayent, chacun de son côté, de trouver une formule plus simple qui serait envoyée, à l'avance, à la Direction de l'Office, laquelle ferait procéder à un tirage, de façon à pouvoir discuter les deux textes, lors de la prochaine séance.

*M. Lefèvre* déclare qu'à son avis il n'est pas possible de réduire davantage le texte d'un contrat et il ne croit pas pouvoir trouver une formule plus simple.

*M. Villain* juge que pour établir un contrat sérieux, il faudrait tout d'abord se mettre d'accord.

*M. le Président* souligne qu'il n'est pas dit que ce contrat sera fatalement et forcément accepté par toutes les Chambres syndicales qui sont représentées ici. Il s'agit d'un contrat type qui permettra aux employeurs de demander des apprentis au Service et d'en obtenir, à la condition qu'ils le signeront et qu'ils se porteront ainsi garants de la stabilité de ces apprentis qui auront signé eux-mêmes cet engagement.

*M. Villain* dit qu'il n'en est pas moins vrai que les organisations syndicales seront ainsi engagées.

*M. le Président* estime que si ce contrat entre dans les mœurs, rien ne dit que les sociétés ne l'admettront pas. Il faut bien reconnaître tout de même que le patron qui a formé un apprenti et qui le voit disparaître, perd le bénéfice de l'apprentissage qu'il lui a fait faire ; cela n'est pas naturel. Mais ce qui l'est encore moins, c'est qu'un jeune homme qui a appris son métier pendant trois mois dans une maison, quitte celle-ci pour aller dans une autre et roule ainsi de place en place pour, finalement, ne rien apprendre. On veut arriver à former un apprenti dans des conditions déterminées, pendant une durée déterminée et l'on veut que celui qui l'a formé puisse répondre de cette formation ; pour atteindre ce but, il est indispensable de leur faire signer un papier les liant l'un à l'autre.

Si *M. Chambrillon* comprend bien, il est entendu que ce projet ne constituerait pas la charte d'apprentissage de la profession ; ce serait un contrat de placement entre particuliers.

*M. Touzaa* dit qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un contrat, mais simplement d'un engagement qui serait signé par les deux parties, et qui les lierait l'une à l'autre pendant la période d'apprentissage, dont la durée serait à déterminer. Si la Commission se mettait d'accord, le Service ne consentirait plus à placer des apprentis ou à fournir ce genre de personnel à ceux qui ne voudraient pas le signer.

*M. Villain* craint que, par ce système, on éloigne les professionnels du Service de placement, alors que le but poursuivi est de les y attirer le plus possible. Beaucoup passent encore à côté, ils s'adressent aux fournisseurs ou bien à la publicité des journaux, à la *Semaine Dentaire* en particulier. Si donc, on oblige ces réfractaires, il faut dire le mot, qui à la suite de différentes pressions viendront, contraints et forcés, demander des apprentis, si on les oblige à signer un engagement, ils s'éloigneront bien vite et, d'autre part, ils reprocheront à leurs collègues faisant partie de la Commission d'avoir institué une telle formalité. L'élément patronal est le premier à avoir organisé quelque chose pour

l'apprentissage, qui fonctionne sous la responsabilité de l'Enseignement technique ; si l'élément ouvrier était d'accord avec lui, peut-être cela marcherait-il mieux, car il est regrettable que cet effort ne puisse être fait en parfait accord entre tous les intéressés.

*M. le Président* demande quels sont les points sur lesquels il y a divergence de vue ?

*M. Noël* répond : le titre seulement.

*M. Barrat* fait observer qu'il ne faudrait pas perdre de vue l'intérêt du Service ; celui-ci est souvent embarrassé quand des parents, désireux de mettre leur enfant en apprentissage, voudraient obtenir des explications sur les conditions de cet apprentissage, sur les garanties qu'il leur donne, etc... Le Service professionnel, qui devrait pouvoir répondre, n'a aucune indication lui permettant de remplir ce rôle ; il est évident qu'un tel contrat, élaboré par la Commission, lui faciliterait sa tâche et ne laisserait pas aux parents la mauvaise impression que, fatalement, ils doivent avoir du Service.

*M. Touzaa* signale que l'Office a organisé un service de placement pour le Spectacle et que la Commission paritaire intéressée s'est mise d'accord pour un type de contrat provisoire qui suffit à garantir l'artiste et le Directeur, au moins dans les directives générales ; ce système fonctionne depuis plusieurs années et donne satisfaction. La Commission des dentistes peut-elle arriver à fournir également les éléments d'un contrat plus succinct ? Telle est la question qui se pose aujourd'hui.

*M. Lefèvre* déclare qu'il ne peut fournir rien de plus succinct que le projet qui leur a été adressé.

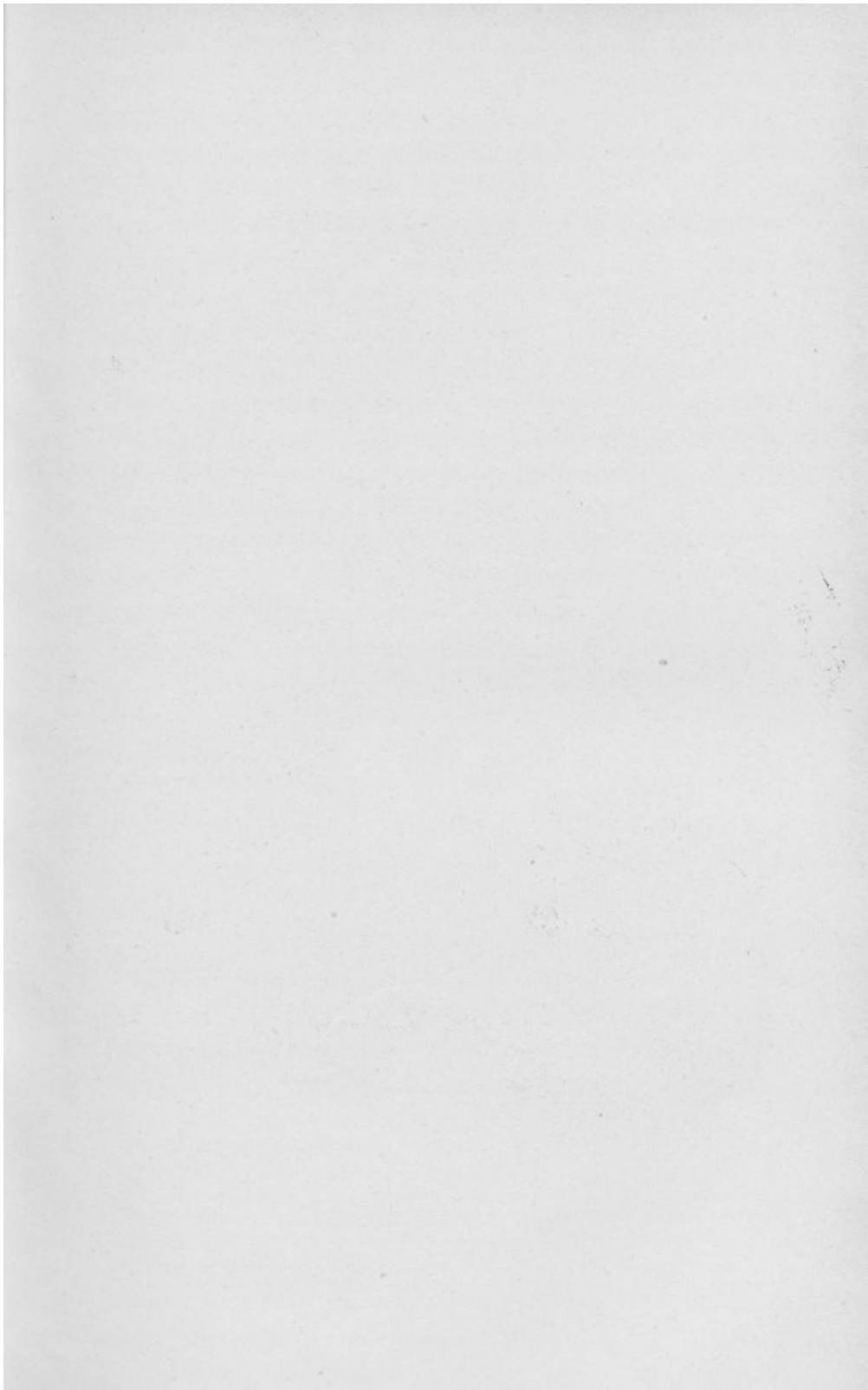
*M. le Président* résume la question qui, à son avis, est très simple : puisqu'il n'y a rien, il faut établir quelque chose, il faut un commencement, donc de la bonne volonté et non pas des exigences extraordinaires. S'il y a un commencement, on peut arriver à une conclusion, tandis que s'il n'y a rien, c'est le néant. Il demande aux uns et aux autres de ne pas se montrer intransigeants, d'étudier au contraire ce qu'ils peuvent faire pour arriver à un résultat que tous croient nécessaire, indispensable même, pour l'avenir de la profession. Il insiste tout particulièrement pour que cette question d'apprentissage soit enfin mise au point et pour que, par un effort conjugué, un projet de contrat puisse être arrêté lors de la prochaine réunion.

*M. le Président* demande ensuite à la Commission d'examiner s'il y a lieu, pour elle, de changer le jour de ses réunions, comme suite au désir manifesté par *M. Echival*, dans sa lettre d'excuse.

Après un échange de vues, la Commission se prononce pour le maintien du lundi et fixe au 21 décembre sa prochaine réunion.

La séance est levée.

---







ALFRED PREVEL (1856-1931)

## NÉCROLOGIE

## ALFRED PRÉVEL

Nous avons le très grand regret d'enregistrer le décès de notre excellent confrère Alfred Prével, survenu le 30 décembre, à l'âge de 75 ans.

C'était un des plus anciens membres de notre Groupement, dont il faisait partie depuis 1882. Entré dans le corps enseignant de l'École Dentaire de Paris comme démonstrateur en 1885, il fut nommé chef de clinique la même année et admis à l'honorariat en 1905. On lui doit un certain nombre de publications.

Ses obsèques ont eu lieu le 2 janvier, à 10 heures du matin. MM. G. Viau et Roy y représentaient le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Au cimetière Montmartre, M. le Dr Roy a prononcé les paroles suivantes :

« Bien qu'il fût d'une modestie que je qualifierai d'exagérée, car c'était un praticien très habile, instruit et des plus consciencieux, je ne veux pas laisser partir mon vieil ami Prével sans lui adresser un dernier adieu au nom du Groupement de l'École Dentaire de Paris et de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France, auquel il appartenait depuis plus de 50 ans.

« Diplômé de l'École en 1882, c'est-à-dire de la 2<sup>e</sup> promotion, Prével a fait partie de son corps enseignant comme démonstrateur et comme chef de clinique et nombre de confrères déjà âgés lui doivent une partie de leur instruction professionnelle.

« Il était un des plus assidus aux séances de la Société d'Odontologie de Paris, à laquelle il a présenté plusieurs communications marquées au coin de sa grande expérience.

« Membre pendant plusieurs années et à plusieurs reprises des Conseils d'Administration de l'École et de l'Association, il apportait ses sages conseils dans nos assemblées.

« Mon cher Prével, Madame et Monsieur Estrabat, dans la profonde douleur que vous éprouvez aujourd'hui, vous pouvez avoir du moins la consolation de penser que le souvenir de votre père restera profondément gravé dans le cœur de tous les confrères qui l'ont connu, je vous en apporte l'assurance en qualité de vieil ami de votre père depuis plus de 40 ans et je lui adresse avec tout mon cœur, un suprême adieu. »

\* \* \*

Notre confrère M. Geoffroi, membre du Conseil d'Administration de l'École Dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme.

\* \* \*

Notre confrère, M. G. Chomont, démonstrateur à l'École Dentaire de Paris, vient d'être éprouvé par le décès de son père, survenu le 10 janvier, dans sa 71<sup>e</sup> année.

Nous adressons à nos confrères et à leur famille, nos très sincères condoléances.

## NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Nous relevons, avec grand plaisir, dans le *Journal officiel* du 1<sup>er</sup> janvier, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de M. Louis-Eugène Milcent, dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe de réserve à la région de Paris, 25 ans de services, 5 campagnes (a été cité) et de M. Elias Vais, dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe de réserve à la région de Paris, 17 ans de services, 5 campagnes (a été blessé et cité).

Nous relevons également avec grand plaisir dans le *Journal officiel*, des 13 et 14 janvier, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de MM. Fabret (Nice), Ferrand (François), Raymond (Joseph), Rousset (Pierre) et Tacail, chirurgiens-dentistes, membres de l'A.G.S.D.F.

Rappelons que M. Vais est professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Fabret est l'auteur de nombreuses publications et un habitué de toutes les manifestations scientifiques professionnelles.

M. Ferrand est membre du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris depuis 1902 (professeur).

M. Raymond est également membre du corps enseignant de cette école depuis 1911 (démonstrateur).

M. Tacail a été, de même, membre de ce corps enseignant pendant dix ans ; il dirige actuellement avec compétence le Service d'Orthodontie à l'Ecole Odontotechnique.

Nous adressons à tous nos vives félicitations.

---

**Nomination.** — Nous avons le plaisir d'apprendre que M. le Dr Bonnet-Roy a été élu président de la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Nous lui adressons nos félicitations.

---

**A. F. A. S.** — Le Congrès de l'A. F. A. S. en 1932 aura lieu à Bruxelles, du 25 au 30 juillet. Rappelons qu'il comprend une section d'Odontologie (la XIV<sup>e</sup>).

---

**Nouveau Journal.** — Nous avons reçu *El Momento Odontologico*, publié mensuellement par la Editora Estudiantil Odontologica à Mexico, Peru 32 (Directeur : Guillermo Alvarez).

---

**En Bulgarie.** — Le Comité de rédaction du *Zubolekaraki Pregled* est ainsi constitué depuis la dernière réunion annuelle de l'Union des Chirurgiens-Dentiste de Bulgarie : MM. K. Tutundjian, Dr J. Nachmias, Dr B. Kalaptchicff.

---

**Errata.** — Par suite d'une erreur d'impression sur la couverture, reproduite à la première page, le volume indiqué pour la collection de l'*Odontologie* en 1931 était LII, au lieu de LXIX. Pour 1932 le numéro du volume est donc LXX, comme c'est imprimé dans le présent fascicule.

N<sup>o</sup> de décembre, p. 837, 15<sup>e</sup> ligne, lire M<sup>lle</sup> Delarbre, CHEF DE CLINIQUE, au lieu de démonstrateur.

---

**Avis.** — L'Ecole Dentaire de Paris désire acquérir pour sa bibliothèque le *Traité de Prothèse* de M. Léger-Dorez, neuf ou d'occasion, publié chez Ash en 1920. — Prière de faire des offres par lettres.



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### OBSERVATION ANATOMOPATHOLOGIQUE MACRO ET MICROSCOPIQUE D'UN ÉPITHÉLIO-GRANULOME MICROKYSTIQUE HÉMORRAGIQUE

Par le Dr DELATER,  
Chef du Laboratoire de Bactériologie de l'E. D. P.,  
et M. P. LEQUATRE,  
Étudiant en Chirurgie dentaire de l'E. D. P.

616.002 7

Afin de placer notre observation dans le cadre qui lui convient, il est utile de rappeler quelques généralités.

Les kystes dentaires proviennent des débris épithéliaux étudiés par Malassez et Galippe. Au cours d'une infection au voisinage de ces débris, ces derniers, irrités, prolifèrent dans un tissu conjonctif lâche, infiltré de mononucléaires et donnent naissance à de petites néoformations, « les épithélio-granulomes ». C'est l'un d'eux qui, dans certains cas, par une vacuolisation interne, va devenir le point de départ du kyste dentaire.

Par quel processus le kyste se forme-t-il ? Par quel processus la vacuolisation du granulome se produit-elle ?

Actuellement deux théories se trouvent en présence :

La plus récente, celle du Dr Crocquefer, prétend qu'il y a dégénérescence cholestérinique.

Pour le Dr Delater, depuis 1924, il y a, dans la masse, rupture de capillaires, d'où hémorragies provoquant la dislocation et la mort des tissus centraux.

Ceci dit, nous pouvons aborder utilement notre observation.

\*  
\* \*

Une prémolaire inférieure infectée au 4<sup>e</sup> degré était en traitement lorsqu'une radiographie ayant été prise, on remarqua, à l'extrémité de la racine, une zone de raréfaction osseuse et deux cercles concentriques coiffant l'apex. L'extraction fut décidée.

La dent enlevée présentait appendues à son extrémité deux petites masses soudées entre elles, englobant un apex érodé. Ces tumeurs étaient lisses et encapsulées, de consistance molle, de couleur blanc jaunâtre.

Leur dissection révéla l'existence d'un petit hématome à l'intérieur de chacune d'elles et précisa d'autre part que les deux masses correspondaient chacune à l'apex érodé de deux racines accolées.

\*  
\* \*

Chaque masse coupée au microtome, colorée à l'hématéine-éosine, puis examinée au microscope, présente deux parties distinctes, l'une centrale, disloquée, l'autre périphérique formant enveloppe. La partie centrale comprend une lumière étroite et fantaisiste séparée par une bordure épithéliale malpighienne d'un tissu conjonctif lâche dans lequel elle s'invagine en de nombreux prolongements. A l'extérieur, une capsule de tissu conjonctif dense et fibreux limite cette masse centrale infiltrée de leucocytes. Mais il faut noter le contraste entre l'infiltration de l'épithélium où l'on distingue très bien les noyaux morcelés des polynucléaires et celle du conjonctif où l'on reconnaît des mononucléaires plasmocytes caractéristiques avec leur noyau excéntrique et granuleux.

L'épithélium central, nous l'avons dit, borde une lumière étroite et fantaisiste. Sur les coupes on voit de larges fentes et espaces blancs séparant des îlots conjonctifs bourrés de vaisseaux sanguins, bien circonscrits et entourés d'une mince couche d'épithélium. Ces espaces blancs sont salis par des cellules épithéliales de grande dimension, par des polynucléaires et des globules rouges provenant de la rupture des capillaires conjonctifs. Il est à noter en effet que ces derniers, parvenus jusque dans le tissu épithélial, n'en sont bien souvent séparés que par de fins linéaments conjonctifs au point de paraître quelquefois disposés directement au contact de l'épithélium. Ils sont ainsi mal soutenus latéralement et peuvent se rompre sous l'influence de

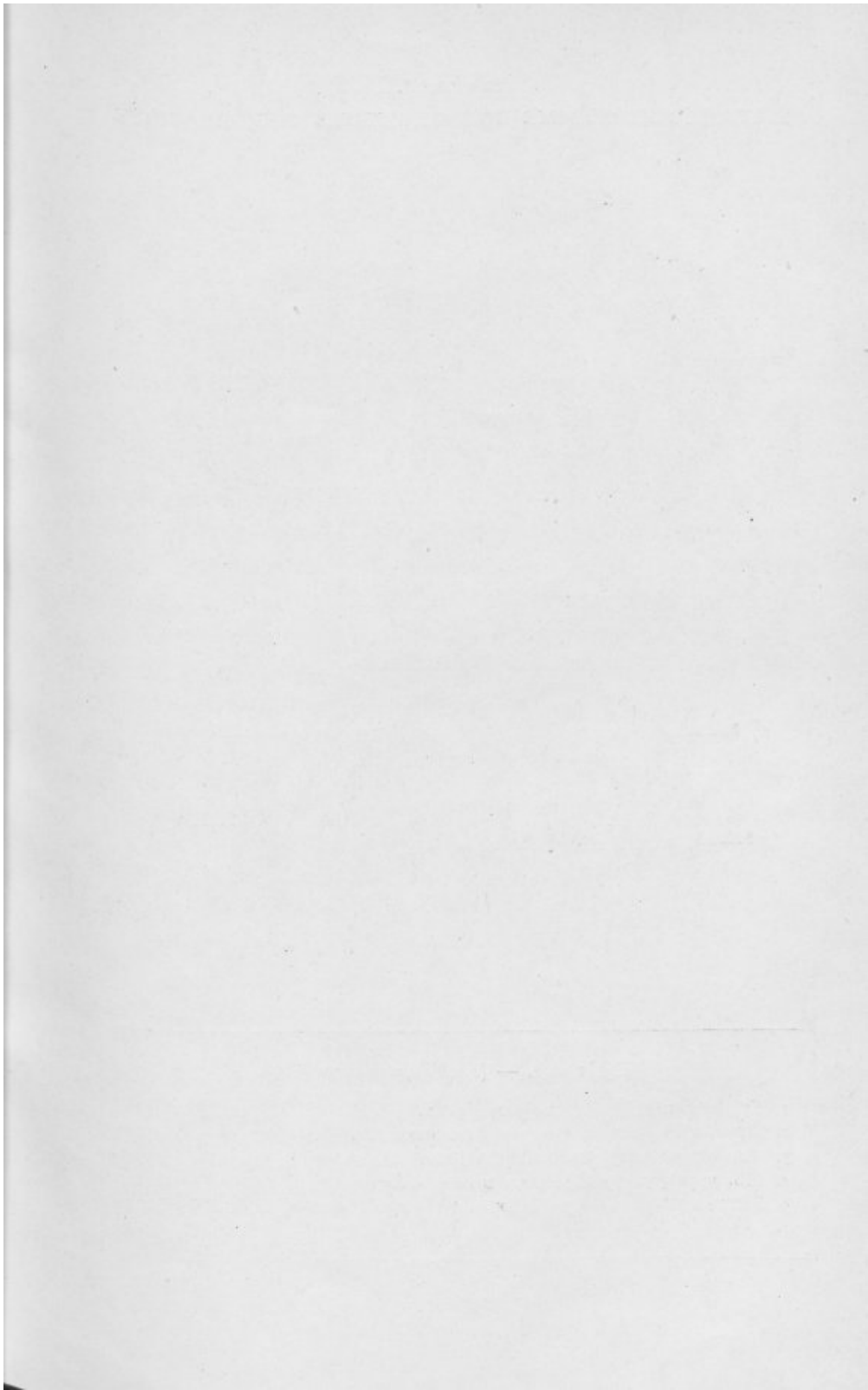




PLANCHE I.  
ÉPITHÉLIO-GRANULOME MICROKYSTIQUE HÉMORRAGIQUE

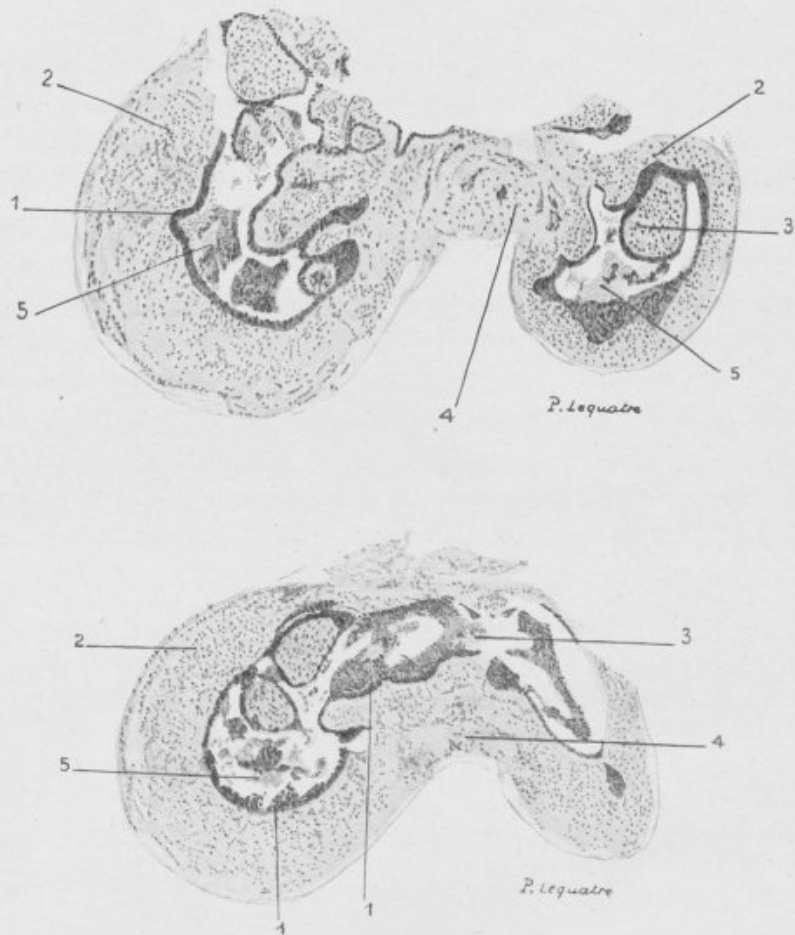


Fig. 1 et 2. — (Faible grossissement.)

1. Épithélium infiltré de polynucléaires.
2. Capsule conjonctive, bourrée de mononucléaires.
3. Nod conjonctif entouré d'épithélium.
4. Fibres conjonctives coupées transversalement.
5. Sang et globules rouges entourant presque entièrement et disloquant l'îlot n° 3.

PLANCHE II.  
ÉPITHÉLIO-GRANULOME MICROKYSTIQUE HÉMORRAGIQUE

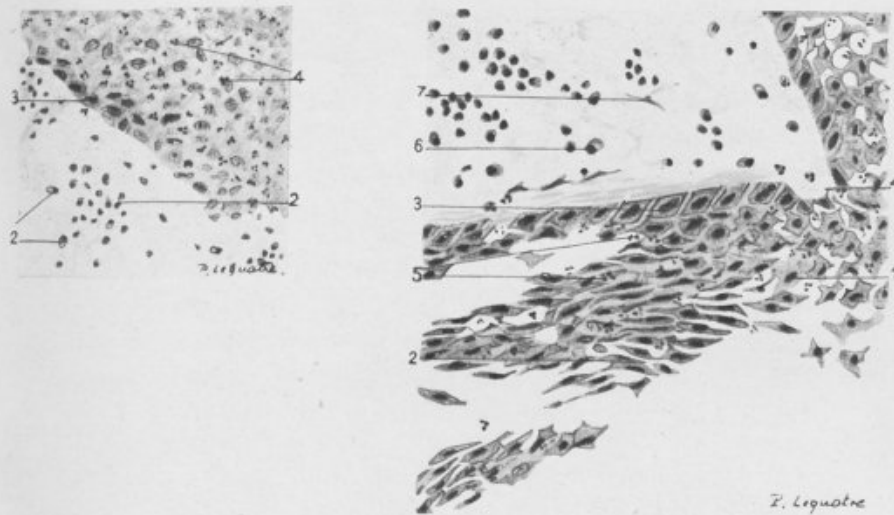
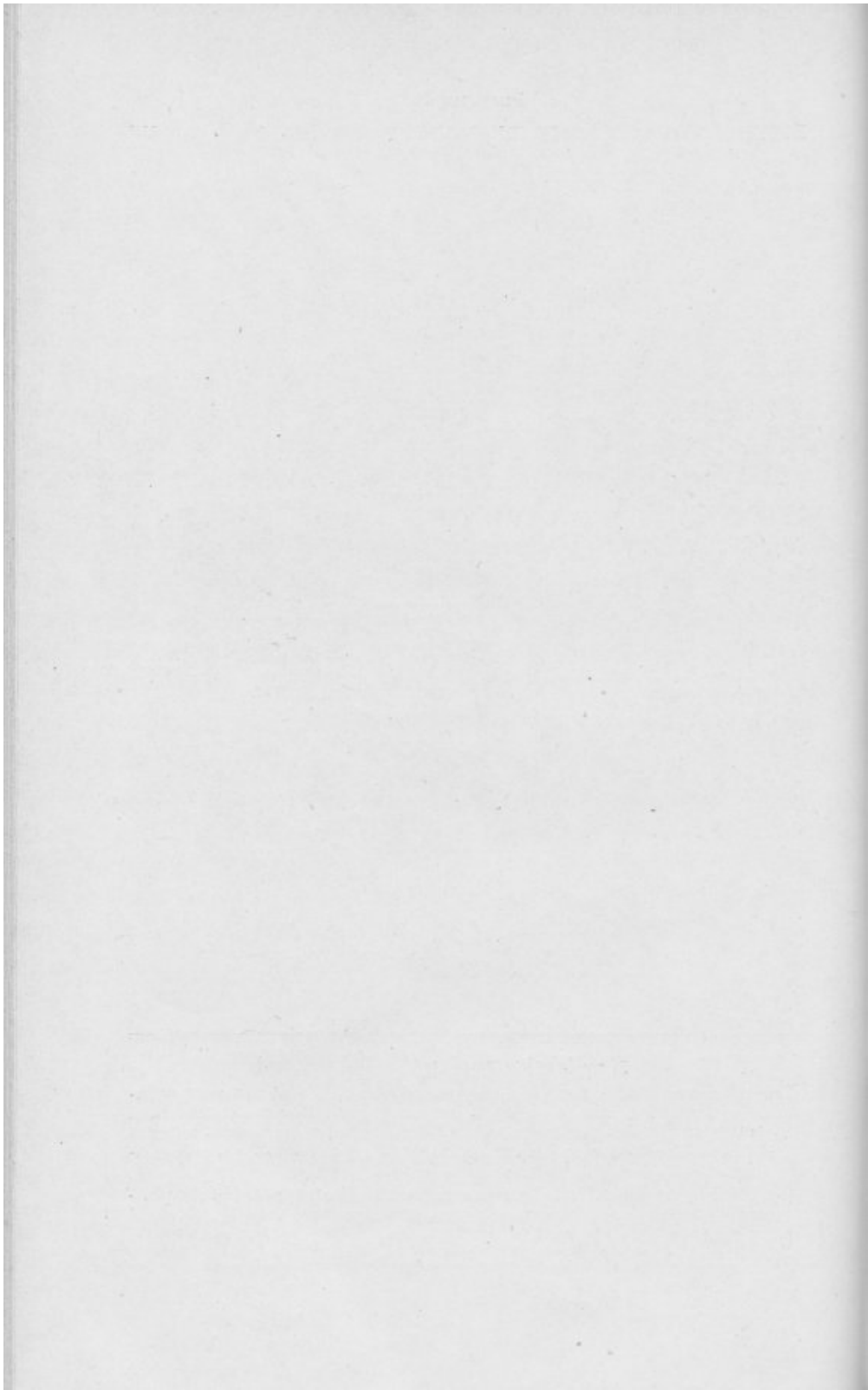


Fig. 3. — (*Fort grossissement de l'épithélium.*)

- Les cellules centrales sont étoilées, vacuolisées (1), d'autres sont aplaties (2) tandis que celles de la couche génératrice sont encore bien alignées (3) sauf par endroits, où elle se disloque (4) sous la poussée des polynucléaires infiltrant l'épithélium (5) et passant dans le conjonctif.
- (6) Dans le conjonctif on distingue nettement les mononucléaires plasmocytes.
- (7) Fibroblaste.





quelque poussée conjonctive à laquelle les expose le processus inflammatoire. Nous signalerons qu'il n'y a pas de cholestérine.

\* \* \*

Cette pièce apporte une démonstration nouvelle en faveur des conclusions du Dr Delater. C'est par rupture hémorragique dans les travées épithéliales qu'apparaît la première déhiscence dans un épithélio-granulome. Le sang s'infiltre dans les travées épithéliales, dissèque les axes conjonctifs qu'elles séparent et s'infiltre jusqu'à ce que la pression dans les fentes ainsi provoquées contre-balance celle du capillaire rompu.

A ce moment, un kyste microscopique est formé où l'on reconnaît tous les caractères de l'hémorragie intérieure. Mais en même temps celle-ci comprime les axes conjonctifs qu'elle a disséqués, gêne leurs échanges nutritifs et peu à peu les mortifie : ainsi le micro-kyste régularise sa lumière et nivelle ses contours.

En même temps, la gêne nutritive et la nécessité de résorber le sang épanché engendrent un processus de dégénérescence et métaplasie graisseuse dans l'épithélium et dans le tissu conjonctif lâche auxquelles font suite, comme l'a bien montré M. Delater, d'une part, l'organisation cholestérinique des zones conjonctives avec son aspect spécial de cavités lancéolées, d'autre part, la métaplasie sécrétoire des cellules épithéliales bordant la lumière centrale. Au lieu de rester aplaties comme les cellules bordantes de tout épithélium malpighien, elles s'allongent perpendiculairement à leur bord d'insertion, deviennent cubiques, puis cylindriques, montrant dans la lumière une tête renflée comme les cellules de certaines glandes. Et leur sécrétion contribue à augmenter le contenu du kyste, à élargir ses contours.

Ainsi, d'ordinaire, le kyste paradentaire est la conséquence première d'une hémorragie dans un épithélio-granulome ; la dégénérescence cholestérinique ne nous paraît que secondaire.

(V. *Discussion*, p. 93.)

---

## UN PLAN FRONTAL MOYEN DANS LES MENSURATIONS DU PROFIL EN ORTHODONTIE

Par Roger FRAENKEL,

Chef de Clinique à l'École Dentaire de Paris.

(Société d'Odontologie de Paris, 5 janvier 1932).

616.314.089.23

MM. P. Housset et Regnault ont présenté, à la dernière réunion de la Société d'Odontologie, un travail très étudié sur la valeur de l'observation en orthodontie.

Je suis tout à fait de l'avis de ces auteurs : la valeur de l'observation méthodique en orthodontie est de toute importance, et nous devons nous efforcer avant tout d'établir un diagnostic précis, qui seul nous guidera ultérieurement, dans la marche du traitement.

Et puisque l'occasion m'est offerte de parler de cette question, et malgré que le Dr Regnault ne doive traiter ultérieurement que ce qui m'intéresse, je dirai très brièvement quelques mots, afin de prendre date, sur la valeur des données actuelles que nous possédons, pour les mensurations du profil, en particulier.

Comme base, au point de vue horizontal, nous avons le plan auriculo-orbitaire, dit plan de Francfort, connu de tous et adopté presque à l'unanimité, parce qu'il est plus précis et surtout plus facile à déterminer sur le vivant, et la photographie.

Dans le sens vertical, pour limiter le plan frontal postérieur, Simon, de Berlin, a établi une ligne qui, partant du point sous-orbitaire, est perpendiculaire au plan de Francfort.

Enfin, pour limiter le plan frontal antérieur, Dreyfus, de Lausanne, fait partir du nasion une ligne parallèle à la précédente.

Le Dr Izard vient avec raison de rectifier cette ligne, pour la rendre plus facile à déterminer sur le vivant. Cette dernière part tangentielle-ment de la glabella et, comme ses semblables, elle est parallèle à celle du plan de Simon.

Cependant, si nous avons ainsi deux plans, postérieur et antérieur, qui délimitent entre eux le profil normal de l'étage inférieur de la face, il n'est pas moins vrai que ces mensurations sont imprécises, et c'est sur ce point que je me permettrai d'insister.

Nous pouvons en effet nous trouver en présence d'un profil qui, normal pour ces mensurations, ne semble pas l'être au point de vue esthétique.

Le Dr Izard lui-même fait mention, dans son ouvrage *Orthodontie* (1),



Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 1. — Profil normal d'après Izard.

Fig. 2. — Déformation labiale supérieure dans les limites d'un profil normal.



Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3. — Déformation mentonnière dans les limites d'un profil normal.

Fig. 4. — Mensuration d'un profil normal avec le 3<sup>e</sup> plan proposé en pointillé.

de ces cas atypiques, dans lesquels on peut rencontrer des déformations labiales et mentonnière, rendant le sujet vraiment disgracieux.

Quel moyen avons-nous alors, dans ces cas malheureux, d'évaluer le degré de déformation ?

Il faudrait, à mon sens, avoir une connaissance très approfondie du beau ou une culture très spécialisée. Or, pour cette question, comme pour toute chose abstraite, les idées et les goûts personnels entrant en jeu, il est fort délicat d'émettre un avis qui puisse se légitimer.

(1) *L'Orthodontie*, 1930. Masson, éditeur.



Je me suis donc efforcé de trouver un troisième plan, qui serait un repère fixe pour tous les types de physionomie, et qui nous permettrait de poser en millimètres le degré de ces déformations.

Après maintes recherches sur le vivant et sur des photographies anthropométriques, je suis arrivé à la conclusion suivante : chez un individu au facies normal, une ligne partant perpendiculairement du plan de Francfort est tangente, à la fois, à la convexité de la narine et du menton (fig. 4). De telle sorte que tout contour d'un profil qui dépasserait ou n'atteindrait pas ce plan, serait déformé. De plus l'évaluation métrique de cette déformation se ferait aisément, ce qu'il n'était guère possible de faire précédemment.

Pour conclure, permettez-moi de soumettre à vos suggestions et à vos réflexions ce troisième plan, qui je l'espère vous donnera, comme à moi-même, des diagnostics plus précis et d'allure essentiellement scientifique.

(*V. Discussion*, p. 94.)

---

# VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

## COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES SECTIONS SCIENTIFIQUES (*Suite*) (1)

### SEPTIÈME SECTION RADIOGRAPHIE ET PHYSICOTHÉRAPIE (*Communiqué par M. DE LA TOUR, président*)

Lundi 3 Août 1931.

SUJET DE LA SÉANCE : RADIOGRAPHIE



M. de LA TOUR, président.

M. H. de la Tour, président de la VII<sup>e</sup> Section, Professeur de radiographie à l'École Odontotechnique de Paris, dans son allocution d'ouverture, remercie les Présidents d'honneur étrangers et français qui acceptèrent d'accorder leur patronage aux travaux de cette section. Il souhaite la bienvenue à tous les confrères qui ont bien voulu présenter des rapports sur les sujets mis à l'ordre du jour et à ceux qui, par leurs argumentations et leurs communications, contribuèrent à donner au programme de cette manifestation internationale une valeur particulièrement brillante.

Après avoir présenté les excuses de MM. Devauchelle et Comte, vice-présidents, de M<sup>lle</sup> Guericolas, auteur d'un rapport, et de M. Flohr, de Berlin, qui, à leur grand regret, ne peuvent assister aux travaux du Congrès, M. le Président donne la parole à M. Watkins, de Liverpool, qui présente un rapport sur le premier sujet à l'ordre du jour : *La Radiographie en orthopédie maxillo-faciale*.

Cet auteur s'attache surtout à ce qui concerne la documentation clinique, au moyen de fiches d'observation très complètes telles que celles en usage à la clinique dentaire de Liverpool dans le service d'orthodontie.

M. le Dr Korkhaus, sur le même sujet, présente une étude approfondie des moyens à utiliser pour suivre au cours d'un traitement orthodontique les modifications du squelette et ses rapports avec les parties molles. De nombreuses et très belles projections illustrent ce travail très documenté.

(1) Voir numéros d'octobre, novembre, décembre 1931, janvier 1932.

*M. Agussol*, en l'absence de *M. Comte*, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon, donne lecture du rapport de cet auteur. Des projections mettent en évidence le souci d'exactitude avec lequel il est indispensable pour l'orthodontiste d'avoir des repères osseux très exacts. Comme pour *M. le Dr Korkhaus*, seule la téléradiographie peut donner des images avec le minimum de déformations, et il donne des précisions sur le point géométrique de Comte pour le tracé du plan de Francfort.

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur les travaux se rapportant au même sujet et de suivre la discussion d'une façon plus profitable, *M. le Président* donne la parole à *M. Walter Thompson*, professeur à l'Ecole de Los Angeles, sur les radiographies de profil en odontologie.

L'auteur expose sa méthode de radiographie des parties molles, au moyen de deux temps de pose différents et, après découpage des deux clichés obtenus, il obtient des épreuves donnant le contour des parties molles. Des photographies très intéressantes sont présentées.

*M. le Dr Bertrand*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, fait une communication très intéressante sur les procédés de localisation des dents incluses et des corps étrangers.

Les différentes méthodes exposées par *Thompson*, *Charlier de la Tour*, *Hauberisser*, *Balter*, *Parma*, *John Kaufman*, *Rohrer* sont décrites avec précision.

L'auteur insiste également sur les méthodes stéréoradiographiques perfectionnées par les auteurs français, les *Dr<sup>s</sup> Hirtz* et *Dioclès*.

*M. le Président*, après avoir vivement remercié les différents auteurs, donne la parole à *M. Housset*, qui présente l'argumentation du premier rapport mis à l'ordre du jour.

*M. P. Housset*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, apprécie la manière différente dont les trois auteurs ont traité ce premier rapport ; il rappelle que, lui aussi, en 1921, avait signalé l'intérêt des radiographies du crâne et de la face, prises parallèlement au plan sagittal selon les repères indiqués par Rivet en anthropologie.

Il est très utile de suivre le travail osseux dans les déplacements des dents et des maxillaires au cours de traitements d'orthopédie dento-faciale.

Une discussion, à laquelle prennent part *MM. les Dr<sup>s</sup> Weski*, de Berlin ; *Bertrand*, de Paris ; *Korkhaus*, de Bonn, et *Housset*, de Paris, précise quelques points intéressants sur la localisation des dents incluses ou la surveillance des reconstitutions osseuses par la radiographie ou la stéréoradiographie.

*M. le Dr Annibal Grez*, professeur de Stomatologie à l'Ecole Dentaire de Santiago du Chili, donne lecture de sa communication sur la radiographie des kystes du plancher de la bouche.

L'auteur met en évidence l'utilité de l'emploi du lipiodol pour la localisation et l'étude de l'étendue des kystes du plancher de la bouche, par la stéréoradiographie.

Puis *M. le Dr Weski* lit sa communication sur la radio-anatomie et la radio-pathologie comme base des conceptions cliniques du chirurgien-dentiste.

L'auteur fait un exposé magistral de ses vues sur la nécessité de l'étude par le praticien des plans osseux et des organes du crâne de la face, et aussi



des lésions pathologiques et de leurs modifications après traitement et opérations sous le contrôle radiographique.

M. le Président exprime à *M. Weski* son admiration pour sa conception de l'enseignement de la radiologie et invite les confrères à venir voir l'exposition pédagogique de *MM. Korkhaus* et *Weski*.

Mardi 4 Août 1931.

#### SUJET TRAITÉ : PHYSICOTHÉRAPIE

Exposé du deuxième rapport mis à l'ordre du jour de la septième section. Le rôle thérapeutique de la diathermie et de l'actinothérapie dans les affections dentaires et péri-dentaires.

*M. le Dr Münzesheimer*, dans un rapport fort documenté et dont l'intérêt est rehaussé par des croquis au tableau noir et des projections, montre surtout l'avantage qu'il y a à utiliser les courants alternatifs de haute fréquence pour le traitement des canaux radiculaires. Ses observations sont corroborées par le contrôle clinique, radiographique et bactériologique.

Les radiations ultra-violettes peuvent rendre service dans la prophylaxie de la carie, le blanchiment des dents, mais des perfectionnements sont encore à envisager.

En l'absence de *M<sup>lle</sup> Guericolas*, excusée, M. le Président donne lecture du résumé de la première partie de son travail dont le plan, méthodiquement étudié en plusieurs chapitres, présente une mise au point complète de la question à l'heure actuelle ; des observations soigneusement notées mettent en évidence les résultats obtenus par une technique rigoureuse.

*M. Nivard*, de Paris, traite largement la question des radiations ultra-violettes.

Après un aperçu historique, les propriétés physiques, chimiques et biologiques des rayons U. V. sont développées très clairement. Puis, les utilisations thérapeutiques, appuyées par des observations, montrent l'intérêt que présente l'utilisation de ce moyen thérapeutique précieux, mais dont il importe de connaître à fond le maniement pour éviter des déboires et même des accidents.

*M. le Dr P. Felber*, de Lucerne, présente l'argumentation des rapports du *Dr Münzesheimer*, de *M<sup>lle</sup> Guericolas* et de *M. Nivard*. L'auteur rend hommage aux travaux très intéressants de ces confrères et expose le résultat de ses observations dans l'utilisation des agents physiques en thérapeutique dentaire.

*M. le Dr Feiler*, de Francfort, donne ensuite lecture de sa communication sur les indications et la technique du traitement des canaux radiculaires par la diathermie.

L'auteur fait passer une série de projections très instructives sur les résultats obtenus par électrocoagulation des lésions périapicales. *M. le Dr Bernard* prend part à la discussion et, dans une mise au point rendue plus claire, et précisée par des schémas au tableau, insiste sur le problème de la pénétration des ions dans les canaux mécaniquement inaccessibles.

*Le Président*, avant de lever la séance, s'excuse d'avoir été contraint de demander aux orateurs d'écourter un peu la présentation de leurs travaux à cause de la réception préparée à l'Hôtel de Ville de Paris. Il les remercie très sincèrement des efforts fournis en vue d'apporter une mise au point complète de l'usage des agents physiques en odontologie.

*Jeu*di 6 Août 1931.

SUJET TRAITÉ : PHYSICOTHÉRAPIE

*M. Schlijecher*, de Baarn (Hollande), présente un remarquable exposé de l'utilisation de la diathermie en dentisterie.

L'auteur expose ses vues personnelles en ce qui concerne la diathermie médicale, chirurgicale, l'électrocoagulation et l'action sur les tissus mous ; il préconise un appareil à lampes de sa construction qui lui donne toute satisfaction et, dans ses conclusions, insiste sur les grands avantages de la diathermie dans la stérilisation des canaux à condition de ne pas utiliser l'anesthésie locale. Economie de temps et bien-être pour le patient.

*M. le Dr Bertrand*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, au cours de la discussion, met en relief quelques opinions personnelles de l'auteur.

Dans sa communication sur les effets physiques et physiologiques du courant ondulé, *M. le Dr Bernard* présente les problèmes théoriques, et expérimentaux soulevés par l'application du courant électrique pour l'ionophorèse dentaire.

*M. le Dr Bowdlerhenry*, de Londres, prend part à la discussion et projette des clichés pris au cours d'observations personnelles.

*M. le Dr Bertrand* et *M. de la Tour* remercient *M. le Dr Bernard* et le félicitent de ses travaux qui précisent, d'une façon incontestable, l'action des courants ondulés en odonto-stomatologie.

*M. le Dr Kotanyi*, de Vienne, présente une communication très documentée avec projection sur le traitement des adamantinomes non opérés complètement.

A la discussion prennent part *MM. les Drs Drial* et *Wolf*, de Vienne, *Dr Bertrand* et *M. de la Tour*, président de la section.

En fin de séance, *MM. les Membres* de la septième Section adoptent les vœux suivants :

*Proposition de MM. les Drs Korkhaus, Bertrand et de la Tour :*

*Radiographie.* — 1<sup>o</sup> Importance de la radiographie pour le diagnostic des malocclusions ;

2<sup>o</sup> Contrôle radiographique des modifications du squelette du crâne et de la face consécutives aux traitements orthodontiques (appareils ou interventions chirurgicales).

*Diathermie.* — 3<sup>o</sup> Méthodes rationnelles de traitement par la diathermie des affections des dents et des mâchoires.

*Proposition de vœux de M. le Dr Bertrand, professeur à l'E. D. P. et de M. le Dr Münzesheimer, de Berlin :*

*Diathermie.* — Avantages et inconvénients des appareils à ondes amorties et à ondes entretenues.

Expériences précises de stérilisation des canaux avec contrôle exact de la température provoquée dans les tissus et contrôles bactériologiques et stérilisateurs.

Résultats comparatifs des méthodes de diathermie et d'ionophorèse.

*Vœux proposés par M. le Dr Schlijecher, de Baarn :*

- 1<sup>o</sup> Investigations about temperatures in the root-canal and immediately around the apex.
- 2<sup>o</sup> Investigations about the question of the sterilisation (in which way the microorganisms are killed, by heat or electrically).
- 3<sup>o</sup> Histological investigations.
- 4<sup>o</sup> Theoretical and practical reports on this subject.

*Traduction :*

- 1<sup>o</sup> Recherches sur la température dans les canaux radiculaires et autour de l'apex.
- 2<sup>o</sup> Recherches sur la stérilisation (la manière de détruire les microbes par la chaleur ou par l'électricité).
- 3<sup>o</sup> Recherches histologiques.
- 4<sup>o</sup> Rapports théoriques et pratiques sur ce sujet.

\*  
\* \*

M. le Président clôture les travaux de la septième section par une brève allocution souhaitant que tous emportent de ce séjour à Paris non seulement des profits scientifiques, mais aussi de nouvelles amitiés.

A l'issue du banquet de clôture, M. H. de la Tour réunit les principaux auteurs qui avaient bien voulu participer aux travaux de la section parmi lesquels MM. le Prof. Cieszynski, de Lwow (Pologne), président d'honneur ; M. le Dr et M<sup>me</sup> Korkhaus, de Bonn ; M. le Prof. Münzesheimer, de Berlin ; M. Walter Thompson, de Los Angeles ; M. Paul Felber, de Lucerne ; MM. les Drs Bertrand et Bernard, de Paris, réunion très simple et amicale où furent échangés cordialement, en même temps que des ultimes propos scientifiques, des souhaits de réunion prochaine.

---



## HUITIÈME SECTION

## PROTHÈSE COMPLÈTE

(Communiqué par M. AMOEDO FILS, secrétaire de la Section)



M. Marcel DARCISSAC, président.

La huitième Section a consacré ses travaux à la *prothèse complète*. Elle fut présidée par le Dr Marcel Darcissac, assisté d'éminents prothésistes français et étrangers, MM. Amoëdo, Ackermann, Chapey...

L'auditoire fut nombreux et assidu. Les éléments français et anglo-saxons y prédominèrent, et il est à regretter — comme le signala d'ailleurs M. Darcissac dans son discours d'ouverture — que les confrères allemands aient dû, en raison des circonstances économiques défavorables, s'abstenir en aussi grand nombre. Certains sont venus cependant apporter au Congrès le résultat de leurs travaux, et plusieurs communications furent faites en langue allemande par des confrères suisses.

Le programme avait été conçu de manière à suivre les différents temps d'exécution d'une prothèse complète. C'est

ainsi que les travaux de la Section s'ouvrirent le 3 août par la présentation et la discussion du Rapport II, sur la *Préparation chirurgicale de la bouche en vue d'une prothèse complète*.

Le Dr Thibault (Paris) fit un exposé complet de la question, en insistant surtout sur les indications et la technique opératoire. Le Dr Mac Millan (Cincinnati) envisagea plutôt le côté histo-pathologique du sujet, en exposant ses conceptions sur la résorption et la régénération osseuse après l'intervention. De la discussion à laquelle prirent part MM. Zbinden (Lausanne) et C.-L. Lucas (Los Angeles) ressort cette opinion que l'on doit être très économe de la substance osseuse au cours de la régularisation et que c'est en s'inspirant des nécessités de la prothèse que l'opérateur fera l'œuvre chirurgicale la plus utile.

Le même jour, le Dr Spreng (Bâle) prit la parole pour exposer son Rapport III sur *L'empreinte par mastication* : cette empreinte s'effectue à l'aide d'une gutta-percha spéciale pendant qu'on fait exécuter au patient tous les mouvements possibles de mastication, de déglutition et d'articulation des sons. L'empreinte réalisée par cette méthode possède, au gré de l'auteur, des qualités qui ne peuvent être obtenues avec le plâtre ou les substances plastiques utilisées jusqu'à ce jour.

La séance du mardi 4 août fut consacrée au Rapport I sur *L'adaptation de la prothèse complète aux rapports individuels d'articulé*. Le Dr Ackermann (Genève) critiqua la théorie de la sphère et défendit la théorie des cylindres du Prof. Gysi. Quant à l'enregistrement intra-buccal, le Dr Ackermann l'admet au point de vue théorique, mais le juge trop compliqué. Les Drs Marcel Darcissac et Edmond Dubois (Paris), se refusant à trancher la

question de l'articulé suivant une théorie géométrique quelconque (sphère, cône ou cylindre), prétendent que seul l'enregistrement sur substance plastique ultérieurement durcie (exemple : méthode Darcissac) peut apporter l'exactitude souhaitée dans la reproduction des mouvements. Appuyé par les D<sup>rs</sup> Amoëdo (Paris) et Thielen (Bruxelles), l'enregistrement intrabuccal est au contraire critiqué par les D<sup>rs</sup> Geysen (Allemagne), Bruening (Omaha) et Chapoy (Paris). M. Georges Villain vint défendre une théorie mixte (sphère et enregistrement).

La question de l'enregistrement des mouvements mandibulaires et de leur reproduction dans un but prothétique continue d'ailleurs à intéresser de nombreux confrères.

Dans la séance du 6 août, le D<sup>r</sup> Hideo Yamaguchi (Tokio) a présenté une communication où il étudiait expérimentalement par la méthode graphique les divers mouvements masticateurs. Mr. R. O. Schlosser (Chicago) exposa tout au long la technique utilisée à Northwestern University pour la détermination de l'inclinaison condylienne, à l'aide de maquettes intra-buccales et sa transposition sur l'articulateur de Hanau. M. Ivar Krohn (Oslo) estime au contraire qu'on a exagéré l'importance de la trajectoire condylienne et que d'autres facteurs plus importants influent sur la cinématique mandibulaire. M. Masakata Yazaki (Tokio) dans l'articulateur qu'il a conçu renonce également à tout enregistrement de cette trajectoire condylienne. Mr. H. O. Dickin (Yeovil) reste par contre fidèle à la technique de l'articulateur Trubyte, de Gysi, et indique les précautions qu'il convient de prendre pour reproduire avec exactitude les mouvements du maxillaire inférieur. M. O. Vignale (Croydon) décrit et présente un appareil d'enregistrement et de reproduction des mouvements masticateurs d'une conception tout à fait originale et très ingénieuse. M. Duncombe (Deauville) procède à un enregistrement intra-buccal selon la méthode de M. Darcissac et le transpose sur un articulateur à trois branches d'un maniement aussi aisé que celui de l'articulateur Gysi-Simplex. Ces nombreuses communications prouvent tout l'intérêt que les prothésistes continuent à attacher au problème de la reproduction des mouvements masticateurs. Entre les partisans de l'enregistrement de la trajectoire condylienne et d'articulateurs basés sur des données anatomiques, et ceux de la méthode d'enregistrement intra-buccal et de sa transposition directe sur un articulateur physiologique, aucun accord ne paraît possible. Au demeurant, il est à regretter que la plupart des appareils proposés soient d'une manipulation trop minutieuse et trop longue pour que la majorité des praticiens puisse les utiliser couramment.

La question de la forme et du montage des dents artificielles paraît être également à l'ordre du jour. Dans la séance du 7 août, le D<sup>r</sup> H. Thielemann (Cassel) fit aussi une communication sur *L'influence de la méthode d'articulation Hanau sur la formation des dentures naturelles et artificielles*. M. A. Luthy (Aarau) fit un exposé très scientifique sur l'analyse trigonométrique du problème de l'articulation et les déductions que l'on peut en tirer pour la forme des dents. Dans sa communication, M. Rupert E. Hall (Chicago) énonça les directives qui devaient, à son sens, être suivies lors du montage pour obtenir une occlusion bien équilibrée. M. A. de Vriendt (Bruxelles) décrivit une méthode de montage originale et préconisa l'emploi de dents meulées pour obtenir le maximum de stabilité. M. V.-H. Sears (New-York) exposa les raisons qui l'ont incité à créer de nouvelles formes de dents

artificielles en remplacement des formes de dents dites anatomiques, qui ne conviennent pas aux conditions physiologiques de l'édenté complet.

Diverses communications : du Dr Münzesheimer sur *L'articulateur du Dr Schröder* ; du Prof. Heitmüller (Göttingen) sur *Les suctions dans la prothèse complète* ; du Dr Levanowitch sur *L'application de la prothèse complète chez les aliénés* ; du Dr Goldstein (Prague) sur *La Prothèse totale sans palais* avaient été également adressées, mais n'ont pu être lues au Congrès par leurs auteurs.

Avant de clore ses travaux, la huitième section a émis les vœux suivants :

1° En ce qui concerne la préparation chirurgicale de la bouche portant sur les bases osseuses ou les tissus mous, que l'intervention ne soit pratiquée qu'en cas d'indications précises ; que des recherches expérimentales et histologiques soient entreprises pour bien définir le processus de régénération osseuse et déterminer la technique de résection chirurgicale la mieux appropriée.

2° En ce qui concerne l'enregistrement de l'articulé, que la F. D. I. constitue une commission composée de prothésistes, d'ingénieurs et d'anthropologistes, chargée :

a) de classer les instruments enregistreurs susceptibles de contrôler graphiquement les différents mouvements des articulateurs ;

b) à l'aide de l'instrument reconnu le plus simple et le plus exact, de classer les différents articulateurs, instruments et méthodes d'adaptation individuelle suivant leur coefficient de rendement à l'idéal souhaité : même patient, subissant successivement les mêmes épreuves d'opérateurs de même école, et donnant au contrôle graphique identité des tracés.

3° En ce qui concerne la forme des dents artificielles, que des recherches soient entreprises pour déterminer si celle-ci doit différer de la forme anatomique.



## NEUVIÈME SECTION

## PROTHÈSE PARTIELLE, COURONNES, TRAVAUX A PONT

(Communiqué par M. R. FRAENKEL, secrétaire)

Séance d'Ouverture, Lundi 3 Août



M. Paul Housset, président.

La séance est ouverte à 14 heures.

M. P. Housset, président, souhaite la bienvenue à tous les Confrères venus en si grand nombre.

Aussi espère-t-il que ce Congrès sera du plus grand intérêt pour tous, puisque près de quarante nations, ici représentées, apportent le fruit de leurs recherches et de leur labeur.

La parole est alors donnée au Dr Fehr (Berlin) pour la lecture de son rapport (II) : *Indications et technique des bridges en céramique armée ou non.*

Cet auteur prétend qu'à l'heure actuelle il n'est guère possible d'établir des données précises pouvant guider le praticien sur l'opportunité ou l'inopportunité de tel ou tel bridge.

Cependant l'auteur conseille les bridges en porcelaine dans les cas suivants :

Pas de pression masticatoire trop forte.

Pas de bridge de trop grande étendue.

Espace suffisant pour la porcelaine.

Répartition favorable des piliers, ceux-ci dévitalisés autant que possible.

\*  
\* \*

Le Dr Stephen Hey prend ensuite la parole pour le même rapport.

Cet auteur condamne la couronne de porcelaine comme pilier de bridge. Il limite aussi les indications du bridge de porcelaine aux cas de hauteur d'occlusion et de mouvements mandibulaires favorables. Cet auteur ne conçoit pas le bridge tout en porcelaine, sans armature. Enfin, l'inconvénient de la difficulté des réparations fait finalement rejeter ce travail par l'auteur.

\*  
\* \*

La parole est ensuite donnée au Dr Leland Legro pour le même rapport.

Celui-ci prétend que les progrès réalisés les cinq dernières années ne concernent que la technique de la coulée de la céramique, et non l'application de cette prothèse.

L'emploi des bridges en porcelaine selon l'auteur se bornerait à une dent en extension, avec ou sans appui lingual et dans laquelle il faudrait incorporer une tige en platine irridié servant de tuteur à cette dent.

Enfin l'auteur conclut que le matériel a la plus grande importance dans l'exécution de ces travaux.

\* \*

Enfin MM. *Gonon* et *Lakermance* lisent le même rapport dont voici succinctement résumée la partie intéressante de leur travail.

Le bridge de céramique présente des avantages esthétique et hygiénique incontestables ; d'indications actuellement très restreintes il pourrait être employé plus souvent si les dispositifs d'armature étaient perfectionnés. Le problème de l'armature du béton armé présente une grande analogie avec celui de l'armature de la céramique (béton et porcelaine offrent une grande résistance à l'écrasement, mais une faible résistance à la traction).

Les auteurs, s'inspirant des solutions admises dans la grande construction, proposent d'armer la céramique avec des fils multiples cuits dans la porcelaine et judicieusement répartis dans les régions où la porcelaine subira des efforts de flexion.

\* \*

La parole est ensuite donnée au Dr *Rotschild* (Berlin) pour argumenter ce rapport.

Le Dr *Rotschild* approuve les conclusions de MM. *Gonon* et *Lakermance*, et dit en effet que jusqu'à présent la porcelaine ne peut se limiter, dans son usage, qu'à la couronne Jacket.

Puis M. *Bruscher* (Paris) dit, pour l'argumentation du même rapport, que le bridge en céramique, armé ou non, n'est pas encore en mesure d'assurer toute quiétude à son constructeur. Cet auteur reproche, en effet, à cette prothèse le manque de résistance des piliers à la flexion et l'impossibilité de la réparation.

\* \*

#### Communications :

Le Président, obligé de s'absenter pour présenter des travaux en d'autres sections, cède sa place à M. *Godefroy*, vice-président.

En l'absence de MM. *Trébitsch*, *Fourquet*, *Sears*, *Schenk*, *Mizokami* et *Morineau*, la parole est donnée à M. *Roger Fraenkel*, pour la lecture de sa communication : *L'épaisseur du tissu adamantin, en rapport avec les différentes morphologies dento-maxillaires (Applications pratiques)*.

M. R. *Fraenkel*, dans ce travail, fait d'abord une étude comparative de l'histogenèse de l'émail, puis s'efforce de démontrer, d'après la théorie de Retterer, que l'émail des dents humaines peut varier en épaisseur avec chaque individu de type différent. De là, il tire une application pratique et prétend que les coiffes artificielles qui remplacent les dents naturelles doivent être également proportionnées, dans l'épaisseur de la face occlusale, aux efforts qu'elles sont à même de supporter. Pour terminer cet auteur présente un petit instrument de son invention « Cale d'épaisseur », qui a pour but de guider le praticien, lors de la décortication d'une dent devant être coiffée ultérieurement.

#### Séance du 4 Août 1931

M. P. *Housset*, président, donne la parole au Dr *Rotschild* (Berlin), pour la lecture de sa communication : *Méthode d'emploi de la céramique en orthodontie*.

Cet auteur illustre ce travail de nombreux clichés photographiques et de modèles, représentant des couronnes Jacket comblant une béance inter-maxillo-incisives. D'autres vues représentent des corrections d'irrégularités d'arcades, par le même procédé. Dans l'ensemble ces travaux offrent un intérêt certain, mais malheureusement l'emploi d'une telle prothèse est onéreuse.

*M. Joachim* (Bruxelles) : *L'emploi de la porcelaine dans les travaux à ponts.*

Cet auteur prétend que la prothèse en céramique armée est suffisamment au point, pour être utilisée avec succès, dans les travaux à pont.

*M. Loos* (Prague) : *La fixation des ponts amovibles* (Démonstration pratique).

Cet auteur présente une communication, fort intéressante, sur une technique personnelle de la construction des bridges en céramique (système de fils incorporés dans la masse de porcelaine). Présentation de nombreux et intéressants clichés.

*Séance du 4 Août, simultanée avec la précédente (Salle U) :*

La séance est ouverte par *M. Spira*, vice-président.

La parole est donnée au *Dr Hruska* (Milan) pour la lecture de son rapport : *Evolution de la conception des bridges à titre préventif et à titre curatif de l'ostéolyse alvéolaire.*

Cet auteur fait en premier lieu, dans ce rapport, un long exposé de l'histogenèse de l'alvéolyse alvéolaire et conclut en disant que cette maladie est héréditaire et non autonome. Il lui reconnaît, comme la majorité des auteurs, des causes locales et générales, mais prétend que ces dernières ne peuvent, à elles seules, déclencher la maladie.

Quant à la thérapeutique de cette affection, le *Dr Hruska* préconise la fixation absolue des dents mobiles aux dents saines, et ce pour la totalité des deux arcades.

\* \*

Le *Dr Senn*, de Zurich, prend ensuite la parole pour le même rapport.

Cet auteur après un exposé historique de la question, au point de vue de la conception des causes de cette maladie, fait un exposé du traitement rationnel : suppression des causes locales ; lutte efficace contre les causes générales.

Il prétend que, dans les cas de pyorrhée, ce sont les causes locales qui prédominent ; au contraire dans les cas de résorption, ce sont les causes générales.

Enfin, le *Dr Senn* est partisan du pont à charnière, de préférence au pont d'une seule pièce.

*MM. Spira* (Colmar) et *Housset* prennent ensuite la parole pour argumenter ces rapports.

*M. Spira* dégage complètement ce qui est à retenir de ces rapports ; mais regrette que ces auteurs n'aient pas traité l'effet des bagues sur le périodontium et les moyens d'éviter la résorption du procès gingival déterminée par ces prothèses. Il signale enfin l'importance du calcul de la charge et de la surcharge articulaire que doivent supporter les dents piliers.



## Séance du 6 Août 1931

La parole est donnée à M. Record (New-York) qui lit le rapport de M. James Kendall Burgess, absent : *L'évolution de la forme et de la structure des appareils à plaque partielle*.

M. Housset prend la parole pour faire un court résumé de ce travail. Ce dernier est divisé en deux parties : la première qui s'appelle pré-coulage, la seconde, coulage des métaux, qui date seulement de 25 ans.

Avant ce temps on préconisait beaucoup les appareils à plaque de grande étendue.

De nos jours, grâce à la technique de la coulée, le volume de ces appareils a diminué. Les efforts tendent maintenant à prendre point d'appui sur les dents, presque exclusivement à l'aide de crochets appropriés.

Enfin, l'auteur attire l'attention sur l'influence néfaste de l'inobservation des faits ayant trait à l'organisme en général et en particulier à la partie de la denture naturelle, que la prothèse partielle est destinée à compléter. Le Dr James Kendall Burgess demande pour terminer que, dans nos efforts, nous soyons guidés par les principes fondamentaux basés sur ces faits essentiels.

M. Lentulo (Paris), sur le même rapport, fait un exposé de la morphologie des plaques d'avant-guerre et d'après-guerre. Ensuite cet auteur montre l'utilité d'un examen approfondi du cas à traiter. Il termine son rapport en faisant l'éloge des auteurs américains.

Le Dr Mac Neil (Chicago) argumente ces rapports. Il fait une critique de la standardisation des plaques de prothèse au point de vue de leur morphologie. Il est partisan avant tout du calcul des forces et du crochet coulé, sur de très bonnes empreintes.

\* \* \*

M. Van Den Berg (Amsterdam), argumentateur, est d'accord avec le Dr Burgess. Il indique l'emploi de l'acier inoxydable, avec lequel il utilise la soudure électrique.

M. G. Villain, argumentateur, insiste sur l'évolution de la prothèse à plaque. Il préconise avant tout l'observation des mouvements physiologiques des organes. Il signale les actions qui peuvent résulter de l'emploi simultané de l'or et de l'acier.

## Séance du 7 Août 1931

La séance est ouverte à 14 heures sous la présidence de M. Godeirov, qui donne la parole à M. J. Filderman : *L'esthétique dans les bridges* (Etude critique).

L'auteur fait un long exposé historique, de l'âge le plus reculé (400 ans avant J.-C.) jusqu'à nos jours, de l'esthétique dans les bridges. Il ressort de la conclusion de cette étude que c'est seulement depuis le XIX<sup>e</sup> siècle que l'esthétique a donné quelque satisfaction. L'auteur préconise beaucoup l'utilisation de la coiffe artificielle recouverte vestibulairement d'une facette de porcelaine.

La parole est ensuite donnée au Dr Mac Neil (Chicago) : *Bridge amovible et prothèse partielle*.

Cet auteur fait un parallèle entre les bridges amovibles et la prothèse partielle. Il prétend que tout le succès d'une prothèse dépend du choix judicieux de celle-ci et que, pour cela, le praticien doit être très expérimenté sur la question, et faire une étude approfondie du cas à traiter.

M. le Dr Schwartz (New-York) : *La préparation des cavités et la construction des piliers, pour la rétention en prothèse fixe.*

Cet auteur préconise l'usage des inlays comme attachements pour bridges. Il fait un exposé de ses idées personnelles et donne quelques directives pour la technique de ces attachements.

M. le Dr Record (New-York) prend la parole au nom de M. James Kendall Burgess : *Principes fondamentaux de la restauration de la denture.*

Très belle étude et leçon pédagogique des principes qui doivent nous guider, dans la restauration de la denture, choix d'une prothèse : calcul des forces, forme de cette prothèse, etc...

M. le Dr Kennedy (New-York) : *Prothèse partielle.*

Cet auteur présente de splendides et fort intéressantes projections tirées de l'ouvrage traitant du même sujet et publié il y a quelque temps.

Ces projections, commentées par l'auteur, montrent de multiples cas, pour la plupart assez complexes, tous appareillés selon sa technique très scientifique.

M. le Dr Neurohr (New-York) : *Nouveau principe de support et d'ancrage dans les travaux à pont amovible.*

Très belles projections commentées par l'auteur sur les différents modes d'ancrages, pour des types différents de bridge amovible, selon sa nouvelle méthode de verrou à ressort.

M. Font Llorens José (Valence) : *Prothèse fixe pour bridges segmentés et reliés* (Procédé d'immobilisation des piliers).

Cet auteur démontre qu'il n'est pas possible, selon lui, de placer des bridges de longue étendue, d'une seule pièce.

Aussi montre-t-il des multiples cas de bridges appareillés selon sa technique.

*Prothèse dentaire dans les cas atypiques.*

Ce même auteur fait une présentation de quelques modèles d'une technique spéciale et personnelle sur la construction de ces bridges pour des cas atypiques.

M. Cerny (Prague) : *Les changements des dents en porcelaine, après diverses méthodes de travail.*

L'auteur s'élève contre la standardisation des dents en porcelaine. Il croit que les porcelaines d'aujourd'hui peuvent encore être soudées directement au bridge.

Le bureau se réunit ensuite pour l'élaboration des vœux à remettre au Secrétariat du Congrès.

(A suivre).

## REVUE ANALYTIQUE

### DENTAL COSMOS

*Résumé des articles de Novembre 1931*

P.-C. PENDLETON. — **La technique de la pression dans la prise d'empreinte.**

L'auteur expose une technique détaillée et précise de la prise d'empreinte à l'aide d'un nouveau porte-empreinte qui, affirme-t-il, donne des résultats plus certains que par toute autre méthode employée par lui antérieurement. Il a enseigné cette branche pendant des années et connaît toutes les méthodes de prise d'empreinte. Le Dr Pendleton suit les principes comportant la combinaison du composé à modeler et du plâtre si longtemps enseigné par feu le Dr Wilson.

HERBERT SUGAR. — **Foyer infectieux dentaire comme facteur étiologique dans les maladies du système génito-urinaire.**

L'auteur est un spécialiste des affections génito-urinaires et rapporte un grand nombre de cas dans lesquels un foyer infectieux dentaire est un facteur défini de ces affections. Il appelle l'attention sur le rôle que le dentiste peut jouer dans leur diagnostic et leur traitement quand elles ont un rapport avec un foyer de ce genre. Il insiste sur la nécessité d'une coopération plus intime dans ce domaine entre le dentiste et le spécialiste.

BOYD S. GARDNER et HAROLD GOLDSTEIN. — **L'Hypercémentose.**

Les auteurs présentent une étude très intéressante de l'hypercémentose des racines des dents se référant au traitement des canaux radiculaires et à l'extraction. Le grand nombre d'hypercémentoses rencontrés par ces auteurs explique aisément les fréquentes difficultés sérieuses qu'éprouvent la plupart des dentistes dans leurs tentatives d'extraction. Cette étude devrait démontrer aux exodontistes la nécessité de recourir à la radiographie pour déterminer les conditions qu'ils sont susceptibles de trouver dans leur pratique.

JAMES CAMERON. — **Complications intéressantes pour le médecin pendant et après l'extraction.**

L'auteur fait un intéressant commentaire sur les rapports du médecin et du dentiste dans le traitement chirurgical de la bouche, à la suite d'une longue expérience du traitement des accidents de l'extraction. Il expose pour traiter ces accidents, des méthodes très pratiques, qui devraient être bien connues des exodontistes. Sa technique du traitement des hémorragies est particulièrement intéressante et contient des indications précieuses pour le traitement de ces cas. Il avertit les opérateurs de ne pas agir à la légère en présence des accidents par crainte de complications sérieuses.

RALPH HOWARD BRODSKY. — **Hémangiome<sup>1</sup> caverneux du côté droit du maxillaire inférieur.**

M. Brodsky rapporte un cas d'hémangiome qui intéressait presque tout le côté droit du maxillaire inférieur. Le traitement en fut plutôt héroïque, mais évidemment nécessaire.



LÉONARD S. FOSDICK et HAROLD L. HANSEN. — **Etude des produits du métabolisme du chlorhydrate de procaïne.**

Ces auteurs ont fait une étude approfondie de l'effet de la procaïne dans l'organisme et leurs expériences sont instructives pour le grand nombre d'opérateurs qui emploient constamment cet anesthésique. Ces expériences ont été faites sur le vivant et *in vitro* et les conclusions sont favorables à l'emploi de cet anesthésique.

ANDREW FRANCIS JACKSON. — **Nature et lieu de l'intervention mécanique en orthodontie.**

C'est le deuxième article de l'auteur sur ce sujet (le précédent, en octobre). L'emploi des appareils orthodontiques que préconise M. Jackson a eu de bons effets dans les cas signalés. La base physiologique de son traitement est sérieuse et bien conçue. Un troisième article paraîtra en décembre.

ALONZO MILTON NODINE. — **Etat précancéreux de la bouche.**

Le Dr Nodine indique le devoir du dentiste dans le diagnostic et le traitement de l'état cancéreux de la bouche pour éviter les conséquences graves consécutives au développement de ces redoutables lésions. Il montre clairement l'aide que peut apporter au médecin le dentiste dans leur découverte à leur début et dans leur traitement.

MONTROSE T. BURROWS. — **Types spécifiques de lésions apicales associées aux cancers de la peau et du sein.**

Le Dr Burrows montre d'une façon logique et plausible les relations des infections apicales et des cancers de la peau et des seins. Il indique la grande influence que les infections focales de la bouche exercent sur les maladies constitutionnelles en général, en ajoutant le cancer à la liste des affections attribuées à ces infections. Il semblerait ainsi que cette liste est presque complète, et que ces infections sont la cause de maladies de ce genre bien plus nombreuses que nous ne pensions. L'article indique au dentiste sa responsabilité à l'égard du patient en lui soignant convenablement sa bouche, afin d'éviter les conséquences fâcheuses de ces infections. Nous pensons de plus en plus que, si ces infections étaient éliminées, le rôle du médecin serait bien plus aisé, mais le rôle du dentiste n'en serait que plus pénible.

BERTRAND S. FROHMAN. — **L'application de la psychothérapie aux problèmes dentaires.**

C'est une étude sur les rapports de la psychothérapie au traitement des dents. Les suggestions de l'auteur touchant la psychanalyse des patients atteints de névroses aideront incontestablement le dentiste dans bien des cas. Il cite plusieurs cas spécifiques et indique sa manière d'opérer en partant du point de vue psychologique et psychothérapique.]

\* \* \*

*Résumé des articles de Décembre 1931*

WILMER SOUDER et WILLIAM T. SWEENEY. — **Le mercure est-il toxique dans les restaurations avec des amalgames dentaires ?**

Le Bureau des essais a signalé une série d'expériences destinées à résoudre la question si souvent agitée de la toxicité des restaurations avec des amalgames

dentaires. Ces expériences ont été faites scientifiquement comme d'habitude et les conclusions auxquelles le Bureau est arrivé peuvent se résumer ainsi. Il semble que l'affirmation de la toxicité du mercure en vapeur ou en solution provenant de l'amalgame et passant dans le corps par l'air ou les aliments entrant dans la bouche n'est pas justifiée.

LIEUTENANT WALTER REHEAUER, du corps dentaire de la Marine. — **L'arc métallique à ancrage de Baker modifié pour fracture.**

L'auteur expose la valeur de l'arc métallique à ancrage de Baker, dans le traitement des fractures du maxillaire. Il indique la technique de l'emploi de cet appareil et le traitement après sa mise en place. Il cite plusieurs cas dans lesquels cet appareil a été appliqué. Cet appareil a été d'un très grand secours dans le corps dentaire de la Marine pour le traitement des fractures du maxillaire.

LÉONARD ROSENTHAL. — **Les effets des troubles constitutionnels sur les tissus dentaires.**

Le Dr Rosenthal signale une série de cas dans lesquels il semble que l'état pathologique des dents était nettement lié à l'état pathologique de l'organisme et en dépendait. L'auteur ne présente cela que comme un travail préliminaire et réserve ses conclusions définitives jusqu'après une étude plus complète.

ANDREW FRANCIS JACKSON. — **La nature et le lieu de l'intervention mécanique en orthodontie.**

C'est le troisième et dernier article dans lequel l'auteur expose avec soin sa technique dans le traitement des irrégularités avec une série de cas de tous genres traités par l'orthodontie.

SAMUEL MONASH. — **Aspects de la syphilis intéressants pour le dentiste.**

Etude des diverses lésions survenant dans la bouche et dans le voisinage de celle-ci à la suite d'infection syphilitique, offrant de l'intérêt au dentiste surtout à cause du service qu'il peut rendre au patient et à cause de la protection que cela peut lui offrir à lui-même contre une infection accidentelle.

W. F. CHAPPELLE. — **Simplification et stabilisation des crampons.**

Etude fort intéressante pour les praticiens qui emploient les crochets pour restaurer un dentier partiel. L'auteur a analysé les forces développées dans les fixations à crochets et fournit des indications très précieuses sur la nature et les qualités des crampons convenant le mieux au cas individuel.

BENJAMIN TISHLAR. — **Modification du régime alimentaire.**

Dans de nombreux cas, une modification du régime alimentaire a été adoptée pour corriger et guérir un état pathologique des dents. Etude abondante en conseils de bon sens pour régler le régime alimentaire dans les maladies de la bouche et des tissus associés.

CINQ AUTEURS EN COLLABORATION. — **Zones de réaction acide dans la cavité buccale en corrélation avec la présence de caries dentaires.**

Rapport sur l'examen de 13.000 cas environ pour déterminer les zones de la bouche dans laquelle la propension à la carie est la plus marquée. Les études ont porté principalement sur la variation de l'acidité des diverses zones et, tandis

qu'en apparence le degré d'acidité est lié à la susceptibilité, les auteurs trouvent que les dents ayant le plus de prédisposition à la carie sont celles dans lesquelles il y a des défauts de développement.

BERNARD B. BADANES. — **Arthrites et maladies dentaires.**

L'auteur étudie une série de maladies constitutionnelles et considère les relations de la spésie et de l'infection buccale avec l'arthrite. Il cite beaucoup d'autorités et son article montre clairement la relation étiologique intime de l'infection focale de la bouche avec l'arthrite chronique.

C. K. BIRD. — **L'érosion et l'abrasion des dents naturelles.**

L'auteur étudie l'effet de l'érosion et de l'abrasion sur l'appareil masticaire. Il s'occupe principalement des changements survenant dans les relations occlusales provenant de la fermeture de l'occlusion. Il formule aussi des observations et des suggestions relatives à l'ouverture de l'occlusion par le dentiste et l'influence de cet acte sur l'articulation mandibulaire.

HYMAN FREEDMAN. — **Malformation de la dentition.**

L'auteur signale une anomalie très singulière de la dentition temporaire et de la dentition permanente. Il indique très nettement la valeur des rayons X pour diagnostiquer cet état et la quasi-impossibilité d'un diagnostic exact de cet état sans l'emploi de ces rayons.

A.-R. FELHY. — **Corrélation des problèmes médicaux et dentaires.**

L'auteur montre clairement les bienfaits pour le patient d'une collaboration sympathique et intelligente entre le dentiste et le médecin. En qualité de docteur en médecine, il est absolument partisan de cette collaboration.

---



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 5 Janvier 1932

PRÉSIDENTE DE M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 21 heures.

*Excusés* : MM. les Drs Leblan, secrétaire général, souffrant, et Bonnet-Roy.

#### I. — CURETTAGE ET OBTURATIONS APICALES, par M. le Dr ROY.

M. le Dr Roy donne lecture de sa communication (*sera publiée*).

##### Discussion

M. le Président. — Je tiens à remercier M. le Dr Roy pour sa communication si intéressante. Il nous a apporté une contribution nouvelle pour la conservation des dents infectées et particulièrement de celles qui doivent servir à nos patients en vue d'une restauration prothétique.

#### II. — OBSERVATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE MACRO ET MICROSCOPIQUE D'UN ÉPITHÉLIO-GRANULOME MICROKYSTIQUE HÉMORRAGIQUE. par MM. le Dr DELATER et P. LEQUATRE.

M. Lequatre donne lecture de la communication (*V. p. 69*).

##### Discussion

M. le Dr Delater. — Permettez-moi d'abord d'offrir mes compliments à M. Lequatre pour le merveilleux parti qu'il a tiré de cette observation, prise parmi les nombreuses qui se sont offertes à nous depuis plusieurs années.

Puis, je vous inviterai à venir examiner les images qui sont sur ce grand tableau ; elles illustreront de nouveau, par des dessins en couleurs reproduisant des microphotographies, les affirmations que vient de vous donner M. Lequatre.

Vous verrez dans les premières images, qui représentent des épithélio-granulomes microkystiques, d'une part une série d'espaces clairs entourant des îlots ; ces espaces clairs sont bourrés de globules rouges, de cellules épithéliales et de leucocytes. A côté se trouve une reconstitution schématique de ce qu'était l'épithélio-granulome avant l'hémorragie. La figure suivante vous représente l'embrochage de la paroi épithéliale par les capillaires venus du conjonctif ; ils sont bourrés d'hématies et de leucocytes ; l'un d'eux éclate et les capillaires déversent leur contenu dans les fentes du futur kyste.

Puis vous voyez un de ces gros kystes apicaux dont voici une coupe appendue à l'apex ; et plus loin vous assistez à l'une de ces métaplasies où l'on

voit les cellules plates de l'épithélium malpighien devenir cubiques se renfler en une tête sécrétante ; leur nouvelle fonction va augmenter la quantité du liquide que le kyste contient ; ce ne sera plus du sang, mais, un liquide muqueux qui permettra au contenu d'abord rouge de devenir transparent et jaune citron comme vous le constatez si souvent.

Dans les préparations suivantes, vous assistez à la métaplasie graisseuse des cellules épithéliales et conjonctives et à la transformation cholestérinique de cette métaplasie graisseuse.

C'est donc secondairement que se fait la dislocation cholestérinique ; le processus premier est une hémorragie dans une travée épithéliale de l'épithélio-granulome.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. le Dr Delater et M. Lequatre pour le beau travail qu'ils nous ont présenté ce soir. Mais je tiens surtout à remercier M. Lequatre d'avoir osé venir nous l'apporter ; je suis persuadé qu'on a été obligé un peu de l'y encourager.

M. Lequatre est élève de 3<sup>e</sup> année de scolarité à l'Ecole. C'est un exemple pour les jeunes praticiens qui sortent, qui ne nous apportent rien, attendent que les anciens donnent des communications.

Ce que vous remarquerez surtout tout à l'heure sur les deux feuillets qu'on va vous faire passer, ce sont les deux dessins faits par M. Lequatre lui-même, à la plume ; il a copié ce qu'il a vu sous le microscope et il en a fait les beaux dessins qui lui ont permis d'ailleurs d'être lauréat du concours d'asepsie de l'Ecole ; ce travail a été exposé au Congrès Dentaire International, à la section de pédagogie, ce qui prouve qu'on l'a apprécié et qu'on lui a accordé une certaine valeur.

Un autre fait, c'est que vous devez savoir qu'il existe à l'Ecole un laboratoire de recherches biologiques. Vous ne devez pas hésiter à envoyer vos cas pathologiques intéressants au Dr Delater qui se fera un plaisir de les étudier. Il faut des centaines de cas peu intéressants pour en trouver un de ce genre qui puisse apporter parfois une contribution pour l'explication d'une théorie nouvelle.

Je remercie donc M. Delater d'avoir bien voulu pousser et former M. Lequatre au point de vue de ses études histologiques et bactériologiques et remercie encore une fois M. Lequatre d'avoir bien voulu nous apporter sa communication.

### III. — L'IMPORTANCE DE L'OBSERVATION MÉTHODIQUE EN ORTHODONTIE, par MM. P. HOUSSET et R. REGNAULT.

*M. Regnault* donne lecture de la communication. (*Sera publiée.*)

#### *Discussion*

*M. R. Fraenkel* donne lecture d'une note (*V. p. 72*).

*M. le Dr Roy.* — La communication que vous venez d'entendre appelle pour moi quelques réflexions que je vous demande la permission de vous soumettre.

MM. Housset et Regnault font un exposé très intéressant de l'étiologie des malformations dento-maxillaires et ils recherchent les causes de celles-ci.

Incontestablement, ces causes sont fréquemment d'origine générale. Néanmoins, dans l'exposé qu'ils viennent de nous faire, il est deux points que je voudrais retenir particulièrement : c'est l'hérédo-syphilis et la tuberculose auxquelles ils font jouer un rôle capital, je dirais presque exclusif.

Je crois qu'il y a là une exagération sur laquelle j'appelle votre attention. Sans doute, l'hérédo-syphilis joue un rôle dans l'étiologie de certaines malformations dentaires ou autres ; mais de là à généraliser comme certains auteurs et MM. Housset et Regnault avec eux l'ont fait, je crois qu'il y a une exagération.

La syphilis est très répandue, cela est un fait, mais il serait à mon sens tout à fait abusif de vouloir y rattacher toute la pathologie et en ce qui concerne les affections dentaires, je vous signalerai par deux exemples les exagérations auxquelles cette tendance à vouloir faire intervenir l'hérédo-syphilis dans les malformations dento-maxillaires peut conduire.

Il y a une quinzaine d'années, nous avons eu presque simultanément la publication de deux travaux au sujet des malformations dentaires : l'un de M. le Prof. Gaucher, l'autre de M. Saboureau, deux éminents spécialistes en syphiligraphie. Eh bien, l'un d'eux, le Prof. Gaucher, est venu dire que tous les individus ayant un diastème entre les incisives centrales supérieures étaient des hérédo-syphilitiques ; et à la même époque, presque simultanément, M. Saboureau faisait une communication dans laquelle il prétendait que tous les individus présentant un tubercule à la face palatine des molaires supérieures, tubercule connu sous le nom de tubercule de Carabelli, étaient des hérédo-syphilitiques.

J'ai publié à cette époque une étude dans laquelle j'ai montré l'erreur profonde qu'il y avait à attribuer à des faits qui répondaient à un caractère racial une origine syphilitique qu'ils n'avaient pas.

Je prends ces deux exemples pour montrer les exagérations qui se sont manifestées d'une façon telle qu'actuellement vous trouveriez encore beaucoup de médecins qui, en présence d'un individu ayant les incisives centrales écartées, vous diront : c'est un hérédo-syphilitique ou qui, voyant un tubercule de Carabelli sur les molaires d'un malade, vous diront : c'est de l'hérédo-syphilis.

Il est extrêmement dangereux de lancer quelquefois un peu à la légère, comme M. Gaucher et M. Saboureau, des affirmations de ce genre-là parce qu'elles s'incrusteront dans la mentalité des gens, des médecins en particulier, et il en résulte des idées absolument fausses qui peuvent avoir pour les malades les pires conséquences parce que cela oriente les recherches du clinicien dans un ordre d'idées qui peut être complètement faux et cela le fait passer à côté de la cause réelle qu'il méconnaît à cause justement d'une idée erronée qu'ont jetée dans son esprit des affirmations insuffisamment étudiées.

Je crois que nous, dentistes, nous sommes à même d'étudier plus particulièrement ces points-là.



On peut s'expliquer que des gens comme Gaucher et Saboureau viennent apporter des généralisations comme celles que je viens de citer ; c'est qu'ils ne sont pas dentistes et ils auraient bien dû au moins faire un stage dentaire avant de se mêler de juger des questions d'anatomie et de pathologie dentaires qu'ils ne connaissent pas.

Il y a donc lieu pour nous dentistes de faire très attention. Je vous signale cette tendance qui est un peu fréquente chez les médecins parce qu'ils ne vont pas chercher plus loin ; c'est tellement commode de dire : c'est de l'hérédo-syphilis que vraiment on s'y laisse aller un peu trop facilement et quand on voit une anomalie, on dit : c'est de l'hérédo-syphilis. Eh bien, non ! ce n'est pas fatal, il y a quantité d'autres causes qui peuvent intervenir dans tous les phénomènes tératologiques en face desquels nous nous trouvons, et je prends comme exemple toute la pathologie nerveuse qui, elle, a peut-être encore beaucoup plus d'importance dans les manifestations tératologiques. Je sais que l'hérédo-syphilis, elle aussi, peut jouer un rôle dans la pathologie nerveuse ; néanmoins je trouve que les auteurs ont fait une part beaucoup trop large à l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des malformations.

Je vous citerai encore ce fait que beaucoup de médecins, je dirai presque la généralité, quand ils voient des dents érodées dans la bouche d'un individu, n'hésitent pas à dire : c'est de l'hérédo-syphilis, ce qui est tout à fait erroné. C'est de l'hérédo-syphilis si vous constatez la présence de la vraie dent d'Hutchinson avec ses caractères particuliers ; encore faut-il qu'elle soit associée avec des lésions cutanées oculaires et auriculaires ; il faut que tous ces signes co-existent en même temps.

Car la dent d'Hutchinson, à elle seule, qu'est-ce qu'elle indique ? elle indique que l'individu qui possède cette dent-là a eu un trouble dans les trois premiers mois qui ont suivi sa naissance ; un point c'est tout. Ce trouble peut être l'hérédo-syphilis, mais ce peut être autre chose.

Ce trouble est plus souvent de l'hérédo-syphilis, pourquoi ? Parce que les affections graves qui frappent un enfant dans les trois premiers mois qui suivent sa naissance, sont généralement mortelles. Qu'un enfant dans les trois premiers mois de sa naissance fasse une rougeole, une broncho-pneumonie, une scarlatine, il a 99 chances sur 100 de mourir ; qu'il fasse de la syphilis héréditaire, il peut survivre et il survit souvent. Voilà pourquoi les manifestations pathologiques graves qui se produisent dans les trois premiers mois qui suivent la naissance, qui se manifestent par des érosions dentaires, sont le plus souvent de l'hérédo-syphilis, mais ce n'est pas une règle absolue, et je persiste à dire que toute érosion qui se manifeste sur une dent indique simplement qu'il y a eu non pas forcément de l'hérédo-syphilis, mais un trouble grave, un trouble sérieux de la nutrition chez cet individu à l'époque correspondant à la formation des liserés d'érosion.

En conclusion, je dis donc que, s'il faut, à juste titre, faire entrer l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des malformations des maxillaires, il y a lieu de faire une discrimination très prudente entre les divers cas en présence desquels on se trouve.

MM. Housset et Regnault ont fait rentrer la tuberculémie dans l'étiologie des malformations ; mais, là, ils ont parlé surtout de la carie plutôt que des malformations. Sur ce point je tiens à déclarer que je m'inscris en faux contre une théorie qui malheureusement, à mon sens, est beaucoup trop généralisée, c'est celle de la carie dentaire chez les tuberculeux. Mon expérience personnelle et les observations que j'ai faites ne me permettent pas de corroborer cette opinion.

J'ai vu, dans des familles que je soignais, des individus tuberculeux et d'autres qui ne l'étaient pas ; j'ai vu les individus tuberculeux avec d'excellentes dents alors que les membres de la même famille qui n'étaient pas tuberculeux avaient des dents abominables.

J'ai soigné dans le cours de ma carrière des gens qui sont devenus tuberculeux et qui ont conservé leurs dents en parfait état, j'ai vu des gens tuberculeux mourir jeunes avec des dents de qualité plutôt bonne, quelquefois même excellentes, tandis qu'au contraire vous voyez des quantités d'individus qui arrivent à un âge avancé, qui semblent n'avoir jamais présenté dans le cours de leur existence de manifestations tuberculeuses, et qui ont perdu leurs dents de très bonne heure par carie.

Cette relation entre la carie dentaire et la tuberculose est, à mon avis, une erreur que l'on répand indûment, à mon sens, dans l'opinion publique, dans l'opinion médicale et dans l'opinion odontologique. Que les tuberculeux se déminéralisent, c'est un fait ; l'analyse d'urine semble le montrer ; mais est-ce que cela veut dire que cette déminéralisation s'exerce au niveau des dents ? En aucune manière. Les dents ne peuvent se déminéraliser par le fait de la circulation : voilà un point qui doit être établi.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce point-là dans des travaux que je vous présenterai ultérieurement. Les dents se déminéralisent par la voie externe, mais pas par la voie sanguine ; les os, eux, au contraire, se déminéralisent par la voie sanguine. Or, une fois de plus, je proteste contre l'assimilation absolument abusive qui est faite entre la calcification osseuse et la calcification dentaire. Il y a un monde entre ces deux processus.

Voilà les quelques points sur lesquels je tenais à présenter des observations. Mais je ne voudrais pas que les auteurs, mon ami Housset et M. Regnault, puissent penser que c'est une critique trop acerbe de leur travail auquel je m'empresse de rendre hommage, car il représente une étude extrêmement importante et très bien faite de cette question des manifestations dento-maxillaires ; mais je tiens à appeler leur attention et celle de vous tous sur le danger de certaines généralisations qui, à mon point de vue personnel, me paraissent un peu excessives et qui ne peuvent pas être sans danger quant à la recherche du traitement, puisque tout le traitement découle de l'étiologie.

*M. P. Housset.* — L'observation que le Dr Regnault a inscrite au tableau est mise en pratique par moi depuis de longues années, mais elle fut complétée récemment.

Ce soir, le Dr Regnault ne vous présente que l'étiologie générale, il s'est

abstenu de vous décrire les causes locales, se réservant pour une autre séance.

Je dois dans cette communication faire la part très large au D<sup>r</sup> Regnault qui a rédigé le texte, je lui ai indiqué quelques suggestions et nous avons échangé de nombreuses idées.

Je dois dire, sans vouloir l'abandonner, qu'à plusieurs reprises, au point de vue de l'hérédo-syphilis et de la tuberculémie, je trouvais ses idées un peu exclusives. Il est vrai cependant que son interprétation de la tuberculémie conduit à l'examen de nombreux faits troublants et je crois qu'il ne faut pas, *à priori*, leur dénier toute importance.

Je voudrais répondre au D<sup>r</sup> Roy quant à l'hérédo-syphilis et je crois que le D<sup>r</sup> Regnault pourrait argumenter la question de la tuberculémie.

D'ailleurs pour l'hérédo-syphilis, le D<sup>r</sup> Regnault a fait des réserves. Il a bien indiqué qu'il y avait d'autres causes et, parmi celles-ci, il a cité les carences.

Sans doute il aurait pu développer davantage l'étiologie des dysmorphoses par maladies infectieuses et par les différentes carences : ces dernières sont nombreuses, carence de vitamines, carence de respiration (mauvaise hématoxémie), carence de dynamisme, carence du jeu musculaire, etc..., car, si l'on admet que la forme de la matière résulte de l'absorption et de l'émission d'énergie, l'importance des carences devient immédiatement plus évidente.

Pour l'hérédo-syphilis, je crois avec d'autres auteurs, et j'ai demandé au D<sup>r</sup> Regnault de le signaler, qu'en dehors des transmissions directement pathologiques, il peut exister une hérédité de stigmates qui ont été pathologiques à un moment donné, mais qui ne conservent plus qu'un caractère morphologique acquis et cependant transmissible. On peut sans doute admettre que l'infection tréponémique est alors éteinte.

Par exemple, on reconnaît que l'effondrement des os du nez est d'ordre syphilitique. Il existe des familles où l'on peut retrouver après de nombreuses générations cette forme nasale.

Je suis d'accord avec le D<sup>r</sup> Roy, le tubercule de Carabelli n'est certainement pas toujours de nature spécifique. Récemment une belle étude fut faite dans *La Semaine Dentaire* par le D<sup>r</sup> Lamache qui a conclu qu'on ne pouvait pas dire que la syphilis était toujours à l'origine du tubercule de Carabelli, et c'est très juste.

Des médecins nous envoient des malades en déclarant souvent : « c'est un hérédo-syphilitique, il a une dent d'Hutchinson ». On ne peut donner cette définition que si les dents présentent les caractères décrits par Hutchinson et qui sont au nombre de quatre : le siège, l'inclinaison de la dent, la forme en tournevis et le coup d'ongle. De plus Hutchinson avait signalé, reliées à cette displasie, des lésions auditives et oculaires.

A l'heure actuelle on ne considère plus cette triade, il suffit d'une petite displasie linéaire pour dire : c'est un hérédo-syphilitique. C'est un abus et je suis bien d'accord avec le D<sup>r</sup> Roy sur ce sujet.

Cependant, songeons toujours à l'hérédo-syphilis. Nous avons soigné ré-



cemment une fillette qui présentait des érosions linéaires. Rien ne nous aurait autorisé à considérer cette lésion comme hérédosyphilitique si je n'avais soigné auparavant le père en pleine évolution secondaire d'une syphilis cutanée comme on n'en voit presque plus et rebelle aux différents traitements. Or, j'ai soigné aussi le grand-père qui m'a dit avoir eu la syphilis à une époque telle que, lorsqu'il a engendré son fils, il était en pleine période secondaire.

Le fils présentait une obésité très forte, un frère plus jeune avait des stigmates. On peut donc admettre que le fils a été réinfecté pour son propre compte, comme d'ailleurs l'a déjà prouvé Milian. Sa fillette porte une hérédité spécifique surajoutée, elle paraît cependant légèrement atteinte et sans ces anamnèses on aurait pu ne pas songer à la syphilis.

*M. le Dr Solas.* — Ce n'est pas la première fois qu'on parle de la tuberculose en rapport avec la carie dentaire, et je crois que chaque fois que nous avons parlé de ce sujet nous n'avons pas envisagé les différentes modalités.

Tuberculose est un mot extrêmement vaste ; M. Roy nous parle de patients qu'il a soignés, qui sont manifestement tuberculeux, qui ont de très belles dents ; mais il faudrait connaître l'âge de ces patients. Lorsqu'on s'occupe de malformations dentaires, il ne s'agit que de patients jeunes. Lorsqu'on soigne des gens dans la pratique courante, ce sont des gens de tous âges. La tuberculose revêt plusieurs formes. Il y a des patients qui ne se déminéralisent pas, bien au contraire. Il n'est pas rare de trouver chez des tuberculeux ayant guéri ou en voie de guérison des concrétions calcaires dans le poumon ; il n'y a rien d'extraordinaire que ces gens-là présentent des dents qui ne soient pas décalcifiées.

Je vous indique dans quelle voie je voudrais m'engager si je voulais, au point de vue des malformations dentaires, étudier la question d'une façon précise ; il faudrait examiner exclusivement des sujets jeunes et voir chez ces sujets à quel stade d'infection tuberculeuse ils sont, stade de prédisposition, stade d'invasion avec lésions tuberculeuses évolutives et déminéralisation, ou, au contraire réaction vigoureuse, donc reminéralisation.

En matière de syphilis, je ne crois pas que toutes les lésions puissent être rapportées à l'hérédosyphilis, mais je crois qu'il ne faut pas que nous hésitions à y penser très souvent. Il n'est pas très grave d'avoir provoqué un examen de sang. Il est délicat de parler de ces questions à l'occasion de présentation d'enfants ; mais enfin, lorsque nous avons un doute, il est de notre devoir de faire bénéficier notre patient d'un examen dont peut dépendre sa vie. On signale toujours, à juste titre, l'observation-type de cette jeune fille qui, atteinte d'érosions dentaires, n'a pas été examinée au point de vue sérologique. Cette jeune fille a fait un accident spécifique oculaire tellement grave, vers 17 ou 18 ans, qu'elle a perdu la vue complètement.

Il faut donc penser très souvent à la syphilis et ne pas se priver, par crainte de considérations mondaines, d'un examen qui peut être d'une importance capitale pour le patient.

*M. P. Housset.* — Le Dr Roy dit que la décalcification se fait toujours par la voie exogène et il sépare absolument les phénomènes de calcification

des dents de ceux de l'os. Je ne sais pas si depuis les travaux de Leriche, si bien repris par Frey, on peut séparer aussi nettement, à ce sujet, ces deux organes. La calcification de la dent n'est pas fixée une fois pour toutes, il est évident que la dent évolue vers l'état calcaire, mais ne peut-il exister des rémissions ? L'hypocalcification comme l'hypercalcification ne sont souvent, pour la masse dentinaire, que des discalcifications. C'est une question à approfondir, mais je ne peux croire que la décalcification soit toujours d'ordre exogène, elle peut être aussi de cause endogène.

Pour revenir aux dysmorphoses le Dr Regnault aurait pu insister sur la transmissibilité des caractères acquis. Par exemple ne retrouvons-nous pas fréquemment l'atrésie chez les parents et chez les grands-parents ? Je ne parle même pas du prognathisme, trop classique.

D'ailleurs quel problème, en orthodontie, dans les cas d'atrésie bi-héréditaire, notamment quand l'un des parents transmet une macrodontie !

*M. le Dr Roy.* — Pour répondre à ce que vient de dire M. Housset, je répète ce que j'ai dit, à savoir que si la déminéralisation osseuse par voie sanguine est une chose normale, il n'en est pas de même de la déminéralisation des dents, car la physiologie osseuse est tout à fait différente de la physiologie dentaire.

N'oubliez pas qu'aucun de vous n'a, à l'heure actuelle, une seule des cellules osseuses qu'il a apportées en venant au monde ; depuis longtemps elles ont disparu et elles se sont renouvelées.

Je pense que vous avez tous encore des dents, au moins quelques-unes ; eh bien, les dents que vous avez dans la bouche ont actuellement les mêmes cellules ou éléments d'émail, d'ivoire qu'elles avaient quand elles ont poussé. Ces cellules ont pu se modifier légèrement par quelques apports, mais ce sont les mêmes. Ce sont les seuls éléments cellulaires de l'organisme qui se trouvent dans ces conditions-là. C'est cela qui donne à la pathologie dentaire son caractère spécial et c'est cela même qui a créé les dentistes.

C'est aussi pour cela que les dents sont les derniers éléments de l'organisme humain qui disparaissent dans le néant et qu'elles ont une importance telle au point de vue anthropologique, car vous savez que les dents jouent un rôle considérable en anthropologie, puisque ce sont les derniers vestiges que l'on trouve là où l'homme a vécu.

Les dents peuvent se modifier par des apports, c'est un fait ; elles peuvent se calcifier légèrement avec l'âge, Gallipe l'a montré par sa mesure de densité des dents ; mais pour qu'elles perdent des sels calcaires, il faudrait que ceux-ci soient repris par la circulation. Est-ce que vous croyez la circulation dentinaire, si tant est qu'elle existe, capable de reprendre ces sels ? Allez donc comprendre la reprise des sels calcaires, de l'ivoire et de l'émail par la circulation dentinaire : expliquez-la moi, je serais heureux que l'on m'apporte une explication plausible de ce processus de déminéralisation dentaire de ce genre-là.

M. Housset a apporté à l'appui des causes de la carie par déminéralisation un exemple qui, je regrette de devoir lui dire, va diamétralement à l'opposé de la thèse qu'il voudrait soutenir. Je pose d'abord en fait que la

carie du collet, c'est une affirmation très nette, très précise, la carie du collet est toujours due à une absence de brossage, et M. Housset cite à l'appui de sa thèse un cas de carie cémentaire. Or, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la carie du ciment n'a rien de commun avec la carie vulgaire de la couronne, car elle ne s'observe que dans des cas particuliers, puisqu'elle se produit, se développe sur un tissu qui, physiologiquement, ne doit pas se trouver à découvert.

*M. P. Housset.* — Le Dr Roy nous dit que la cellule dentaire est immuable, mais je ne vois pas ce que c'est que la cellule dentaire, ni même la cellule dentinaire dans un composé tissulaire aussi complexe que la dentine. Admettez-vous que la pulpe, par exemple, et la fibrille dentinaire aussi sont immuables, qu'elles ne font pas d'apport calcique de dentine secondaire ?

*M. le Dr Roy.* — Je dis que, si je crois à la possibilité d'apports calcaires dans la dentine, je ne crois pas à la reprise circulatoire appréciable des sels calcaires, de l'émail et de la dentine.

*M. P. Housset.* — C'est une affirmation, je préférerais une preuve ?

*M. le Dr Roy.* — Je suis moins exigeant que vous, je ne demande même pas qu'on me prouve, je demande que l'on tente de m'expliquer.

*M. P. Housset.* — Alors je demande aussi pourquoi il y a apport et pourquoi il n'y a pas reprise. On admet bien que la pulpe a un afflux sanguin et qu'elle est en rapport avec la masse dentinaire. Si les mutations calciques qui peuvent se produire sont lentes et d'ordre infinitésimal, sont-elles, pour ces raisons, niables *à priori* ?

*M. P. Housset.* — Au point de vue scientifique ce n'est qu'une affirmation.

J'ai cité le cas d'un malade qui, atteint d'hémiplégie gauche, fit dès ce moment de rapides caries du collet. Je crois à une carie d'ordre endogène, au début, par troubles vaso-moteurs et décalcification. Vous incriminez, en raison de l'hémiplégie, le défaut de brossage comme causes de ces caries. Mais dans ce cas le malade eût fait des caries des deux côtés, d'autre part disposant de sa main droite il pouvait parfaitement brosser l'hémi-maxillaire gauche et n'y manquait d'ailleurs point. Je crois dans ce cas à une origine endogène.

*M. le Dr R. Regnault.* — Je répondrai rapidement au Dr Roy qui paraît avoir mêlé la tuberculose et la tuberculémie. J'ai bien insisté sur ce fait que la tuberculémie n'est qu'une toxémie préparatoire à la tuberculose, au cours de laquelle il n'existe encore aucune lésion anatomo-pathologique.

Je suis loin d'avoir encore l'expérience du Dr Roy et j'admets volontiers que la tuberculose n'entraîne pas fatalement une décalcification dentaire. Mais je veux parler de la tuberculémie au cours de laquelle on voit presque toujours une décalcification profonde qui atteint plus particulièrement les dents. Je ne l'explique pas, mais je constate que beaucoup d'enfants qui viennent à la consultation du jeudi, et qui présentent des poly-caries tout à fait nettes, sont en même temps des tuberculémiques d'abord par les si-



gnes qu'ils présentent et surtout par l'épreuve du traitement. C'est sur ce syndrome que j'ai voulu attirer l'attention de la société.

En manière de conclusion, j'ai voulu mettre ce fait en évidence que la tuberculémie et l'héredo-syphilis sont des causes importantes de dysmorphoses, non seulement directement, mais encore indirectement, en préparant, en somme, un terrain sur lequel agiront beaucoup plus facilement les causes secondaires.

Il n'a jamais été dans ma pensée de dire que toutes les dysmorphoses reconnaissent pour cause, soit la tuberculémie, soit l'héredo-syphilis ; loin de là ; j'ai simplement voulu attirer l'attention de la Société sur le fait qu'elles sont souvent à la base des dysmorphoses maxillo-faciales.

*M. le Dr Roy.* — Sous cette forme restrictive je serai alors d'accord avec vous...

*M. le Dr Regnault.* — Je pense, comme le faisait justement remarquer M. le Dr Solas, qu'il convient de discriminer selon les âges. Il est certain que des adultes peuvent présenter des phénomènes variables, suivant leur mode de réaction aux causes pathologiques. Ici, il s'agit encore une fois de tuberculémie et d'enfants encore en pleine période de calcification.

*M. Desagne.* — M. Regnault n'a pas répondu à M. Fraenkel qui vient de décrire un nouveau plan d'orientation.

*M. le Président.* — Cela viendra quand les auteurs aborderont l'examen local.

Je tiens à remercier MM. Housset et Regnault d'être venus faire ce soir cette communication. J'espère qu'ils reviendront encore cette année pour nous donner leur deuxième communication. Je les remercie en votre nom à tous d'avoir soulevé cette question extrêmement importante et j'espère que le Dr Solas et le Dr Roy voudront bien, un soir, nous apporter leurs vues sur la déminéralisation.

Je trouve cette communication extrêmement intéressante et je tiens encore une fois à remercier tout particulièrement MM. Housset et le Dr Regnault de nous l'avoir faite.

#### IV. — PROPOSITIONS DIVERSES.

*M. le Dr Solas.* — Un certain nombre de Sociétés scientifiques ont envoyé, à l'occasion du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, des délégués à Paris. Ces délégués ont nommé membres honoraires de différentes sociétés dentaires quelques-uns de nos confrères.

Je crois qu'il serait indispensable que la Société d'Odontologie envisage la réciprocité. Je demande donc au Bureau de bien vouloir examiner quels sont les confrères qui seraient susceptibles d'être nommés membres honoraires ou membres associés de la Société d'Odontologie.

Je dépose ce vœu sur le Bureau afin qu'il étudie les propositions possibles et nous présente les candidatures dans une prochaine séance.

*M. le Président.* — M. le Dr Solas demande que vous autorisiez votre Bu-

reau à discuter les titres d'un certain nombre de confrères étrangers à qui nous donnerions le titre de Membre honoraire de la Société d'Odontologie. Quelqu'un est-il opposé à ce vœu ?

*M. Haloua.* — J'appuie la proposition de M. Solas.

*(Adopté à l'unanimité.)*

*M. le Président.* — Je voudrais vous annoncer dès maintenant le programme de la prochaine séance, afin de vous demander d'être un peu plus exacts au rendez-vous. Nous commencerons avant 9 heures. Nous discuterons l'organisation des services du traitement des canaux dans les Ecoles Dentaires. J'ai pu obtenir la collaboration, le concours du D<sup>r</sup> Pont et de M. Raton, de l'Ecole de Lyon ; de M. Marmasse, de l'Ecole Odontotechnique et de M. Martinier, de l'Ecole Dentaire de Paris.

Comme je crois que les rapports seront un peu longs, je demanderai à ceux qui voudront bien prendre la parole de s'inscrire avant la séance. La parole ne sera donnée qu'à ceux qui se seront fait inscrire.

D'autre part, je tiens aussi à prévenir ceux qui demanderont la parole, que selon le temps qui nous restera, on sera obligé de limiter la durée de parole de ceux qui demanderont à discuter ces rapports.

La séance est levée à 23 h. 10.

*Le Secrétaire adjoint :*  
Jean RIVET.

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

*Séance du 22 Décembre 1931*

La séance est ouverte à 20 h. 30 sous la présidence de M. Nivard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Ensuite, le D<sup>r</sup> Fay présente, dans un travail très intéressant, ses opinions sur le rôle des glandes endocrines dans l'évolution dentaire. Il insiste sur la tendance actuelle qui porte beaucoup de praticiens à trop se fier à des troubles du système dentaire pour diagnostiquer des perturbations endocriniennes.

MM. Marmasse, Sapet, Nivard, Schatzman et Lebrun prennent la parole.

Le D<sup>r</sup> Le Mée expose alors la méthode nouvelle qu'il préconise pour rechercher et diagnostiquer les maladies des sinus. Cette méthode, appelée méthode de déplacements, permet de remplir de lipiodol ou de tout autre liquide médicamenteux tous les sinus de la face et du crâne et de pouvoir ainsi, par une étude radiographique appropriée, préciser la valeur et l'état d'infection de chaque sinus.

La parole est ensuite donnée au D<sup>r</sup> Simonet qui fait connaître et commente les remarquables travaux de Mrs Mellanby. Les expériences ont porté sur plus de 2.000 chiens et les conclusions sont les suivantes : les lésions des dents sont déterminées par l'absence de vitamine antirachitique, tandis que les troubles des tissus voisins sont déterminés par l'absence de vitamine liposoluble.

Le D<sup>r</sup> Moure fait alors un très intéressant exposé dans lequel il explique que la mortalité très grande observée dans les opérations pour cancers de la langue est due au fait que l'on opère dans un milieu très infecté. Quelques déceptions que lui causèrent des traitements par le radium l'ont amené à étudier une mé-

thode chirurgicale qui lui donne des résultats des plus satisfaisants. Dans un premier temps, et sous anesthésie locale, il procède à l'ablation de la totalité ou d'une partie de la langue. Dans un deuxième temps et toujours sous anesthésie locale, à un évidement du cou et à l'ablation des ganglions des deux côtés.

Les résultats encourageants obtenus par l'auteur sont confirmés par un heureux pourcentage.

Le Dr Moure soumet ses malades à une thérapeutique préventive arsenicale avant ce genre d'intervention.

*Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.*

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

*Séance du 17 Novembre 1931*

### PRÉSENTATIONS :

Le Dr Régis présente une radiographie où l'on voit au fond d'un alvéole une masse opaque faisant croire à une racine incluse. Cette masse était constituée par un amas de pâte eugénol et oxyde de zinc appliquée là dans un but thérapeutique suivant la méthode de Gornouec. Il met les praticiens en garde contre cette erreur de diagnostic.

Le Dr Régis présente en outre un moulage montrant la présence d'une dent surnuméraire située en arrière d'une dent de sagesse supérieure.

Le Dr Palmgren (Suède) pense pouvoir traiter les pyorrhées alvéolaires par simple désinfection de la bouche et des culs-de-sac pyorrhéiques et présente à cet effet un appareil d'irrigation muni d'embouts fins et orientables.

Le Dr Cadenat présente deux grosses molaires soudées.

Le Dr Crocquefer présente deux grosses molaires soudées et deux incisives soudées. Il considère que les dents soudées présentent la forme de passage entre les dents normales et certaines tumeurs d'origine dentaire.

### COMMUNICATIONS :

*Les kystes fissuraux du maxillaire supérieur.* — Le Dr Cadenat, de Toulouse, rappelle que l'on trouve des inclusions épidermiques aux points de coalescence de l'os incisif et des maxillaires. Pour lui ces inclusions épidermiques peuvent donner naissance à des kystes n'ayant aucune relation avec le système dentaire, il ne peut malheureusement apporter aucun renseignement quant à leur nature histologique.

*Tumeur solide d'origine dentaire, épithélioma adamantin, odontome ou parodontome radiculaire.* — Les docteurs Rousseau-Decelle et Crocquefer rapportent une curieuse observation d'une tumeur dure, grosse comme une éminence Thénard, développée au-dessus d'une deuxième et d'une troisième grosse molaire gauche et s'étendant jusqu'au plancher de l'orbite. Cette tumeur contenait 7 dents normalement développées, son examen histologique permettra ultérieurement de la classer.

\* \* \*

*Séance du 22 Décembre 1931*

*Maladie de Bowen localisée à la muqueuse buccale.* — MM. Dechaume et Lacroix présentent l'observation d'une tumeur ressemblant à une épulis, ayant évolué chez un homme de 60 ans et ayant déterminé l'ébranlement des deux incisives centrale et latérale supérieures gauches. Cette tumeur, légèrement sai-



gnottante, s'accompagnant d'adénopathie sous-maxillaire, faisait craindre un épithélioma. Le diagnostic ne fut tranché que grâce à un examen histologique. C'est la première observation d'une maladie de Bowen localisée à la muqueuse buccale.

*Syphilis des maxillaires.* — M. Sassier présente l'observation d'un cas de syphilis des maxillaires guérie après traitement.

*A propos de deux cas de tumeurs mélaniques de la cavité buccale.* — MM. Aubin et Ch. Ruppe présentent deux observations de ces tumeurs particulièrement rares, siégeant toutes deux au niveau du maxillaire supérieur. Ces tumeurs surviennent en général après la cinquantaine, sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, siégeant de préférence à la voûte palatine ou au niveau des gencives. Ce sont soit des tumeurs primitives, soit des métastases d'un mélanosarcome de la choroïde ou d'un nævocarcinome. Elles constituent exceptionnellement la propagation d'un mélanome des fosses nasales. D'extension rapide, elles s'accompagnent d'un engorgement ganglionnaire précoce, donnent souvent lieu à des métastases cutanées, muqueuses, viscérales (hépatiques notamment). L'intervention doit être rapide, par l'électrocoagulation massive qui est le procédé de choix ou par l'exérèse qui se fait en passant en tissu sain. La radiothérapie est à rejeter.

*Gommes syphilitiques du maxillaire supérieur et de la face, difficulté du diagnostic avec l'ostéomyélite mandibulaire.* — M. le Prof. Lenormant et M. Crocquefer présentent l'observation d'un malade, qui, en 5 mois, a évolué d'abord trois gommes sous-périostées de la mandibule, puis trois gommes cutanées. Les trois premières ont donné des symptômes tels que les praticiens qui ont examiné le malade avant les auteurs, ont pu penser à une ostéomyélite mandibulaire. Le diagnostic n'a pu être affirmé que par la connaissance d'une syphilis acquise, le Wassermann, l'efficacité du traitement anti-syphilitique et de la radiographie qui montre l'absence de lésions périapicales.

*Abcès sous-périosté du maxillaire d'origine bucco-dentaire.* — D<sup>r</sup> Dechaume.

Ces abcès évoluent surtout chez l'enfant, ils produisent le décollement du périoste, ils peuvent siéger sur le rebord alvéolaire, versant vestibulaire ; ils sont alors la conséquence d'arthrite apicale suppurée ou de lésions du septum interdentaire. Au niveau de la dent de 6 ans, ils déforment à la fois la table externe et la table interne de l'os. On peut les voir évoluer également au niveau du palais.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(A. F. A. S.)

(Section d'Odontologie) (XIV<sup>e</sup>)

CONGRÈS DE BRUXELLES — 25-30 JUILLET 1932

Paris, le 1<sup>er</sup> Février 1932.

Cher et Honoré Confrère,

Au cours du Congrès de l'A. F. A. S., tenu à Alger en 1930, les membres de la Section d'Odontologie m'ont fait le grand honneur de me confier la Présidence de la Section pour le Congrès de Nancy en 1931.

Ce dernier, n'ayant pu avoir lieu, du fait du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris, mes fonctions de Président, après avis du Comité exécutif de la XIV<sup>e</sup> Section et du Bureau de l'A. F. A. S., m'ont été confirmées pour le prochain Congrès de Bruxelles, fin juillet 1932.

J'apprécie très vivement cet honneur, malgré que je ne puisse me méprendre sur l'importance des devoirs qu'il comporte. Aussi n'aurais-je pu prétendre être à la hauteur de ma tâche, si je n'avais été sûr de pouvoir compter sur la généreuse collaboration de tous ceux dont la notoriété scientifique et professionnelle permet d'apporter, au cours de ces assises professionnelles annuelles, les résultats de leurs recherches et travaux personnels, ainsi que le fruit de leur expérience clinique et technique.

D'aucuns seraient portés à croire que la continuation de notre participation aux Congrès de l'A. F. A. S. pourrait courir le risque d'être influencée par le succès toujours grandissant obtenu chaque année par la Semaine Odontologique. Ce serait là, ai-je besoin de l'affirmer, une erreur profonde, car ces deux manifestations ont chacune une portée distincte et ne peuvent que se compléter.

Alors que la Semaine Odontologique est devenue depuis quelques années la magnifique consécration de l'Union professionnelle, la section d'Odontologie de l'A. F. A. S., fondée il y a plus de 30 années par le grand animateur qu'a été Ch. Godon, constituera toujours pour notre profession la plus prestigieuse tribune à laquelle elle puisse prétendre dans le cadre de la Science Française. De plus, le Congrès de l'A. F. A. S. crée chaque année, dans la région où il se tient, une agitation scientifique des plus salutaires. L'occasion est, en outre, offerte à chaque membre du Congrès de se rencontrer avec d'autres chercheurs français et étrangers, d'échanger des idées et

de recueillir, au besoin des conseils, ce qui est bien la plus heureuse fortune qui puisse échoir à un travailleur de province trop souvent isolé.

Par sa brillante participation au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris, qu'elle a si bien organisé, la Profession dentaire française a pu élever encore son prestige scientifique international et prouver à la fois sa vitalité et la vigueur de son potentiel dans la recherche du Progrès.

Mais quelle qu'ait pu être la somme d'efforts que chacun de nous a apportée au cours de cette splendide manifestation mondiale, nous nous devons tous de maintenir à la section d'Odontologie de l'A. F. A. S. sa réputation d'activité scientifique, qui l'a fait considérer jusqu'ici comme une des plus vivantes parmi les 23 Sections que comporte cette vaste association.

La session de 1932 devant avoir lieu à Bruxelles, il est indispensable, qu'avec votre précieux concours nous la rendions digne de ses devancières — surtout de celle de Liège en 1924.

Qu'il me soit permis de vous dire que, sur mes sollicitations personnelles, plusieurs personnalités scientifiques de haute notoriété, ainsi qu'un grand nombre de mes collègues pédagogues et confrères français, belges, suisses, hollandais, etc., m'ont déjà assuré leur participation scientifique — et cela sans distinction de diplômes ou d'étiquette professionnelle. C'est dire que le succès de la session de Bruxelles peut être considéré, d'ores et déjà, comme certain.

Aussi m'est-il agréable d'adresser un appel particulièrement chaleureux, à tous mes confrères, afin qu'ils viennent nombreux, eux et leurs familles, au Congrès de Bruxelles. Ils y seront reçus comme nos amis Belges savent nous recevoir, c'est-à-dire avec toute l'affectueuse camaraderie qui les caractérise. Le souvenir des réceptions grandioses au cours de leurs Journées Médicales annuelles et de la session de l'A. F. A. S., à Liège, ne saurait être absent de l'esprit et du cœur de tous ceux qui ont eu le privilège d'y assister.

Enfin, dans le but d'organiser le programme des travaux de notre section d'une façon méthodique et pratique, je prie instamment les confrères qui désireraient se faire inscrire à l'ordre du jour de vouloir bien m'adresser *sans retard* le titre de leur communication, présentation ou démonstration pratique.

De plus, je leur serais reconnaissant de me faire parvenir *avant le 30 avril — dernier délai* — un résumé de leurs travaux annoncés, comportant *une à cinq* pages dactylographiées, avec schémas, dessins, photographies ou radiographies, s'il y a lieu.

D'autre part, tout confrère qui *après publication du programme définitif dans le n° d'avril prochain de la Presse professionnelle*, se sera fait inscrire pour la discussion de telle communication qu'il aura choisie dans ledit programme, recevra, dans le courant de mai, un exemplaire du résumé de cette communication. Cela lui permettra d'étayer son argumentation dans des conditions d'autant plus favorables qu'il aura pu étudier ce résumé tout à loisir.

Le succès d'un Congrès dépendant quelque peu de son organisation,



j'espère que les mesures prévues ci-dessus le faciliteront à la satisfaction de tous.

Veuillez croire, cher et honoré confrère, à ma haute considération confraternelle et à mes sentiments de cordiale sympathie.

E. FOURQUET,

*Président de la XIV<sup>e</sup> Section de l'A. F. A. S.,  
Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris,  
107, rue de Sèvres, Paris. Tél. : Littré 66-52.*

P.-S. — Pour bénéficier des avantages du Congrès (réduction du prix de chemin de fer, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc.), il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S. La cotisation annuelle de 30 fr. donne droit, en outre, au *Bulletin de l'A. F. A. S.*

Prière de se faire inscrire auprès de notre confrère, M. Wallis-Davy, secrétaire du Comité exécutif, 7, boulevard Rochechouart, Paris.

### SEMAINE ODONTOLOGIQUE DE 1932

Nous rappelons que la Semaine Odontologique aura lieu à Paris, du 6 au 13 avril.

Les confrères trouveront dans les journaux professionnels et, en particulier, dans *La Presse Dentaire*, *L'Odontologie* et *La Semaine Dentaire*, les feuilles à retourner sans délai au Secrétariat général pour l'obtention des billets de chemin de fer, à prix réduit.

La Semaine Odontologique 1932 s'annonce déjà comme devant être un grand succès.

De nombreuses communications et présentations sont déjà adressées au Comité et de nombreux fournisseurs ont réservé des stands pour l'exposition.

### RETENEZ BIEN CETTE DATE SEMAINE ODONTOLOGIQUE, A PARIS AU GRAND PALAIS DU 6 AU 13 AVRIL 1932.

Les détails d'organisation seront publiés ultérieurement.

EXPOSITION RÉTROSPECTIVE. — A l'occasion de cette Semaine Odontologique, le Comité d'Organisation organise une exposition consacrée uniquement à sainte Apolline, patronne des dentistes.

Nous prions nos confrères de France et de l'Etranger qui ont dans leur collection des documents : gravures, livres, médailles, statuettes, etc..., sur la Sainte, de bien vouloir les confier au Comité d'Organisation pour l'Exposition.

S'adresser au Secrétaire général : M. Renault, 39, avenue Laumière, à Paris.

*Voir à la fin des annonces la feuille pour la réduction sur les chemins de fer.*

**LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE****PARIS, 6-13 AVRIL 1932**

Suivant la tradition établie et que l'année dernière le *VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International* avait interrompue, la « *Semaine Odontologique* » tiendra ses assises habituelles au Grand Palais des Champs-Élysées, du 6 au 13 avril prochain.

Placée sous le patronage de M. le Ministre de la Santé Publique, la « *Semaine Odontologique* » est organisée par l'*Association Générale Syndicale des Dentistes de France* et le *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France* avec la collaboration scientifique des Groupements de l'*Ecole Odontotechnique* et de l'*Ecole Dentaire de Paris*, et le concours des principales Sociétés Professionnelles et Scientifiques, dont nous donnons la liste ci-dessous.

Parmi ces dernières, nous tenons à signaler particulièrement les Associations et Sociétés de pays amis qui, chaque année apportent à la « *Semaine Odontologique* » le précieux concours de leur active collaboration, nous voulons citer :

*L'Association Générale des Dentistes de Belgique ;*

*L'Association Générale des Médecins-Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg ;*

*La Société Suisse d'Odontologie.*

Nous rappelons qu'au cours de la « *Semaine Odontologique* » se tient, dans les salles Jean-Goujon du Grand Palais des Champs-Élysées, une brillante exposition de fournisseurs et de fabricants pour l'Art dentaire où se trouvent réunies les plus récentes productions de tous les pays.

Comme chaque année, les grands réseaux de chemins de fer français ont consenti aux congressistes, ainsi qu'à leur femme et à leurs filles, le bénéfice du demi-tarif valable du 1<sup>er</sup> au 13 avril pour l'aller et du 6 au 18 avril pour le retour.

On est prié d'adresser la correspondance concernant les démonstrations et communications scientifiques à :

M. Haloua, 4, rue de Stockholm, Paris (8<sup>e</sup>).

Tous renseignements et demandes de réduction de chemin de fer au secrétaire général de la « *Semaine Odontologique* » :

M. Roger Renault, 39, avenue Laumière, Paris (19<sup>e</sup>).

**Liste des Sociétés adhérentes  
à la Semaine Odontologique de 1932**

L'AIDE CONFRATERNELLE.

L'AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER.

L'ASSOCIATION DES FEMMES-DENTISTES.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE.  
L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS-DENTISTES DU GRAND-DUCHÉ  
DE LUXEMBOURG.  
LA CHAMBRE SYNDICALE DE L'ART DENTAIRE.  
LA CONFÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS ET SYNDICATS DENTAIRES FRANÇAIS.  
LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.  
L'ASSOCIATION DE L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE.  
LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.  
LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS DENTAIRES DE LA RÉGION PARISIENNE.  
LA SECTION DENTAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS.  
LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE DE PARIS.  
LA SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DENTAIRE DE FRANCE.  
LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.  
LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.  
LA SOCIÉTÉ SUISSE D'ODONTOLOGIE.  
LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA BANLIEUE-EST DE PARIS.  
LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA BANLIEUE OUEST DE PA-  
RIS.  
LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU CHER.  
LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DES DEUX-SÈVRES.  
LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RÉGION PARISIENNE.  
LE SYNDICAT DENTAIRE DES ARDENNES.  
LE SYNDICAT DENTAIRE DE BASSE-NORMANDIE.  
LE SYNDICAT DENTAIRE DE LA MARNE.  
LE SYNDICAT DENTAIRE DE SAONE-ET-LOIRE.  
LE SYNDICAT DENTAIRE DE L'YONNE.  
LE SYNDICAT DES DENTISTES DE L'ALLIER.  
LE SYNDICAT DES JOURNAUX DENTAIRES.  
LE SYNDICAT DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE DE LA CHARENTE-IN-  
FÉRIEURE.  
LE SYNDICAT DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE DE LA CREUSE.  
LE SYNDICAT DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE DE LA SEINE ET DES  
COMMUNES LIMITOPHES.  
SYNDICAT DES DENTISTES DU RHONE ET DES RÉGIONS VOISINES.  
SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA VENDÉE.



## BIBLIOGRAPHIE

Prof. OTTO WALKHOFF (de Berlin). — **Le problème de l'infection focale dentaire et de son traitement par la méthode conservatrice.**

Le Prof. Walkhoff vient de publier sous ce titre, chez l'éditeur Gustave Fischer, à Iéna, un volume de 117 pages, illustré de 55 figures (Prix : 5 marks 50).

La doctrine de l'infection focale dentaire qui, depuis une dizaine d'années a eu ses partisans enthousiastes, est encore défendue aujourd'hui, car elle donne à toutes les maladies possibles des autres organes et de l'organisme en entier une signification extraordinaire. Elle n'a pas été, d'après les recherches d'un grand nombre de médecins et de savants éminents, scientifiquement prouvée.

En face du nombre monstrueux de dents infectées (gangrène pulpaire avec ou sans complications du tissu paradentaire) on peut certainement les considérer comme origine de source infectieuse pour d'autres organes, ce qui aurait dû être établi sans aucune objection possible, et sous le contrôle scientifique le plus récent des recherches bactériologiques, anatomopathologiques et cliniques, ce qui ne peut être pratiqué ni par le médecin ni par le chirurgien-dentiste dans sa pratique courante.

La théorie s'appuie principalement et presque exclusivement sur des recherches bactériologiques et sur des expériences pratiquées sur des animaux, mais elle permet néanmoins dans certains cas isolés chez l'homme, malgré certaines indications un diagnostic certain. Elle bâtit sa thérapeutique sur des « Suspensions » et ne peut pas encore dire une fois exactement si le terrain primaire se trouve dans les dents ou dans les autres parties du corps.

Malgré cette faiblesse qui lui est personnelle, cette théorie recommande l'extraction de toutes les dents dépulpées, sans aucune considération pour les méthodes modernes de conservation. On s'appuie sur les travaux bactériologiques de Rosenow et sur l'infection provoquée artificiellement des chambres pulpaires vidées de leur contenu, sans donner de conclusion. On peut toutefois déclarer hautement que, dans la pratique dentaire courante, des dents atteintes de pulpites et de gangrène pulpaire ont été conservées après traitement ; les pulpes une fois dévitalisées sont extirpées. Les chambres pulpaires elles-mêmes ne sont pas infectées et restent indemnes après un traitement approprié. La demande d'extraire les dents dépulpées sous prétexte qu'elles peuvent devenir une source d'infection susceptible de se propager est non seulement non fondée, mais est à rejeter étant donné la morale médicale.

L'auteur étudie dans les trois premiers chapitres de son ouvrage le rôle des pulpites inflammatoires, purulentes et gangréneuses (partielles et totales) dans l'étiologie de l'infection focale d'origine dentaire. Il conclut en disant

que la méthode de choix pour le traitement de ces manifestations pathologiques devra avoir pour but de détruire, ou de former un véritable obstacle au développement de l'infection pulpaire ; car toute infection pulpaire non traitée se transforme invariablement en pulpite gangréneuse provoquant à son tour des réactions ligamenteuses favorisant ainsi la formation de granulomes.

Dans le traitement des dents infectées, Walkhoff insiste sur le fait que de tous les débris pulpaire qui siègent de préférence au niveau de l'apex, et dans les parties peu accessibles de la chambre pulpaire, ces derniers sont les moins dangereux pour le risque de réinfection à condition toutefois que les micro-organismes contenus dans les canaux radiculaires soient soumis à une action médicamenteuse antiseptique puissante, l'apex étant complètement fermé.

L'auteur ne croit ni à la diathermie, procédé trop rapide et incomplet, ni à l'application des courants à haute fréquence, élévation de température trop forte pour le traitement des dents infectées et de leurs complications et donne la préférence aux traitements médicamenteux ; Walkhoff préconise le chlorphénol camphré vu les résultats particulièrement heureux obtenus à l'aide de ce produit.

L'on doit exiger du médicament de n'avoir aucune action nocive sur les tissus vivants, leur permettant ainsi de conserver leur intégrité vitale.

La solution chlorphénol camphré répond à ces desiderata et l'auteur, à l'appui de ses dires, montre une série de radiogrammes montrant la résorption de granulomes, grâce à l'action d'une pâte chlorphénol camphré iodoforme, à condition toutefois que cette dernière franchisse l'apex et pénètre dans les trajets fistulisés et dans les foyers d'ostéite.

Jean RIVET.

---

GABRIEL DELATER. — **Bled**, roman. Editions du Tambourin, 142, rue Montmartre. 1 vol. 12 francs.

*M. le Dr Delater, chef du Laboratoire de recherches biologiques et de diagnostic de l'Ecole Dentaire de Paris, a aussi son violon d'Ingres. Nous sommes heureux d'annoncer une de ses œuvres dans le domaine littéraire et de la saluer à sa parution.*

*Nous empruntons au Bulletin des Sciences Pharmacologiques (juin 1931, tome XXXVIII, p. 143), l'analyse suivante de cet ouvrage.*

Dans la préface qu'il a consacrée à cet ouvrage d'un caractère tout spécial et d'une facture remarquable, où s'affirme le talent du Dr Gabriel Delater, Pierre Grasset s'exprime ainsi :

« Mon ami, je vous ressuscite devant mes yeux. Un autre et le même, vous assisterez à la sortie de votre livre. Vous avez poursuivi, je l'imagine, cette carrière médicale qu'abandonnent les distraits. C'est par fantaisie ou pour obéir à l'invitation frémissante d'un tiroir fermé, que vous nous livrez vos carnets de route. Et je m'accorde le plaisir de vous envier un peu. Au



moment que je suis un vétéran de la République des Lettres, vous poussez vivement la porte du Saint Lieu. Dans la maturité de l'intelligence, assagi par des publications scientifiques et par le dur et doux métier de soigner, vous contemplez les fantômes littéraires dans une fraîcheur d'aurore. La Littérature, brusquement vous rajeunit, comme fait un nouvel amour.

« Quel professionnel de Lettres et le plus honnête, poussé par l'échéance d'une promesse, ne s'est pas, un jour, pressuré l'esprit, ne l'a forcé à tourner comme un moulin vide de blé. Dans les pages qu'on va lire, c'est toujours la sensation qui, par son intensité, a jeté la main sur le papier. Un homme, enfermé au Maroc et pris dans les prodiges, crie vers vous, lecteur, et vous tire jusqu'à lui. Couleurs noyées de soleil, senteurs épicées, musiques, brûlures et peau gercée, cadavres et danseuses, et le tourment et les délices du silence, de la solitude... qui ne sera étreint par la beauté certaine de ce livre singulier ? Il y a là l'instinctive adresse des notations aiguës, une vibration d'eau profonde au-dessous des mots, et, je le dis avec respect, la sincérité des maîtres. Mais le livre parle, je me tais. »

De son côté, M. Pierre Guitet-Vauquelin, dans *Le Siècle Médical* du 1<sup>er</sup> avril 1931, fait une splendide analyse de *Bled* que nous regrettons faute de place de ne pouvoir reproduire en entier, mais dont nous donnons les principaux passages :

« Delater, dont le talent n'a d'égal que la modestie, est un écrivain né. Il intitule courageusement « roman » son livre qu'a préfacé Pierre Grasset, avec toute l'intelligence de l'amitié. De fait, c'est le roman d'un homme à la recherche de soi, de sa raison et de sa règle d'être, un drame cérébral et moral que, seul, le lecteur attentif suit, dans toute son amplitude, à travers les feuillets du carnet de route d'un médecin, tantôt en colonne, tantôt dans l'isolement des postes du Sud-Oranais et du bled de l'Orient marocain.

« ...Pris dans le ressac d'humanités disparates et inquiétantes, isolé souvent moins par l'ambiance désertique que par l'incompréhension de ses pairs, l'homme que Delater nous révèle lutte dramatiquement contre une ataraxie où sombreraient toutes ses facultés d'action et de réaction, proche parfois d'un désespoir qui, n'était la maîtrise dans la sobriété de l'expression, nous paraîtrait quasi léopardien.

« Il y a, dans le livre de Gabriel Delater, de très grandes pages sur l'émotion créatrice, de rassurantes confrontations de l'art et de la science. « L'art s'adapte à la science » écrit Delater, à la science qui abolit la légende.

« Le travail de l'homme de science est animé par la vision de son but, ébauche idéale vers laquelle il aspire ; c'est sa lumière, sa beauté. L'art, contact fugitif avec l'idéal, anime, féconde ce qu'il y a de manœuvrier dans la science : un scientifique sans art n'est qu'un manœuvre. Tout ce que l'homme de science perçoit sur le chemin de cet idéal active son énergie, comme l'émotion de l'artiste devant la nature qu'il peint excite son besoin d'exprimer. Chez l'un comme chez l'autre la vue profonde de l'idéal est génératrice d'énergie.

« Il faut lire *Bled*, qui vient de paraître aux éditions du Tambourin, avec autant de dilection artiste que de jouissance méditative, et s'arrêter parfois



longuement devant certaines phrases qui sont comme des camées gravés sur la pierre noire des vieux maîtres de la glyptique, une clarté sur on ne sait quel fond de pessimisme qui fait plus crédit aux automatismes qu'aux fidélités mystiques : « Celui qui meurt laisse une part de ses mérites survivre dans les habitudes de ses proches. »

Il ne me reste à ajouter à tous ces éloges que le mot de l'amitié, c'est-à-dire le vœu que Delater soit lu et apprécié avec toute l'estime et tout le succès qu'il mérite.

L.-G. T.

*Ayant lu personnellement le livre du Dr Delater, nous avons eu le plaisir d'éprouver à sa lecture un plaisir et des émotions agréables qui nous permettent d'augurer le succès et nous font un devoir d'adresser à l'auteur nos bien cordiales félicitations.*

---

### LIVRES REÇUS

Nous avons reçu pour la bibliothèque de l'E. D. P. :

1<sup>o</sup> De M. P. HOUSSET, 3 ex. de ses *Etudes d'ancrages* ; 2 ex. de son travail en collaboration avec le Dr V.-L. WICKHAM : *Présentation d'appareils porteuradium pour le traitement de certains cancers des cavités buccale et nasale*, publié dans le *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*.

2<sup>o</sup> De M. A. GOUTTENOIRE (de Lyon) : *L'examen clinique en odontostomatologie* (brochure de 12 pages).

3<sup>o</sup> Du Prof. Dr MASARU NAGAO, de l'École dentaire supérieure d'Etat de Tokyo, une brochure de 97 pages avec 27 planches, en allemand, intitulée *Etudes expérimentales de l'action du phosphore jaune sur la dent et ses appareils de fixation*.

---

### NOUVEAU JOURNAL

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue Odonto-Stomatologique* de Bretagne, organe trimestriel de l'École Dentaire de Rennes, dirigée par le Dr Le Norcy et M. Houalet, 10, quai Emile-Zola, Rennes.

## VARIA

## LE PROFESSEUR ALFRED GYSI

A l'occasion de la retraite du Prof. Gysi, de l'Institut Dentaire de Zurich, nous croyons devoir publier quelques notes biographiques, dues à l'obligeance du Dr François Ackermann, médecin-dentiste à Genève.

Gysi est né à Aarau en 1865.

Après avoir passé les examens de maturité, il entra en 1883 à l'Ecole dentaire de Genève, et en sortit en 1885 avant les examens. Il alla passer deux ans au Collège dentaire de Pennsylvanie et y subit les examens de sortie avec le maximum (100 points).

Sa thèse pour le doctorat en dentisterie intitulée *La carie au point de vue microscopique* fut jugée si bonne que le Comité des professeurs en décida la publication dans le *Dental Cosmos*, en 1887, honneur unique jusqu'à présent.

A son retour en Suisse, Gysi passa avec succès l'examen cantonal à Aarau, pour obtenir la licence suisse de *dentiste*, puis le diplôme suisse de *médecin-dentiste*.

Tout en exerçant il se livra à des études scientifiques très étendues et très variées. C'est ainsi qu'il construisit son appareil pour micro-photographie.

Lors de la fondation de l'Ecole dentaire de Zurich, en 1893, qui était alors indépendante de la Faculté de Médecine, Gysi fut chargé du cours d'histologie dentaire jusqu'en 1898. En 1905, il succéda à P.-A. Kolliker comme professeur de prothèse, poste qu'il occupa conjointement avec sa chaire d'histologie jusqu'en 1930. Au début, le cours de prothèse était purement pratique ; il n'est devenu théorique que plus tard. En 1908, il publia une *Contribution au problème de l'articulation*, qui fut reproduite dans le *Dental Cosmos*. A la suite de cette reproduction, une firme américaine se mit à sa disposition pour réaliser ses recherches. Celles-ci ont surtout porté sur l'articulation temporo-maxillaire, l'étude dynamique de la mandibule, la force de mastication et la distribution des forces sur les différentes dents.

Les principaux travaux scientifiques du Prof. Gysi, dont plusieurs ont été insérés dans *L'Odontologie*, représentent une liste de 56 publications dans divers organes, principalement *La Revue Suisse d'Odontologie*.

Son activité s'est développée surtout dans trois domaines : l'histologie dentaire, normale et pathologique (notamment la défense de la pulpe), la thérapeutique dentaire (pâte Trio pour la mortification de la pulpe), la prothèse (problème de l'articulation, rapports entre les mouvements mandibulaires et la forme des dents, les articulateurs, les dents artificielles, etc...).

Gysi est membre d'honneur d'un grand nombre de Sociétés Odontologiques. A l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de l'Institut dentaire de Zurich (1921), la Faculté de médecine de cette ville lui conféra le titre de docteur en médecine, *honoris causa*. En 1927, l'Université de Marbourg lui décerna le même titre. En 1926, il obtint le Prix Marcel Benoist, récompense suisse (30.000 francs en or).

Le Prof. Gysi se propose de continuer ses travaux dans sa retraite. La profession dentaire n'aura qu'à y gagner.

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Société de l'Ecole et du Dispensaire Dentaires de Paris

#### DÉCLARATION DE PRINCIPES

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 8 DÉCEMBRE 1932

1<sup>o</sup> L'odontologie est une branche indépendante dans l'art de guérir.  
Elle doit cette indépendance aux conditions historiques de son évolution et au degré de développement auquel elle est parvenue.

L'art dentaire exige à la fois des connaissances scientifiques et médicales et d'importantes connaissances techniques empruntées à des arts manuels divers.

L'instruction préliminaire doit être identique à celle exigée des étudiants pour l'entrée dans les Facultés de Médecine.

2<sup>o</sup> L'enseignement professionnel ne peut être donné que dans des écoles spécialement organisées dans ce but. Cet enseignement doit avoir une durée minima de cinq ans.

3<sup>o</sup> Dans les services publics (hôpitaux, dispensaires, écoles, usines, casernes, etc...), l'art dentaire doit être exercé par un praticien pourvu d'un titre justifiant d'une instruction professionnelle complète.

4<sup>o</sup> Les odontologistes se réclament de la loi du 30 novembre 1892, qui a créé le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

Ils reconnaissent, au point de vue corporatif, les Associations, Congrès ou Groupements divers appliquant les règles de déontologie et respectant les principes précédents.

Ils ont le devoir, au point de vue social, de mettre gratuitement leur savoir professionnel à la disposition des classes pauvres, comme doivent le faire ceux qui exercent les diverses professions libérales.

Ils estiment que le docteur en médecine sans études spéciales scientifiques et techniques de deux années au moins dans une école professionnelle, n'est pas préparé à la pratique de l'art dentaire et particulièrement à sa technique.



## VŒUX

Les odontologistes émettent le vœu que l'habilitation à l'exercice de la profession soit soumise aux conditions suivantes :

1<sup>o</sup> *Instruction préliminaire* identique à celle exigée des étudiants pour l'entrée dans les Facultés de Médecine.

2<sup>o</sup> *Instruction préparatoire* dans les sciences physiques, chimiques, biologiques et mécaniques, en même temps qu'un enseignement technique préparatoire.

3<sup>o</sup> *Instruction professionnelle* comprenant :

a) Des études médicales générales (propédeutique) et médicales cliniques.

b) Des études spéciales (cliniques dentaires), mécaniques et métallurgiques.

c) Des études technologiques (art opératoire et applications pratiques en dentisterie opératoire, prothèses, orthopédie, céramique, etc., etc...).

4<sup>o</sup> Ces études doivent être sanctionnées par un diplôme conférant un titre qui assure au public qu'il s'adresse à un praticien ayant fait des études complètes.

## Intérêts Professionnels

### QUELQUES INDICATIONS AUX CONFRÈRES POUR LES PRESTATIONS DENTAIRES ACCORDÉES AUX ASSURÉS SOCIAUX

Le service de contrôle technique pour les assurés sociaux de Seine et Seine-et-Oise fonctionne au point de vue dentaire d'une façon qui tend de plus en plus à s'approcher de la perfection, grâce à la compétence et au dévouement de nos confrères Guermonprez et Maudry.

Des retards, cependant, dans le retour des fiches de prothèse sont encore signalés par de nombreux confrères, mais ils seront certainement atténués lorsque la « mise à jour » des fiches arriérées sera effectuée et que le « courant » sera établi. Les praticiens pourraient grandement faciliter leur tâche en énumérant avec précision les soins qui ont été exécutés ou les appareils qui sont proposés ; à côté de nos deux spécialistes (qui ne peuvent naturellement pas tout faire par eux-mêmes), il y a une équipe d'employés, chargés d'expédier la paperasserie administrative et qui ne connaissent rien à la question. C'est à ceux-là qu'il convient de donner des indications d'une clarté absolument précise afin d'éviter des erreurs dont ils ne sont pas toujours responsables.

*Traitement radiculaire.* — Il arrive, par exemple, fréquemment, que des confrères, par pure négligence, inscrivent sur la fiche de l'assuré T. R. pour chaque séance de traitement, alors qu'ils ne devraient l'indiquer qu'une seule fois par dent traitée. L'employé qui s'en rapporte sans méfiance à ce qui est porté sur la fiche rembourse parfois trois ou quatre fois ce qui ne devrait l'être qu'une seule.

*Traitement des gencives.* — Le nettoyage par détartrage et même la simple gingivite tartrique ne sont pas considérés comme remboursables. Le traitement des gencives T. G. n'est accepté que lorsqu'il est nécessité par une intoxication générale ou médicamenteuse, par résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse ou ablation d'une tumeur bénigne. Il est alors compté pour cinq séances.

*Couronnes d'or.* — Les couronnes d'or ne sont pas remboursables aux assurés sociaux. Toutefois la fiche pourra comporter pour chaque couronne la mention T. R. (traitement radiculaire) et la mention Ob. (obturation).

*Bridges.* — Lorsqu'un assuré social a fait exécuter un ou plusieurs bridges, il peut obtenir pour chaque pilier de bridge le remboursement d'un T. R. et d'une Ob. Pour les dents intermédiaires, le remboursement ne pourra être effectué que sur la base du remboursement d'un appareil monté

sur caoutchouc et cela, seulement après acceptation de la Commission technique de prothèse qui statuera si le coefficient masticateur justifie l'administration d'un appareil.

*Coefficient de mastication.* — Un appareil fonctionnel ne peut être accordé que lorsque le coefficient de mastication est inférieur à 40. Les hachures qui suppriment sur la formule 5 par molaire, 3 par prémolaire, 2 par canine et 1 par incisive, permettent au praticien d'établir rapidement ce coefficient et d'en porter l'indication sur la fiche.

Equitablement les dents antagonistes des dents absentes devraient être défalquées du coefficient masticateur puisqu'elles n'ont plus d'utilisation fonctionnelle ; cela rendrait immédiatement plus lisible le coefficient exact de mastication de l'édenté, mais le règlement ne l'indique pas et c'est seulement la commission technique de contrôle qui doit apprécier d'après le paragraphe *b* disant : « est considéré comme édenté ayant droit à un appareil de prothèse fonctionnel, tout individu ayant moins de cinq dents mastiquantes (prémolaires ou molaires) en antagonisme physiologique dans la position d'occlusion normale de la bouche ».

Le remboursement pour les appareils fonctionnels n'est accordé que pour les dents mastiquantes (molaires). Un assuré qui, par mesure d'économie, ferait remplacer seulement ses incisives n'aurait droit à aucun remboursement, alors que si la même bouche comporte un appareil avec des molaires, le remboursement sera effectué.

*Les réparations* d'appareils de prothèse ne sont remboursées que pour les appareils destinés à des bouches dont le coefficient masticateur entre dans le cadre de la loi.

*Les redressements* ne sont accordés qu'après examen des services d'orthodontie des hôpitaux ou des écoles chargés de ce contrôle.

Enfin, pour éviter de tomber sous le coup de l'article 65 qui dit que : « toute fraude ou fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues sera pénalement poursuivie sans préjudice des remboursements à effectuer », les praticiens sont priés, lorsqu'ils ont fait une proposition d'appareil, de vérifier, à la livraison de l'appareil, si le nombre de dents remplacées est bien exactement celui qui avait été projeté. Il arrive en effet assez souvent que, pour une proposition de douze dents absentes, par exemple, l'appareil n'en comporte que dix pour des raisons d'exécution. Il est alors facile d'inscrire sur la fiche le nombre exact de dents que comporte l'appareil délivré afin que le remboursement soit équitable.

Toutes ces observations, dont nous nous excusons qu'elles puissent paraître fastidieuses, seront pourtant utiles aux confrères désireux de se conformer à la loi et de faciliter la tâche de ceux qui sont chargés de notre contrôle technique.

M. SÉNÉCAL,

*Président de la Fédération des Syndicats Dentaires  
de la Région Parisienne et des Départements de  
Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.*



## OFFICE DÉPARTEMENTAL DU PLACEMENT ET DE LA STATISTIQUE DU TRAVAIL

PRÉFECTURE DE LA SEINE

La Commission paritaire du Service de placement du Personnel des *Cabinets et Laboratoires Dentaires*, réunie le 21 décembre 1931,

Désireuse à la fois de limiter les effets du chômage et de contribuer à maintenir dans la corporation une bonne harmonie entre employeurs et salariés,

*Emet le vœu :*

Que les Chirurgiens-Dentistes et Façonniers, touchés par la crise et qui, de ce fait, sont dans l'obligation de réduire leurs frais généraux en se privant d'une partie de leur personnel, se préoccupent d'envisager et d'organiser, plutôt que de procéder à des licenciements, un système qui, en diminuant la durée de la journée de travail pour l'ensemble de leurs collaborateurs, leur permettrait de continuer à en occuper le plus possible.

---

### A PROPOS DE CEUX QUI FURENT OUBLIÉS

*Nous avons publié sous ce titre, dans notre numéro de décembre, un article de M. Georges Baudet. Nous recevons à cet article la réponse suivante, dont l'insertion nous est demandée et que notre impartialité nous fait un devoir de publier.*

Sous ce titre, *L'Odontologie* de décembre 1931 a publié un article signé par M. Georges Baudet auquel je me crois obligé, en ma qualité de Président de la *Fédération Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de Terre et de Mer*, d'ajouter quelques précisions.

En lisant cet article, on est en droit de croire que notre distingué confrère ignore l'existence de notre Fédération qui ne réunit pas moins de huit importants groupements de Dentistes Militaires répartis dans toute la France et dont les sièges sociaux se trouvent respectivement à Béthune, Rouen, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux et Paris.

En tout cas, M. Baudet semble ignorer nos statuts, nos buts et le travail que nous avons accompli depuis tant d'années que nous luttons pour défendre les intérêts militaires de notre profession.

Ainsi, par exemple, je relève dans le dit article la phrase suivante relative à ceux que notre confrère considère comme des « oubliés » :

« Pour eux, nul groupement, ni Amicale qui les gardent dans leur sein « pour défendre leurs droits, qui les aient compris, reconnus », etc., etc... »

C'est là une erreur profonde, car l'art. 7 des statuts de l'Amicale est formel à ce sujet :

*« Font partie de droit, comme membres actifs de la Société, les Chirurgiens-  
« Dentistes diplômés d'une Faculté Française ayant appartenu ou appartenu  
« nant aux armées de terre et de mer. »*

Si par conséquent certains de nos confrères sont restés des isolés, c'est parce qu'ils l'ont bien voulu, car nous les aurions accueillis les bras ouverts, comme nous les accueillerons, du reste, le jour où ils voudront bien nous faire l'honneur d'être des nôtres.

Cela ne nous a d'ailleurs pas empêché chaque fois qu'un confrère quelconque, membre ou non de notre Amicale, s'est adressé à nous pour nous demander aide ou conseil, de nous mettre entièrement à sa disposition et si nous n'avions pas la crainte d'être indiscret, nous pourrions établir une liste assez intéressante de tous ceux dont nous avons défendu les intérêts militaires.

C'est une erreur aussi d'affirmer, comme le fait notre confrère, que :

*« Les Dentistes de guerre sont encore aujourd'hui au même point où l'armistice les a laissés. »*

Car il me serait facile de prouver à M. Baudet que presque tous les Dentistes auxiliaires de la guerre sont aujourd'hui officiers, et si certains de nos confrères sont restés avec le grade de sous-officier, c'est presque toujours parce qu'ils n'en ont pas fait la demande, car il ne faut pas oublier qu'en France nul ne peut devenir officier s'il n'en fait pas la demande. Ces nominations se sont-elles toujours faites facilement et l'Amicale n'a-t-elle jamais eu à intervenir à ce sujet ? Ceci est une autre affaire. Mais ce qui est à retenir c'est que peu nombreux sont nos confrères qui ont droit d'être officiers et qui ne le sont pas aujourd'hui.

Pour ce qui est de la Légion d'honneur, là, aussi, j'ai le regret de dire à M. Baudet qu'il se trompe lorsqu'il affirme que : « aujourd'hui la manne « gouvernementale a à peu près satisfait à tous les mérites », car nous qui avons fait des heures d'antichambre au Ministère pour intervenir en faveur des Dentistes Militaires, blessés de guerre, avec plusieurs citations, ayant des états de services magnifiques et dont les dossiers attendent depuis des années, nous savons que des milliers de dossiers se trouvent dans ce cas, car le nombre des croix dont le ministre dispose est de beaucoup inférieur à celui des besoins.

D'autre part, il ne faut pas oublier que dans l'Armée il y a une réglementation très stricte qui exige de tous les candidats un certain nombre d'annuités sans compter les états de services. Par conséquent, aussi longtemps que tous ceux qui ont le nombre d'annuités réglementaires ne sont pas décorés, on ne peut pas songer aux autres.

Du reste, si aujourd'hui nous demandions au Service de Santé de tenir compte des suggestions de M. Baudet, on nous répondrait, comme cela a déjà été fait en d'autres circonstances, que nous ne devons pas oublier que le Service de Santé comporte, à côté des Dentistes, les Médecins, les Pharmaciens et les Officiers d'Administration et que ce qu'on ferait pour les uns ne pourrait pas ne pas être fait pour les autres. Or le Service de Santé ne

représente qu'une petite partie de l'Armée. On ne pourrait pas décorer les « anciens » du Service de Santé, qui ont rendu des services particuliers, sans en faire autant pour tous les Services et pour toutes les armes. M. Bauder se rend-il compte de ce que cela représenterait de croix ? Je peux, en tout cas lui affirmer que leur nombre dépasserait de beaucoup les disponibilités que la Loi accorde au Ministre de la Guerre et seule une loi spéciale pourrait réaliser ce que certains de nos confrères souhaitent. Et dès lors, une seule conclusion s'impose, c'est que nos confrères au lieu de s'en prendre aux autorités militaires ou aux groupements qui ont toujours fait tout ce qu'ils ont pu dans cet ordre d'idées, s'inspirent de la suggestion que le distingué président de l'Amicale de Paris, mon sympathique camarade Budin, a faite dernièrement dans un article publié par *La Semaine Dentaire* et s'adressent aux membres du Parlement qu'ils connaissent, députés ou sénateurs, pour leur demander le vote d'une loi en conséquence.

Mais ce serait profondément injuste de s'en prendre aux autorités militaires, car MM. les Médecins Généraux, Directeurs du Service de Santé, je me fais un devoir de le dire ici, se sont toujours montrés extrêmement bienveillants envers les Dentistes depuis que le cadre d'officiers Dentistes a été constitué et ce serait ingrat de ne pas le reconnaître.

Et pour terminer je dirai, que si la critique est aisée, nous avons, nous, la conviction d'avoir toujours et en toutes circonstances défendu les intérêts militaires des Dentistes de toutes nos forces. Et si certains confrères nous ignorent, j'espère qu'à la suite de cet article, ils ne penseront plus qu'ils sont des isolés, car leur groupement existe depuis de longues années et si ce groupement n'a pas cru devoir par une publicité plus ou moins habile, mettre en valeur tout ce qu'il a fait, cela ne l'a pas empêché et ne l'empêche pas de travailler dans le silence. Qu'ils viennent donc à nous, qu'ils s'inscrivent dans leur Amicale Régionale et s'ils ont des doléances à présenter, qu'ils nous les fassent connaître, car ils peuvent être assurés que, si leurs réclamations sont justes, ils obtiendront toute satisfaction.

*Le Président de la Fédération Nationale des  
Amicales des Dentistes des Armées de Terre et de Mer :*  
JACQUES FILDERMAN.

## NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

### SERVICE DE SANTÉ

#### Réserve

Par décret du 9 décembre 1931, son promu dans les cadres des officiers de réserve du Service de Santé et par décision ministérielle du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

*Au grade de dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe,  
les dentistes militaires de 2<sup>e</sup> classe :*

MM. Laborde (Eloi-Jean). — Prioux (Jean-Jacques). — Guérin (Gaston-Paul). — Derouineau (Auguste-Léon-Paul). — Guiguet (Jean-Joseph). — No-



gues (François-Paul-Jacques). — Poisson (Jean-René). — Gaymard (Georges-Eugène). — Dunac (André-Paul). — Gassin (Jean-Pierre-François). — Pompéani (Jean). — Le Menez (Paul-Timothée). — Alexandre (Paul-Augustin-Adolphe). — Babin (Félix-Antony-Pierre). — Favier du Perron (Henri-Marie). — Perseil (Roger-Léon). — Gonfray (Lucien-Marcel-Auguste). — Jacobs (Georges-Émile). — Chabert (Louis-Charles). — Demombray (Marcel-Armand). — Nailod (Raymond-Joseph-Marie-Antoine). — Servier (François-Jean). — Mauviet (Louis-Georges). — Buxe (Jean-André). — Le Bouch (Yves-Joseph-Gustave). — Thomas (Maurice-Pierre-Louis). — Bidau (Marcel). — Mangin (René-Octave-Léon). — Dubois (Émile-Antonin-Pascal). — Mimart (Gaston-Edouard-Louis). — Pegon (Francisque-Marius). — Guichard (Georges-Gaston-Paul). — Vidal (Raoul-Georges-Jean). — Vimont (Yves-Marie). — Bernasconi (Albert-Lucien). — Lambert des Cilleuls (Joseph-Julien). — Adam (Jean-François-Benjamin). — Burg (Roger-Henri). — Goukowsky (Athanase-André-Joseph). — Blétry (Paul-Joseph-Eugène). — Fuchs (Jean). — Lasère (Pierre-Joseph-Laurent). — Le Gall (Yves-Félix). — Lévy, dit Levier (Maurice-Louis). — Prioux (Charles-Victor). — Villain (Henri-Louis). — Ernout (Georges). — Emptoz (Albert-Louis-Joseph). — Eymin (Ernest-Gaston). — Barrère (Gabriel-Antoine-Marius). — Maigne (Honoré-Jean-Pierre). — Legendre (Paul). — Muller (Gaston-René-Henri-Félix). — Sichel (Camille-Joseph). — Moussy (Robert-Joseph). — Albrand (Edouard-Louis). — Barat (Marc-Léonce). — Goyon (Paul-Marie). — Pélissier (Jean-Baptiste-Henri). — Prieux (Jean-Albert-Auguste). — Sanchez de Silveira (José-Jorge). — Rieutord (Gaston-Marc). — Abel (Daniel-Marc-Auguste). — Bomet (Raymond-François-Henri). — Caillouet (Maurice-André). — Vabois (Marcel-Armand-Louis). — Cesa (Julien-Jean-Baptiste). — Maréchal (Paul-Marie). — Charbonnier (Georges-Émile). — Fort (Fernand-Jules-Marie). — Grignon (Henri-Albert-Alexis-Marie). — Amiot (Edouard-Charles). — Bielle (André-Gaston-Louis). — Blocman (Marcel-Henri-Paul). — Coursin (Marcel-Edouard). — Tusseau (Stanislas-Eugène). — Glinche (Maurice-Adolphe). — Rouède (Paul-Gabriel). — Duranteau (Henri-Joseph-André). — Bouchon (Fernand-Marie). — Majois (Jacques-René-Constant). — Mandret (René-Dominique). — Ansel (Hubert-Augustin-Émile). — Devis (Jacques-Augustin). — Duranel (Paul-Louis-Joseph). — Goulois (Jean-René-Paul-Julien). — Lopez (Georges-Paul-Louis). — Lustre (Julien-Casimir). — Quiévreux (Paul-Joseph-Jean-Baptiste). — Senelar (Emmanuel-Victor-Henri). — Tuloup (Henri-Albert-Yves). — Tincq (Georges-Auguste-Louis). — Balas (Armand-Marie-Léon-Jean). — Dupuy (Charles-Joseph). — Servettaz (Léon-Charles-René). — Thomas (Fernand-Louis). — Cerf (Léopold). — Ludovici (Laurent). — Périn (Jean-Louis). — Petit (André-Maurice). — Tachon (Claude-Henri). — Tuernal-Vatran (Ernest-Paul-Jacques). — Blancheton (Henri-Lucien). — Vecker (Maurice-Félix-Jean).

(Journal officiel du 13 décembre 1931.)

### GROUPE SPORTIF DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Comme chaque année, les sportifs de l'École dentaire de Paris se sont groupés et ont constitué « *Le groupe Sportif de l'École dentaire de Paris* ».

Sous la présidence de M. Marguerite, chef de clinique à l'École, une centaine d'étudiants réunis en Assemblée générale le 30 décembre 1931, adoptèrent les modifications aux statuts et constituèrent comme suit le bureau du Groupement :

*Présidents d'honneur* : M. A. Blatter, président directeur général de l'Ecole dentaire de Paris ; M. G. Villain, directeur de l'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris.

*Président* : M. René Marguerite, chef de laboratoire.

*Secrétaire général* : M. Pierre Belot, étudiant 4<sup>e</sup> année.

*Trésorier* : M. Dahinden, stage.

Le premier travail fut de faire reconnaître l'existence légale du groupement. Aussi celui-ci fût-il aussitôt déclaré à la Préfecture de Police et affilié à la Ligue de Paris, à la 3 F. A. et à la 2 F. A. pour l'athlétisme et le basket-ball.

Passons rapidement en revue l'activité sportive :

**FOOTBALL** (Délégué : *M. Dahinden*). — Deux équipes de football jouent chaque jeudi sur les terrains de Bobigny, aimablement prêtés par le Stade Français ; l'équipe 1<sup>re</sup> commandée par l'excellent joueur Buisson est engagée dans le championnat universitaire et de ce fait rencontre des adversaires de valeur.

**BASKET-BALL** (Délégué : *M. Allonet*). — Trois équipes de basket-ball, commandées par Landrieux, Pinhal et Mallet, s'entraînent régulièrement sur le joli stade de Saint-Cloud, dans un cadre merveilleux.

Deux équipes sont engagées dans les championnats universitaires où elles feront certainement bonne impression.

**ESCRIME**. — Les membres de cette section toute nouvellement formée s'entraînent sous la direction d'un maître d'armes et des tournois inter-écoles vont s'organiser.

**BOXE**. — Sous l'impulsion de deux élèves de scolarité : MM. Berthon et Duloquin et avec les précieux conseils du sportif démonstrateur de l'Ecole, M. Dermant, la boxe va retrouver sa faveur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'entraînement a lieu chaque semaine, à la Salle Cléry, en vue des championnats de Paris.

**NATATION**. — Les nageurs de la Section de Natation s'entraînent régulièrement chaque vendredi soir, à la piscine des Amiraux.

Après entente avec le Stade Français, les nageurs bénéficient des conseils des entraîneurs de ce club et une excellente équipe de relais et de water-polo est formée.

**ATHLÉTISME** (Délégué : *M. Suder*). — L'athlétisme, ce beau sport, sera très suivi cette année et les nombreuses coupes gagnées la saison dernière par nos athlètes, seront encore bien défendues.

Cette Section va commencer bientôt son entraînement en profitant des installations du Stade Français et des conseils des entraîneurs de ce club, toujours si dévoué aux sports scolaires et universitaires.

**TENNIS** (Délégué : *M. Belot*). — Dès que la température le permettra, des courts seront mis à la disposition des adhérents. Des pourparlers déjà avancés vont aboutir rapidement pour l'organisation de cette section.

Il est rappelé aux confrères que les statuts permettent aux membres de la Société de l'École dentaire de Paris de pratiquer les sports sous les couleurs du Groupe sportif de l'École dentaire de Paris, sans toutefois pouvoir prendre part aux épreuves officielles réservées aux étudiants.

Aussi leur faisons-nous un pressant appel pour qu'ils viennent nous apporter leur concours qui nous sera très précieux.

Que ceux qui pratiquent actuellement les sports deviennent membres actifs.

Que ceux qui ne pratiquent plus, mais qui sont restés des amis des sports, deviennent membres honoraires. Ainsi ils nous aideront puissamment à assurer la bonne marche du groupement, à faire face aux difficultés de l'heure présente et à amoindrir celles de l'avenir.

N. B. — Pour tous renseignements, s'adresser au Président du Groupe sportif de l'École dentaire de Paris.

---



## Jurisprudence Professionnelle

COUR D'APPEL DE PARIS

(Neuvième Chambre. — 11 Décembre 1931)

Entre le nommé :

P..., né le 30 mars 1880, à Paris (14<sup>e</sup> arr.), de E... et de B..., mécanicien opérateur, demeurant à M... Prévenu libre, défendeur appelant, comparant en personne et par conclusions de M<sup>e</sup> X..., avoué à la Cour, assisté de M<sup>e</sup> Z..., avocat.

Et M. le Procureur de la République au Tribunal de Pontoise, plaignant demandeur appelant.

D'une part.

Et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue Est dont le siège est au Raincy, 11, Rond-Point de la Station, en la personne de son Président, M. Sennécal, plaignant, demandeur partie civile, intimé, comparant, assisté de M<sup>e</sup> D..., avocat.

Et M. le Procureur Général, plaignant, demandeur, intimé.

D'autre part.

Le nommé P... et le Ministère Public, le 3 mars 1930, ont relevé appel d'un jugement rendu le 28 février 1930, par le Tribunal correctionnel de P..., par lequel et par les motifs y exprimés, le Tribunal a reçu le nommé P..., opposant à l'exécution d'un précédent jugement par défaut de ce tribunal, en date du 10 janvier 1930. Au fond statuant à nouveau a déclaré le sieur P... coupable d'exercice illégal de l'Art Dentaire, délit commis depuis temps non prescrit dans l'arrondissement de Pontoise, prévu et puni par l'art. 18, paragraphe 2 de la loi du 30 novembre 1892 et par application du dit article, a condamné P..., à cent francs d'amende.

Et statuant sur les conclusions de la partie civile, a condamné P..., à payer au Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue Est, partie civile, la somme de quinze mille francs à titre de dommages et intérêts.

L'a condamné en outre aux dépens, savoir : ceux envers la partie civile comprenant les frais de M<sup>e</sup> H..., avoué, dont l'assistance dans la cause a été reconnue utile et nécessaire et à ceux envers le Trésor liquidés à 984 fr. 20 et ce non compris 7 fr. 50 pour droits de poste, mais compris ceux du jugement de défaut.

A fixé au minimum la durée de la contrainte par corps.

A l'appel de la cause, M<sup>e</sup> X..., avoué à la Cour, a déposé des conclusions sur le bureau de la Cour au nom du sieur P...

Où M. le conseiller Glard dans son rapport, le prévenu dans ses moyens de défense, la partie civile dans ses explications, M<sup>e</sup> Z..., avocat du dit prévenu et M<sup>e</sup> D..., avocat de la partie civile, dans leurs conclusions et plaidoiries respectives et M. Guyénot, substitut de M. le Procureur Général, dans ses réquisitions.

Vu toutes les pièces du procès et après en avoir délibéré,

La Cour,

Statuant sur l'appel interjeté par P... et le Ministère Public du jugement sus-énoncé et y faisant droit ensemble sur les conclusions déposées.

Sur l'application de la peine :

Adoptant les motifs des premiers juges et considérant que P... reconnaît

les faits d'exercice illégal de l'Art Dentaire où il est établi qu'habituellement, n'étant pas muni d'un diplôme de Chirurgien-Dentiste et n'étant pas dans les conditions stipulées par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, il a pris part à la pratique de cet Art ; qu'il a, à époque diverses, sur clients différents, procédé à des extractions, à des insensibilisations, etc...

Sur les réparations civiles :

Considérant que P... ne maintient pas à la barre la contestation soulevée dans ses conclusions de la légitimité de l'intervention du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue Est, qu'il soutient seulement que les dommages-intérêts sont hors de proportion avec le préjudice subi.

Mais considérant qu'un grand nombre de clients se sont adressés à P..., que les soins donnés par lui, les extractions opérées illégalement sans être muni de diplôme ont parfois entraîné des conséquences regrettables, que certains clients entendus comme témoins ont déclaré, les uns qu'ils avaient horriblement souffert, les autres qu'ils avaient été malades à en pleurer, enfin un troisième, le sieur D..., qu'il avait eu un morceau d'os fracturé.

Considérant que ces faits sont de nature à porter un préjudice important, tant matériel que moral, au Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue Est ; que la Cour a les éléments suffisants d'appréciation pour maintenir la somme de dommages et intérêts fixée par les premiers juges.

Par ces motifs :

Confirme le jugement déferé. Maintient la peine de cent francs d'amende prononcée contre P... Maintient la somme de quinze mille francs de dommages-intérêts alloués par les premiers juges à la partie civile et pour le surplus confirme le jugement dont est appel.

Condamne le prévenu aux dépens d'appel liquidés à 90 fr. 35, plus 13 fr. pour droits de poste.

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Fait et prononcé en audience publique de la Cour d'Appel de Paris, neuvième Chambre, jugeant correctionnellement, tenue au Palais de Justice de Paris, le vendredi 11 décembre 1931 où siégeaient :

M. Laroque, vice-président ; MM. Bonnin, Munch, Doreau et Glard, conseillers.

En présence de M. Guyénot, substitut de M. le Procureur Général, tenant la plume, M<sup>e</sup> Vairech, greffier.

---

#### COMMUNIQUE

Sur plaidoirie de M<sup>e</sup> D..., avocat à P... (qui avait brillamment obtenu dans un jugement récent de la Cour d'Appel de Paris une condamnation à quinze mille francs de dommages et intérêts), le Syndicat des Praticiens de l'Art dentaire des Banlieues Est, Nord-Est et Sud-Est de Paris (présidé par M. Sénécal qui s'était porté partie civile) vient de faire condamner le nommé E..., mécanicien à T..., à cinq mille francs de dommages et intérêts pour exercice illégal de l'Art dentaire.

## Correspondance

---

*Nous recevons la lettre suivante avec prière de l'insérer :*

Monsieur le Rédacteur en Chef de *L'Odontologie*,

Je vous serais obligé de vouloir bien publier la lettre ci-dessous dans votre numéro de février.

Veuillez agréer, etc...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

\* \* \*

Dr FOVEAU DE COURMELLES

*Lauréat de l'Institut*

*(Académie des Sciences)*

*et de l'Académie de Médecine*

9, RUE TRONCHET (VIII<sup>e</sup>)

Paris, le 1<sup>er</sup> Février 1932.

Monsieur le Directeur de l'Ecole de Physiothérapie  
Dentaire, avenue d'Orléans, 19, Paris (14<sup>e</sup>).

Monsieur le Directeur,

Je ne puis rester à la tête de la Société d'Electro-Radiologie Dentaire, ni être professeur à votre Ecole qui a la prétention de donner illégalement des doctorats.

Je me retire donc de ces deux groupements, complètement et absolument.

Agréez, Monsieur, mes distingués sentiments.

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

---



## NÉCROLOGIE

### M<sup>me</sup> PAVLOVSKY

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M<sup>me</sup> veuve Jean Pavlovsky, née de Vandacouroff, D.E.D.P., membre de l'A.G.S.D.F., survenu le 28 janvier 1932, à l'âge de 63 ans.

M. Blatter, président-directeur général de l'École Dentaire de Paris, représentait le Groupement aux obsèques.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

\* \* \*

M. Roger Morin, chef de clinique, et M<sup>me</sup> Roger Morin, démonstrateur à l'École dentaire de Paris, viennent d'être éprouvés par le décès de M<sup>me</sup> Jacques Dugleux, grand'mère de M<sup>me</sup> Morin, survenu à l'âge de 76 ans.

\* \* \*

M<sup>me</sup> Kaiser, démonstrateur à l'École Dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvée par la mort de son mari.

\* \* \*

M. P. Gentilhomme, chef de clinique à l'E. D. P., vient d'être éprouvé par le décès de son père, M. Jean Gentilhomme, survenu le 18 février, à l'âge de 80 ans.

Nous adressons à tous nos très sincères condoléances avec l'expression de notre sympathie.

## NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Nous relevons avec plaisir dans le *Journal officiel* du 17 février, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur (Ministère de la Santé Publique), de M. Spira (Paul), chef du service de dentisterie conservatrice de l'Institut Dentaire de la Faculté de Strasbourg. 29 ans de pratique professionnelle et hospitalière et d'enseignement de l'art dentaire.

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère.

**Concours à l'École Dentaire de Paris.** — Le Conseil d'Administration a décidé, dans sa réunion du 16 février, l'ouverture en mai 1932 des concours suivants :

1<sup>o</sup> Concours pour un poste de professeur suppléant de dentisterie opératoire.

2<sup>o</sup> Concours pour deux postes de chef de clinique d'orthodontie.

**Distinctions honorifiques.** — Nous apprenons avec grand plaisir que M. Emile Huet vient d'être décoré de la croix de chevalier de l'Ordre de Léopold, comme directeur du Service dentaire de l'Hôpital d'Ixelles, depuis 35 ans.

Familier de nos congrès, M. Huet, précédemment président de la Commission de documentation de la F. D. I., est maintenant archiviste de la F. D. I. On lui doit la création de la Fondation documentaire dentaire.

MM. Fernand Poutrain, représentant officiel de l'A. F. A. S. en Belgique, trésorier de la Fondation documentaire dentaire, et Léopold Demoulin, tous deux habitués également de nos Congrès, ont été nommés chevaliers de l'Ordre de la Couronne.

Nous leur adressons à tous les trois nos plus cordiales félicitations.

---

**Le Prix Claude Martin.** — L'Académie de Médecine de Paris a attribué le Prix triennal Claude Martin à l'ouvrage du Dr O. Rubbrecht, professeur à l'Université de Gand, intitulé : *Les variations maxillo-faciales et l'hérédité*.

Ce prix peut être décerné à tous travaux manuscrits ou imprimés, rédigés en français, quels qu'en soient les auteurs et portant sur des sujets touchant à l'art dentaire (odontologie, stomatologie, prothèse bucco-faciale).

---

**Fédération Nationale des Amicales des Dentistes des Armées de Terre et de Mer.** — Un banquet sous la présidence de M. le Médecin-Général-Inspecteur Dopter, membre de l'Académie de Médecine, directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, aura lieu dans les salons du Pavillon Dauphine (Porte Dauphine), le samedi 12 mars, à 20 heures.

*Prix du banquet : 65 francs* (Uniforme ou tenue de soirée).

Les confrères qui désirent assister à ce banquet amical, sont priés d'adresser dès maintenant leur adhésion au Président, M. J. Filderman, 85, rue La Boétie, ou mieux au trésorier : M. L. Viau, 109, boulevard Malesherbes, à Paris.

---

**Syndicat des Chirugiens-Dentistes du Nord de la France.** — Nous rappelons que l'assemblée générale du Syndicat des Chirugiens-Dentistes du Nord de la France : Président, M. Joly, 5, rue de la Tannerie, à Calais, aura lieu à Lille, Hôtel Bellevue, salle du 1<sup>er</sup> étage (Cercle du Commerce), à 10 heures, le 21 février.

Le Bureau du Syndicat rappelle à tous les confrères attachés à la rédaction d'un journal professionnel, que la salle de réunion de l'assemblée générale est ouverte à tous les rédacteurs dûment accrédités, à titre d'auditeurs.

---

**Mariage.** — Le mariage de M<sup>lle</sup> Madeleine Duplan, de La Rochelle, fille de M. Gaston Duplan, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. René Le Hétet, de Quimperlé, a été célébré le 11 janvier.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

---

**Naissances.** — M<sup>me</sup> et M. Paul-Alexandre Wilvoet, chirurgien-dentiste, membre de l'A. G. S. D. F., nous font part de la naissance de leur fils Michel.

Nos félicitations.

M<sup>me</sup> Kaiser, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, nous fait part de la naissance d'un fils en même temps que nous apprenons le décès de son mari.

Nos félicitations pour cette naissance sont mêlées d'une tristesse profonde pour le deuil survenu presque en même temps.

**Centre d'études des Métiers français.** — Le Comité national du Centre d'Etudes des Métiers français, réuni le 21 novembre 1931, sous la présidence de M. Louis Serre, sénateur, a nommé membres de sa Section d'hygiène, MM. Robert Dexant (Montluçon), Gravière (Montrouge), H. Villain (Paris), de Hogues (Montreuil, Seine), tous chirurgiens-dentistes.

**Croisière Médicale de Pâques 1932.** — Le Comité des Croisières Médicales Françaises est heureux d'annoncer au Corps Médical les avantages nouveaux et exceptionnels qu'il a pu leur obtenir pour sa Croisière de Pâques 1932.

Le grand paquebot « Mexique » de 15.000 tonnes affrété spécialement par la Compagnie Générale Transatlantique, partira de Saint-Nazaire le dimanche des Rameaux 20 mars, pour Vigo (visite de Saint-Jacques de Compostelle), Cadix (excursion à Séville, la Semaine Sainte), Madère, Les Iles Canaries, Ténériffe, Las Palmas, les Ports du Maroc : Casablanca, Rabat, Salé, enfin Lisbonne, pour être de retour à Saint-Nazaire, le 4 avril.

Un ajustement méthodique des tarifs permet d'offrir des passages en première classe, à partir de 2.500 francs pour une croisière de 16 jours ; en classe Touriste (deuxième classe des traversées ordinaires) réservée plus spécialement aux jeunes : 1.900 francs.

Il est réservé vingt bourses de mille francs chacune aux élèves des Hôpitaux de Paris et de Province.

La souscription aux excursions à terre n'excédera pas 1.000 fr., chacune pouvant être choisie et réglée séparément.

Littérateur et Médecin, Luc Durtain a bien voulu se charger de la partie littéraire et anecdotique du voyage : en quelques causeries il rappellera pendant les jours de traversée les légendes, l'histoire et la civilisation des pays parcourus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Croisières Médicales Françaises, 9, rue Soufflot à Paris. — Téléphone Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'inscription.

## AVIS

La Direction de *L'Odontologie* a décidé cette année d'offrir gratuitement à ses abonnés l'insertion d'une petite annonce : Achat ou Vente de Cabinet ; Demandes et Offres d'emploi, etc...

**Hôpital Saint-Michel** (33, rue Olivier-de-Serres). — *Service de Gastro-Entérologie.* — Médecin Chef de Service : Dr Maurice Delort ; Médecin adjoint : Dr Maurice Renaudeaux.

Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant. Pour six mois. Entrée en fonction le 15 mars.

*Service des Internes.* — Interne en titre : service de la consultation et des salles chaque matin, à partir de 9 heures.

Contre-visite chaque après-midi. Assistance aux opérations des malades du service.

Interne remplaçant : Il assure le service avec l'interne titulaire, régulièrement une fois par semaine. Il remplace le titulaire chaque fois que celui-ci s'absente.



*Rétribution.* — L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est nourri à l'Hôpital.

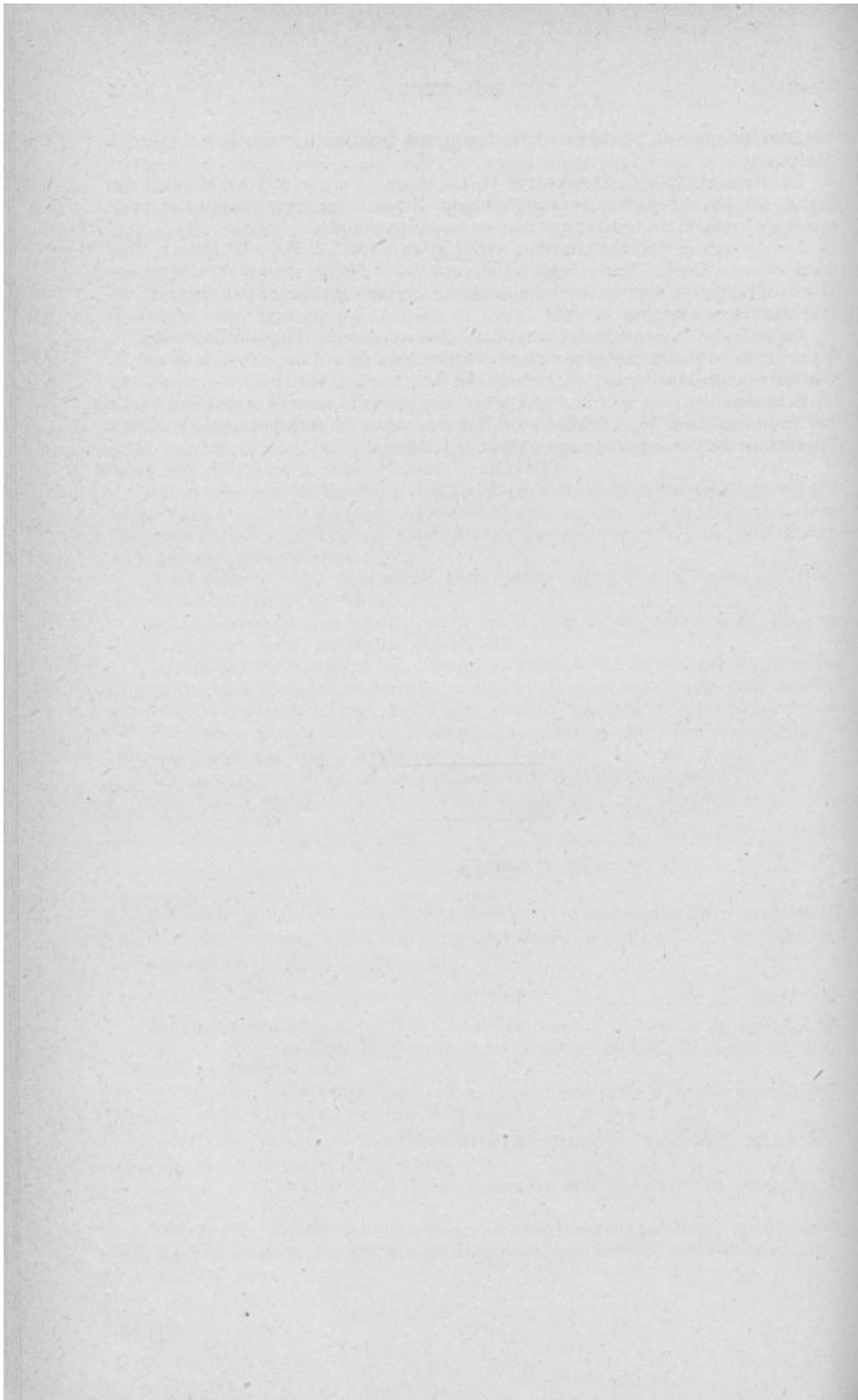
L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'Hôpital son jour de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 25 février, à M. le Dr Delort, Chef du Service de Gastro-Entérologie à l'Hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'Hôpital Saint-Michel, à partir du 1<sup>er</sup> mars. Les 5 premiers de cette liste seront appelés à se présenter par lettre individuelle.

Si aucun d'eux ne peut accepter le service, ceux qui suivent seront convoqués par fractions de 5, de la même façon. Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément du Conseil d'administration de l'Hôpital.

---



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### RÉSECTION ET OBTURATION APICALES DANS LES ABCÈS ALVÉOLAIRES A CANAL IMPERMÉABLE

Par le Dr Maurice ROY.  
Stomatologiste des Hôpitaux,  
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

616.314 089.27

Depuis 1901, c'est-à-dire il y a 30 ans, époque où je pratiquais mes premières interventions apicales dont je parlais dans un premier travail en 1903 (1) et que je rassemblais dans une publication à la Société d'Odontologie en 1909 (2), ces opérations sont devenues classiques et se sont très heureusement généralisées et la technique opératoire que j'ai établie est adoptée d'une façon générale par tous les auteurs. J'en ai fait l'objet d'un second travail d'ensemble sur le curettage apical que j'ai présenté ici en 1925 (3).

J'ai montré, dans tous mes travaux, que, si l'abcès alvéolaire était d'origine apicale, les lésions osseuses étaient toujours beaucoup plus étendues que les lésions radiculaires et j'ai vivement insisté sur l'erreur qui consistait à considérer la suppuration des abcès comme étant due à la présence de l'apex dénudé dont la suppression était soi-disant indispensable à la guérison, comme l'ablation du séquestre dans l'ostéomyélite avec laquelle on faisait une assimilation abusive.

J'ai également montré la variabilité de la dénudation de cet apex

(1) Maurice Roy. — Quelques considérations sur la carie du 4<sup>e</sup> degré simple ou compliquée d'abcès alvéolaire. — *L'Odontologie*, 1902. Vol. I, p. 5.

(2) Maurice Roy. — Le curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques. — *L'Odontologie*, 1909, p. 367.

(3) Maurice Roy. — Le curettage apical. — *L'Odontologie*, 1925, p. 5.



radiculaire parfois tellement réduite que celui-ci est à peine perceptible dans une cavité osseuse relativement considérable.

J'ai montré enfin, en conséquence, que, si le curettage alvéolo-radicaire était toujours indispensable dans ces opérations, la résection apicale, au contraire, ne devait être pratiquée que dans certains cas particuliers et j'en ai formulé les indications dans mon travail de 1925 ; je vous demande la permission de vous les rappeler :

« Si d'ordinaire, disais-je, la résection n'est pas nécessaire pour la guérison, elle n'en présente pas moins quelques indications :

« 1<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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 parfois 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 fût-il même un 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<sup>o</sup> 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 est impossible de retirer celui-ci sans risquer de compromettre irrémédiablement la racine.

« 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 de vue esthétique. Dans ces conditions la résection de toute la portion apicale située au-dessus du pivot doit être pratiquée » (1).

\*  
\* \*

Je voudrais aujourd'hui vous entretenir de l'une de ces indications à laquelle j'ai apporté depuis quelques années une variante que je crois appelée à rendre service dans les cas spéciaux que je vais vous exposer.

La première des conditions, en effet, pour qu'une opération apicale puisse donner un résultat favorable, c'est que le canal soit complètement désinfecté et obturé hermétiquement, avant ou après l'intervention chirurgicale. Or il peut arriver que le canal d'une dent infectée soit imperméable et ne puisse être désinfecté par aucun procédé. Dans ces conditions, la cause première de l'abcès alvéolaire ne pouvant être supprimée, il sera impossible de guérir celui-ci.

Les causes de l'imperméabilité du canal radiculaire peuvent être diverses ; il est des causes anatomiques, comme la coudure plus ou moins marquée de l'apex ; il est des causes pathologiques comme la calcification étendue de la pulpe qui peut ne pas permettre de retrouver la partie libre du canal ; il est des causes mécaniques comme la fracture d'une sonde ou d'une broche dans le canal, comme enfin la présence d'un pivot dans une racine, ce pivot ne pouvant pas être enlevé pour une cause quelconque.

Je prendrai ce dernier cas d'imperméabilité qui est un de ceux pour lesquels le problème du curettage apical se pose le plus fréquemment et il peut, au surplus, servir d'exemple pour solutionner, le cas échéant, les autres cas d'imperméabilité qui peuvent se présenter.

Il est malheureusement fréquent de rencontrer des abcès alvéolaires au niveau de dents à pivot. L'indication thérapeutique en pareil cas est très nette, il faut retirer le pivot, nettoyer et désinfecter le canal jusqu'à l'apex et, après guérison, obturer antiseptiquement celui-ci.

Malheureusement cette intervention ne peut pas toujours être effectuée, même quand il s'agit d'une dent à pivot indépendante de tout autre construction prothétique, lorsque, par exemple, comme dans le premier cas dont je vais vous donner l'observation, la minceur

---

(1) *Loc. cit.*, p. 18.

des parois du canal ne permet pas cette ablation du pivot sans les plus grands risques de fracture ou de perforation de celles-ci. De même, comme dans la deuxième observation, lorsque le pivot qui devrait être enlevé est un des éléments d'une construction prothétique comportant un nombre plus ou moins considérable de dents piliers, l'ablation de ce pivot devant entraîner inmanquablement la destruction complète de toute la construction, et je n'ai pas besoin de m'étendre sur les multiples conséquences de cette destruction.

En vous rappelant tout à l'heure les indications de la résection apicale que j'ai formulées autrefois, j'ai déjà indiqué un moyen de parer à certains de ces cas en pratiquant la résection de la racine jusqu'au niveau de l'extrémité du pivot, la portion de racine où se trouve scellé le pivot ayant des chances d'être, pratiquement parlant, aseptique ou, tout au moins, non capable de déverser des produits septiques dans l'alvéole.

Mais cette résection, si j'ai pu la faire quelquefois avec succès, est rarement possible, car elle implique, le plus souvent, une résection de tissu radiculaire beaucoup trop étendue et incompatible avec la conservation définitive de la racine.

Il n'y a donc, dans ces cas, que deux alternatives : ou laisser continuer le processus suppuratif avec toutes ses conséquences ou en supprimer radicalement la cause, soit par extraction de la dent, soit par destruction totale de la restauration prothétique dans laquelle est comprise la dent abcédée.

M'étant trouvé à diverses reprises en présence de ces deux alternatives également fâcheuses, particulièrement dans des cas qui m'avaient été adressés par des confrères, j'ai imaginé, ne pouvant supprimer le foyer canaliculaire septique, de fermer hermétiquement l'orifice de celui-ci au moyen d'une obturation apicale permettant de laisser ainsi sans danger, incluse dans les tissus, une portion de racine dont le canal était profondément infecté.

Voici la technique que j'emploie :

Après avoir incisé la muqueuse, ouvert et cureté le foyer suivant le mode opératoire que j'ai décrit et que je crois n'avoir pas besoin d'indiquer à nouveau, je fais par tamponnement l'hémostase de la plaie, afin de bien reconnaître l'apex de la racine. Ceux qui sont peu familiarisés avec cette opération pourront s'étonner de cette observation de la part de quelqu'un qui passe pour avoir quelque compétence en la matière, parce qu'ils pensent que, dans ces opérations, l'apex de



la dent se présente toujours dans la cavité abcédée comme l'obélisque au milieu de la place de la Concorde.

Je m'empresse de les détromper à cet égard et de leur répéter ce que je disais au début de cette communication, à savoir que fréquemment, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas, la dénudation apicale est très peu étendue, comportant seulement l'orifice et la petite convexité circonférencielle de l'extrémité apicale ; en sorte que, pour voir celle-ci bien nettement, il faut éponger la cavité osseuse et faire un peu d'hémostase.

Cette extrémité apicale étant bien reconnue, je prends une grosse fraise ronde, n° 8, montée sur le tour et je creuse dans l'apex, en direction verticale, une cupule d'un millimètre et demi à deux millimètres de profondeur ; ensuite avec une fraise-roue de plus petit calibre, je taille une rainure circulaire sur les bords de cette cupule de façon à faire une bonne rétention pour la matière obturatrice.

Cette préparation faite, je lave soigneusement la cavité et l'extrémité apicale, puis je sèche celle-ci le mieux possible et je remplis la cupule que j'ai taillée avec de l'amalgame qu'un aide a préparé pendant ce temps et que je foule soigneusement dans la rainure rétentive suivant la technique habituelle.

L'obturation terminée, les parcelles d'amalgame en excédent sont enlevées, la cavité de nouveau lavée et refermée ensuite en abaissant le bord labial de la plaie qui vient s'accoler au bord gingival.

La cicatrisation se poursuit dans les mêmes conditions que dans le curettage apical ordinaire, cette obturation étant admirablement tolérée par les tissus.

Je signalerai que, dans la première obturation apicale que j'ai faite, j'ai employé de la pâte oxyde de zinc, aristol et eugénol avec un succès parfait, cependant je crois préférable, comme je le fais depuis, d'obturer avec de l'amalgame d'argent qui est parfaitement toléré et dont la stabilité définitive est plus certaine encore qu'avec la pâte sus-indiquée. Je mets en garde toutefois, dans ces cas, contre l'emploi de produits formolés que je crois susceptibles d'exercer une action défavorable sur les tissus.

Je signalerai que, précédemment à mes observations, d'autres auteurs ont conseillé l'obturation de l'apex au cours des opérations apicales comme complément de l'obturation canaliculaire par crainte de la réinfection possible du canal obturé.

Mais je m'empresse de dire que cela est la conséquence d'une idée

inexacte, car la réinfection apicale d'un canal obturé, dans les cas ordinaires de curettage ou de résection apicale, est une crainte absolument chimérique qui ne se réalise jamais.

Comme je l'ai indiqué, mon but est tout autre que celui des auteurs précités : une portion de canal entre le pivot et l'apex étant remplie de matières septiques et ne pouvant être stérilisée, je ferme hermétiquement à l'apex cette portion de canal hermétiquement fermée d'autre part, par le pivot scellé dans la racine et je rends ainsi inoffensive et parfaitement tolérée par les tissus, la racine en cause.



FIG. 1.



FIG. 2.

FIG. 1. — On remarquera sur la dent marquée d'une croix, qui porte une dent à pivot, l'énorme étendue du canal et la minceur de ses parois.

FIG. 2. — Même dent que la figure 1, dix-huit mois après l'obturation apicale qui forme sur la radio une tache sphérique à l'extrémité de la racine vestibulaire de cette dent.

A titre d'exemple, je citerai simplement deux observations d'obturations apicales répondant à deux indications différentes.

OBSERVATION I. — Mme P... a dans la bouche une racine de première prémolaire supérieure gauche qui porte une dent à pivot qui est en place depuis 20 ans et ne détermine pas de douleurs, mais qui occasionne un abcès chronique avec une fistule vestibulaire par laquelle on perçoit à la sonde une extrémité apicale.

Je signale à ma malade les inconvénients de cette fistule et de l'abcès causal et l'engage à s'en débarrasser. Je me propose d'enlever la dent et le pivot, de traiter la racine et refaire ensuite la restauration de la dent ; dans ce but, je fais prendre une radiographie. La vue de celle-ci (fig. 1) m'arrête immédiatement dans mes projets, car je vois que le canal de cette racine a été considérablement élargi et que, de ce

fait, les parois en sont extrêmement minces ; par conséquent, si j'essayais d'enlever le pivot, ou je casserais une de ces parois, ou je la perforerais, rendant, dans l'un ou l'autre cas, absolument inutilisable une racine à laquelle ma malade tient particulièrement au point de préférer garder son abcès, malgré ce que je lui ai dit, plutôt que de n'avoir plus sa dent à pivot.

Dans ces conditions je décide de tenter le curettage et l'obturation de la racine. Je pratique cette opération en janvier 1928, suivant la technique que je viens de vous décrire ; la racine en cause, la racine vestibulaire, était dénudée sur une étendue de deux millimètres et presque procidente dans la fistule ; j'en fis la résection et sur le moignon je taillai à la fraise la petite cupule que j'obturai, dans ce cas, avec de la pâte aristol oxyde de zinc très épaisse.

Les suites opératoires furent parfaites, la cicatrisation rapidement obtenue et la fistule radicalement disparue. L'on peut voir (fig. 2) une radiographie de cette dent 18 mois après l'opération qui montre l'excellence du résultat obtenu.

OBSERVATION II. — M<sup>me</sup> L... m'est envoyée à ma clinique de stomatologie de l'Ecole, par un confrère qui a posé un an auparavant à cette malade un bridge fixé par un pivot dans l'incisive centrale droite et un dans l'incisive latérale gauche. L'incisive centrale droite provoque un abcès alvéolaire avec fistule vestibulaire.

Rationnellement, il faut enlever tout le bridge qui est scellé au ciment et devra être détruit, perspective qui désole la malade.

L'incisive latérale ne donnant pas lieu à des réactions pathologiques notables d'après la radio, je décide de faire un curettage avec obturation apicale.

Le 6 juillet, je fais cette opération suivant la technique indiquée ci-dessus, les suites opératoires furent des plus simples, la tolérance et la cicatrisation parfaites et j'ai pu ainsi conserver le bridge de cette malade malgré la grosse complication qu'il avait provoquée.

Ces deux observations suffisent pour compléter l'exposé de ma technique, il serait sans intérêt de les multiplier.

Je tiens en terminant à bien spécifier que je ne considère ce traitement que comme un pis aller et non pas comme devant être appliqué indistinctement à tous les cas. Je pense en effet, malgré les excellents résultats que j'ai obtenus dans tous les cas que j'ai opérés, qu'il est préférable, lorsque cela est possible, d'enlever les pivots et de désinfecter, puis obturer complètement les canaux suivant les procédés clas-



siques. Je ne voudrais pas non plus que la perspective de la ressource qu'offre ce traitement particulier puisse encourager la négligence, trop souvent constatée, de certains confrères dans le traitement des dents piliers de bridge.

Du travail que je viens de vous exposer, je puis tirer les conclusions suivantes :

#### CONCLUSIONS

1° Lorsqu'un canal radiculaire infecté n'est pas perméable par suite de causes diverses et détermine un abcès alvéolaire, il est possible de guérir celui-ci en pratiquant le curettage apical et en fermant ensuite hermétiquement l'orifice apical de la racine au moyen d'une obturation.

2° Cette obturation sera faite de préférence avec de l'amalgame d'argent placé dans une petite cavité rétentive en forme de cupule creusée à l'extrémité apicale qui peut être préalablement réséquée, si besoin est.

3° Le canal étant, dans sa portion juxta-coronaire, obturé hermétiquement par un pivot, fixé dans la racine ou par toute autre chose imperméable, l'obturation apicale scelle définitivement la portion septique du canal qui ne peut être atteinte par les divers moyens de désinfection et empêche ainsi toute issue des éléments septiques au dehors du canal.

4° Une racine ainsi traitée est parfaitement tolérée par les tissus et la guérison définitive de l'abcès alvéolaire peut être obtenue dans d'excellentes conditions.

5° Ce procédé peut rendre de grands services pour la conservation de dents infectées dont le canal est imperméable et notamment pour la conservation de racines portant des pivots qui ne peuvent être retirés pour des causes diverses.

---

## DE L'IMPORTANCE D'UNE OBSERVATION MÉTHODIQUE DANS L'ORTHOPÉDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE

Par P. HOUSSET et R. REGNAULT

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 5 janvier 1932)

616.314 089.23

La méthode, cette qualité indispensable du praticien, prend en orthodontie une importance particulière. Maints signes de valeur au point de vue de l'étiologie, du diagnostic et du traitement, risquent d'échapper à l'attention la plus exercée s'ils ne sont recherchés systématiquement. Nous ne prétendons pas présenter comme observation type le modèle dont nous nous servons en pratique ; notre but est simplement d'émettre quelques réflexions sur l'étiologie et le processus d'évolution des dysmorphoses dento-maxillo-faciales.

Il nous a semblé que cette communication pouvait intéresser également les confrères qui ne font pas d'orthodontie pour deux raisons :

1° L'orthodontie poursuit un but thérapeutique local et général ; en tant que praticiens de l'art dentaire, elle ne saurait les laisser indifférents.

2° En outre, ils sont fréquemment consultés en clientèle pour des cas de dysmorphoses. Même s'ils ne désirent point en entreprendre le traitement, les bases générales de l'examen et de l'appareillage présentent pour eux un intérêt évident, ne serait-ce que pour renseigner sommairement les patients qui viennent les consulter.

Cette observation est divisée schématiquement, comme il est d'usage, en trois parties :

La première partie est consacrée à l'examen général ;

La deuxième partie est consacrée à l'examen local ;

La troisième partie est consacrée au diagnostic et aux divers modes de traitement.

L'abondance des réflexions que nous désirons vous soumettre, nous contraint à n'envisager dans cette première partie que l'examen général ; nous nous réservons de discuter ultérieurement les points importants concernant l'examen local et le traitement.

Il est intéressant, autant que les possibilités pratiques le permettent, d'étudier la morphologie du crâne et du visage chez l'enfant dys-

morphique, ainsi que chez ses proches parents : père, mère, frères, sœurs. Indispensable au point de vue de l'observation, cette étude soulève des problèmes attachants, ainsi que nous le verrons plus loin.

La classification en dolicho, méso et brachycéphales fondée sur l'indice céphalique qui, comme chacun sait, est égal au :

$$\frac{\text{Diamètre transverse maximum} \times 100}{\text{Diamètre antéro-postérieur maximum}}$$

est commode, de même, l'*indice facial* égal à la

$$\frac{\text{Distance ophryon-gnathion} \times 100}{\text{Distance blizygomatique}}$$

qui permet de classer le visage en :

- leptoprosope ;
- mésoprosope ;
- euryprosope ;

selon que la distance ophryon-gnathion est plus ou moins longue et que, partant, le visage est plus ou moins allongé.

Diverses classifications morphologiques ont été proposées, depuis celle de Sigaud avec ses quatre types :

- musculaire ;
- respiratoire ;
- digestif ;
- cérébral ;

selon l'égalité ou la prédominance d'un des trois étages, — jusqu'à l'ancienne classification physiognomonique brillamment reprise par les docteurs Durville et de Nevrezé et qui a le mérite, à mes yeux, de définir, en même temps que le type morphologique, le tempérament qui lui est attaché. Il convient de faire abstraction des vieux noms mythologiques qui les désignent ; ils ne présument point une conception astrologique. Rappelons rapidement que cette classification admet comme types de base pour l'homme, les types *Terre* et *Mars*, à morphologie carrée, brachycéphale, à tempérament sanguin ; pour la femme les types *Vénus* et *Lune*, à morphologie ronde, à tempérament lymphatico-sanguin.

De ces types originels dérivent les types ovales et triangulaires, dolichocéphales :

- Solaire : neuro-sanguin.
- Mercure : neuro-lymphatique.
- Saturnien : bilio-sanguin.



Cette classification rend en pratique de réels services.

La question des dysmorphoses soulève deux problèmes intéressants :

I. — Comment se transmettent-elles ?

II. — Quelle est leur origine ?

I. — Chez un sujet porteur de dysmorphoses maxillo-faciales, quelle est la part personnelle, normale pour lui pourrait-on dire, quelle en est la part pathologique ?

Si nous laissons de côté en effet les dysmorphoses marquées, tératologiques, ne nous arrive-t-il pas fréquemment d'observer des caractères qui peuvent nous apparaître comme des dysmorphoses légères, alors qu'ils font partie intégrante de la morphologie propre à l'individu considéré. Comment une telle variété morphologique fut-elle acquise ; quelle part y prend la pathologie, quelle part la biologie ? On peut admettre en effet que la morphologie d'un individu traduit son adaptation aux conditions de la vie, sa réaction vis-à-vis du milieu ambiant dont il subit toutes les influences. C'est ainsi que le climat, le mode d'existence ont une action évidente sur la morphologie ; une preuve, entre autres, pourrait être donnée par la transformation complète du type de l'Européen qui va se fixer aux Etats-Unis.

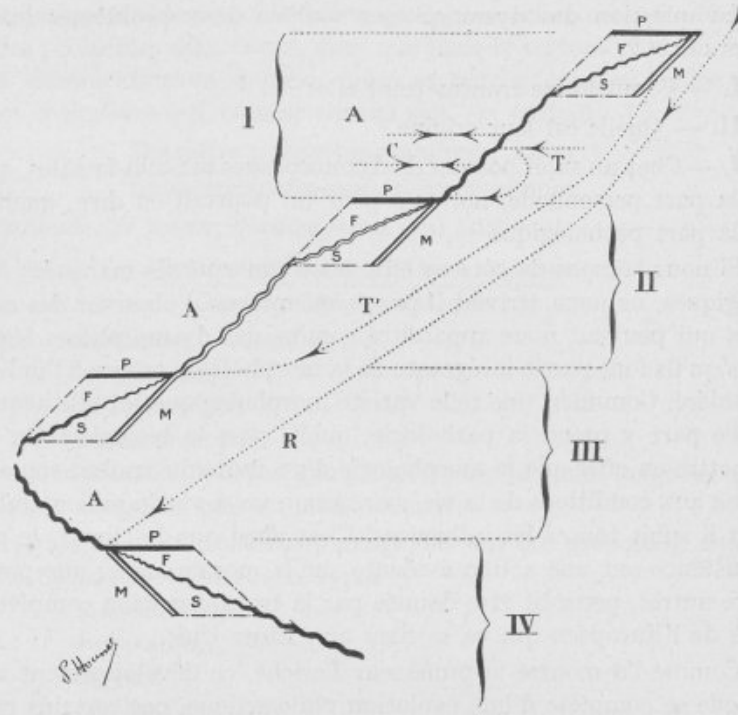
Comme l'a montré le professeur Leriche, ce développement antologique se complète d'une évolution philogénique, car certains caractères acquis vont se transmettre aux descendants, contribuant ainsi à modifier le type morphologique primitif. Celui-ci peut d'ailleurs se trouver reproduit de nouveau, au cours des générations, par un de ces brusques retours *palingéniques*, par cette sorte de loi d'équilibre qui régit les phénomènes naturels, réalisant ici des « potentialités morphologiques » que l'on ne soupçonnait plus.

On pourrait figurer schématiquement cette évolution de la manière suivante :

Soit un type originel I ; si aucune cause modificatrice ne survenait, la descendance se ferait en ligne droite ; tel n'est point le cas ; du fait de la miscégénéation due aux alliances, et des diverses causes modificatrices biologiques ou pathologiques, certains caractères acquis transmettent aux descendants un type originel modifié et ainsi de suite au cours des générations. Sur le schéma, les deux côtés du parallélogramme représentent le père et la mère, la résultante figure l'enfant.

Il est évident que, dans la réalité, les choses ne se passent pas avec

## LIGNÉE PHYLOGÉNIQUE ET MODIFICATIONS ONTOLOGIQUES.



I, II, III, IV = générations successives : P = père, M = mère.  
 F, S = Stade de la vie familiale et scolaire (1) de l'enfant).  
 A = Stade de la vie adulte.  
 R = Retour palingénétique.  
 C = Caractères acquis non transmissibles (2).  
 T = Caractères acquis transmissibles (3).  
 T' = Caractères acquis transmissibles sautant une ou plusieurs générations.  
 (Le saut est compris dans le sens structure morphologique, mais non dans le sens : potentiel morphogénétique.)

N. B. — (1) L'enfant est fortement marqué, dans les acquisitions ontologiques, par la vie scolaire, surtout jusqu'à la puberté. Allaitement maternel ou non, alimentation, éducation, exercices physiques, aération, etc... Positions scolaires, surmenage. Cerveau et asymétries fonctionnelles. Education bimanuelle, etc...

Loi des alternances dans le travail et le repos, etc...

(2) De nombreux caractères biologiques ontologiques ne se transmet-

(1) Dr Paul Godin, Neuchâtel.

tront pas si leur acquisition est trop récente ou leur imprégnation trop légère.

(3) Les caractères acquis peuvent être divisés en :

a) *Caractères biologiques* (influences du milieu, alimentation, climat, mode d'existence physique, psychique, carences diverses, habitudes ou dispositions (gaucherie par exemple) ;

b) *Caractères pathologiques directs* (troubles de la grossesse, maladies infectieuses aiguës et chroniques, syphilis, diathèses, etc...) ;

c) *Caractères pathologiques indirects* (lésions dysmorphiques anciennes, habitudes pernicieuses, etc...).

cette rigueur mathématique ; en particulier certains caractères ontologiques peuvent sauter une génération. De tels schémas dans leur indigence n'ont qu'un mérite, celui de fixer momentanément les idées. Cette transmission des caractères acquis explique ce fait que certaines dysmorphoses, ayant à l'origine une cause pathologique, telles le nez dit « en pied de marmite » qui reconnaît pour cause primitive l'effondrement des os propres du nez, ou certaines formes de prognathisme mandibulaire (comme chez les Habsbourg) arrivent au cours du développement philogénique à faire partie intégrante de la morphologie propre à un descendant donné, alors que la cause pathologique s'est éteinte depuis longtemps.

Nous voyons encore que le type morphologique, dit normal, par rapport auquel nous jugeons des dysmorphoses, varie immensément, suivant les latitudes et les races, et dans une même race, même, suivant les nations, les familles ; il est donc essentiellement protéiforme ; le prototype, dit normal, peut être conçu comme une sorte de schéma idéal vers lequel nous tendons de plus ou moins loin ; il n'est valable que pour un groupe d'individus donnés et, on pourrait ajouter, pour une certaine période de l'évolution.

Dans la seule race aryenne, n'existe-t-il pas une différence considérable entre l'esthétique ancienne égypto-grecque et l'esthétique actuelle ?

Si l'on ajoute que les caractères morphologiques d'un individu peuvent être grandement influencés par ses caractéristiques intellectuelles, émotionnelles et volitives, on voit combien complexe est le problème des caractères morphologiques acquis et transmis.

En résumé, il n'existe pas de morphologie fixe ; elle est en continue transformation comme tous les tissus.

M. Housset met ce point en lumière dans son rapport au dernier



Congrès : « On peut concevoir la forme comme la résultante des réactions de la matière aux influences du milieu ; le milieu est composé d'un nombre indéterminé de variables, parmi lesquelles on peut citer les forces moléculaires, les rayonnements, les pressions, les tensions, la pesanteur, la température, l'osmose, etc..., somme toute des facteurs physiques, chimiques, biologiques ou forces générales du Cosmos, agissant pendant des périodes, car le temps est, lui aussi, une variable, indépendante... »

« La stabilité de l'individu n'est qu'apparente et les états de l'organisme indiquent son évolution non réversible dans un milieu en mouvement. Les notions de permanence ne sont perceptibles que par la lenteur relative de certaines transmissions d'énergie et en raison de l'association des activités de l'individu. »

Telles sont les causes multiples, complexes, agissant sur la morphologie générale de l'être ; mais lorsqu'il y a une dysmorphose patente, caractérisée, quelle est la cause première, pathologique que l'on peut incriminer, tout au moins en partie ? Geo, Villain et de Nevrezé ont présenté en 1924 une division schématique et très claire des causes pathologiques susceptibles de provoquer des dysmorphoses maxillo-dentaires ; ils les divisent en trois classes : générales, proximales et locales et considèrent leur action au cours de trois périodes :

La *première période* s'étend du 6<sup>e</sup> mois de la vie utérine, à 2 ans, c'est la *période folliculaire* ; la *deuxième période*, de 2 à 6 ans, c'est la période de *dentition temporaire* ; la *troisième période* s'étend de 6 à 12 ans, c'est la période de *dentition permanente*.

I. — Dans la *première période*, les causes générales prédominent sur les causes proximales et locales.

Toutes les intoxications, toutes les septicémies et toxhémies graves sont susceptibles de retentir sur le fœtus au cours de la vie intra-utérine, soit en troublant la grossesse, soit en agissant directement sur le fœtus.

Parmi les causes indirectes des auteurs ont émis l'hypothèse de brides aminotiques. Celles-ci seraient à l'origine de certains becs-de-lièvre ; la question est encore très obscure.

Au cours de la première enfance, il importe de réserver une large place aux carences de toute nature ; en dehors des avitaminoses, aujourd'hui bien connues, les carences d'oxygène, de soleil, de mouvement, les carences respiratoires pulmonaire et cutanée, par l'insuffisance d'hématose qu'elles entraînent, jouent un rôle important dans

la production du *rachitisme*, affection féconde en dysmorphoses dento-maxillo-faciales ainsi que Frey l'a démontré dans une étude magistrale.

Pierre Robin, Pont, puis Sylvain Dreyfus ont eu le mérite de mettre en lumière le rôle des habitudes pernicieuses, par exemple une mauvaise position au cours de l'allaitement, provocatrice de *glossop-tose*. La tétée orthostatique préconisée par Pierre Robin constitue en ce cas une excellente mesure que l'on ne saurait trop vulgariser.

II. — *Dans la deuxième période*, qui s'étend de 2 à 6 ans, les causes générales passent au second plan, ce sont les causes proximales (*lésions rhino-pharyngées*) qui prédominent. Au cours d'une communication ultérieure, nous verrons quel rôle les lésions rhino-pharyngées jouent dans la production des dysmorphoses, en particulier de l'endognathie et nous étudierons les traitements destinés à rétablir l'intégrité de ces organes, concurremment à un traitement orthopédique des maxillaires.

III. — *Dans la troisième période*, de 6 à 12 ans, les causes locales prennent toute leur importance et prédominent sur les causes proximales et générales.

La maléruption des dents permanentes, compliquée du jeu des plans inclinés cuspidiens, est une cause capitale de dysmorphose à cette époque. Il est évident d'ailleurs que les causes générales comme les grandes intoxications endogènes et exogènes sont susceptibles d'invertir l'ordre des facteurs et de donner aux causes générales la prépondérance.

Telles sont rapidement rappelées les principales causes susceptibles de provoquer des dysmorphoses.

Il est encore deux grands syndromes qui jouent dans cette étiologie un rôle très important ; ce sont l'*hérédo-syphilis* et la *tuberculémie*. Loin de nous la pensée d'inclure en eux toute l'étiologie, mais à titre d'infections chroniques profondes, ils méritent une mention particulière. C'est dans cet esprit que nous désirons attirer sur eux votre attention.

I. — *Hérédo-syphilis*. — Disons d'emblée que la conception de l'hérédo-syphilis s'est considérablement modifiée ces dernières années, que son domaine s'est énormément accru et que l'on tend à lui attribuer un rôle de plus en plus grand dans la pathogénie de nombreuses affections.

On pensait, il y a quelques années, qu'un syphilitique porteur d'une

infection acquise pouvait se marier s'il était correctement traité pendant trois ans et si, depuis un an, il n'avait plus présenté de symptômes. Comme, en général, les enfants nés de ces mariages ne présentaient plus de signes évidents nets, classiques, on tenait la règle pour bonne. Cette sécurité était fallacieuse et l'on s'aperçut, grâce à la séro-réaction, qu'un tel malade présentait très fréquemment une réaction positive, 10, 20 et même 30 ans après l'infection primaire, alors qu'il ne présentait plus aucun symptôme clinique révélateur.

On poussa plus loin les investigations et on se souvint que l'absence de réaction positive ne signifie pas nécessairement, tant s'en faut, la guérison. On scruta minutieusement les descendants de ces syphilitiques anciens sans lésions décelables et avec séro-réaction négative.

On s'aperçut alors que le nombre d'enfants « pas comme les autres » y était beaucoup plus nombreux que chez les sujets non syphilitiques.

Evidemment, de tels enfants ne présentaient pas de lésions éclatantes ; les lésions revêtaient une apparence banale ; c'étaient de petits arrêts de croissance, des entérites rebelles, un aspect général d'enfant poussant mal, trop nerveux ou arriéré. On étudia ces phénomènes banaux en apparence, en partant de cette idée que tout enfant né de syphilitique devait être réputé comme étant touché de quelque manière par l'infection tréponémique.

On constata rapidement que nombre de lésions banales ne présentant en aucune manière un cachet spécifique, pouvaient, en fait, être rattachées à l'hérédosyphilis.

Nous voyons apparaître ce fait, capital pour la conception moderne de l'hérédosyphilis, que celle-ci se manifeste par deux ordres de signes : les uns, nettement spécifiques, connus depuis longtemps et sur lesquels tout le monde est d'accord ; les autres d'apparence banale, pouvant être produits par des causes autres que la syphilis, mais que, dans nombre de cas ignorés, la spécificité provoque et rend permanents.

Pour juger de la fréquence relative de ces deux ordres de symptômes qu'il nous soit permis de rapporter la proportion établie par Leredde, dont la compétence est indiscutable.

Pour un cas à lésions externes, de spécificité avérée, il y a 30 ou peut-être 50 cas qui ne présentent que des lésions tout à fait banales.

On peut juger par là de l'importance de ces lésions banales, autrefois méconnues.



La syphilis des parents exerce encore une action extrêmement importante sur les glandes endocrines de l'enfant et, par conséquent, sur son développement.

On sait que ces glandes, dont les surrénales et la thyroïde sont les exemples les plus typiques, sont au premier chef *morphogénétiques*. Or, ces glandes se montrent extrêmement sensibles aux infections ; il est logique que la syphilis, infection chronique, les atteigne profondément.

Et c'est bien là ce que nous montre la clinique hospitalière qui, sans parler de dystrophies importantes comme le bec-de-lièvre, l'hydrocéphalie, les nævis, met si souvent sous nos yeux l'élastopathie généralisée et le myxoedème fruste avec son tableau clinique habituel de frilosité, bouffissure de la face, difficulté de l'enfant à fixer son attention, arriération mentale plus ou moins marquée.

Si l'on ajoute que bon nombre de *maladies familiales* peuvent très fréquemment être rattachées à l'hérédo-syphilis comme :

Diverses affections de la moelle ; maladie de Little, de Friedreich ; l'ictère hémolytique congénital, le pouls lent permanent, le rétrécissement mitral, les maladies de Basedow et de Paget, l'hémophilie et d'une façon générale toutes les affections chroniques, on voit combien le domaine de l'hérédo-spécificité est étendu et combien son action est polymorphe.

Le deuxième grand syndrome est la *tuberculémie*.

De toutes les maladies qui déciment le monde, la tuberculose est la plus répandue. Le Professeur Calmette n'hésite pas à proclamer que dans les agglomérations urbaines d'Europe, neuf dixièmes au moins des sujets atteignant l'âge adulte n'ont pas pu se soustraire à la contamination bacillaire.

C'est dire que nous sommes tous, ou peu s'en faut, « sensibilisés » à la tuberculose.

Les résultats cliniques obtenus par la tuberculinothérapie depuis une vingtaine d'années et les travaux récents de Calmette sur les formes filfrantes du B. K. permettent d'arriver à cette double conclusion du pléomorphisme du bacille tuberculeux et d'un « *état préparatoire* », *tuberculinique*, qui précède l'apparition d'une tuberculose avérée, non fatale sans doute, mais fréquente.

C'est cet *état « toxinique » d'alarme* — que nous, praticiens de l'art dentaire, nous avons un intérêt particulier à bien connaître puisque l'examen de la denture nous permet parfois de le dépister précocement.

cement et d'agir en conséquence, — c'est sur lui que je voudrais, en passant, attirer l'attention (1)

L'état tuberculinique ne se manifeste, en clinique, que par des signes fonctionnels, en rapport avec le degré d'intoxication plus ou moins profond de l'organisme. Ses caractéristiques générales sont au nombre de quatre :

L'extrême variabilité des symptômes ;

La tendance aux rhumes ;

L'état cyanotique ;

La déminéralisation.

Nous allons les passer rapidement en revue :

I. — *Variabilité des symptômes.* — « Tout est changeant » chez le tuberculinique, tant les signes fonctionnels que les signes nerveux ; il passe de la fatigue la plus profonde à l'excitation la plus vive, de l'apathie à l'irritabilité. Tel malade qui à l'occasion d'une courte promenade en ville présente un épuisement impressionnant, fera de véritables marches militaires à la campagne sans la moindre fatigue.

Son caractère présente les mêmes variations, il peut passer de la tristesse la plus sombre à une gaieté bruyante ; c'est un *instable* physique et mental.

II. — *Tendance aux rhumes.* — Le malade tousse fréquemment au cours de l'hiver sans savoir à quoi attribuer cette prédisposition, car l'examen stéthoscopique et radiologique ne révèle aucune altération du parenchyme pulmonaire. Ces coryzas, ces rhino-pharyngites à répétition qui reviennent périodiquement, ne sont en réalité que des *crises d'élimination toxiques* dont la nature n'est jamais soupçonnée.

Ajoutons que cet encombrement toxique se manifeste encore par une sensibilité douloureuse à la pression des régions hépatiques (lobe de Spiegel), splénique, rénale (pôle sup. du rein droit), appendiculaire, et au niveau du sommet droit, dans la fosse sus-épineuse.

III. — *L'état cyanotique* : on le constate toujours chez le tuberculinique à un degré plus ou moins marqué, non seulement au niveau des extrémités, mais des joues et quelquefois du nez.

Cet état violacé, qui contraste avec la coloration rouge vif des lèvres, indique qu'il existe au niveau des capillaires veineux une sorte d'asphyxie, de stase due vraisemblablement à une tension intra-veineuse très augmentée, sous l'influence de la toxine tuberculinique.

---

(1) Dr Regnault.

IV. — *La déminéralisation* : nous arrivons au *symptôme capital* pour nous, celui pour lequel on vient nous consulter.

Toute intoxication, quelle que soit sa nature, produit une déminéralisation, mais une déminéralisation continue doit faire penser chez un être jeune à un état tuberculinique.

Cette déminéralisation peut se manifester par une sensibilité particulière de l'émail, une *polycarie* étendue et récidivante malgré les soins locaux les plus minutieux et une thérapeutique « recalcifiante » absolument illusoire. L'analyse des urines révèle une phosphaturie importante, augmentant encore sous l'influence du traitement « recalcifiant » parce que la cellule intoxiquée est incapable de retenir le calcium, qu'il provienne des aliments ou des spécialités pharmaceutiques.

On ne saurait trop insister sur cette *liaison* entre la *polycarie rebelle*, chronique pourrait-on dire, et l'*état tuberculinique*.

La denture est un véritable miroir dans lequel se reflètent l'état du terrain et ses atteintes successives.

Aussi en présence d'une déminéralisation marquée, d'une polycarie récidivante, nous devons avoir notre attention orientée vers l'*intoxication tuberculinique* et en rechercher les autres symptômes.

Mieux que l'hérédosyphilis aux manifestations diverses et souvent indirectes, la tuberculémie est justiciable d'un traitement efficace ; à cet égard les résultats obtenus par de Nevrezé, à la consultation du jeudi, sont extrêmement instructifs et encourageants (1).

Nous nous excusons d'avoir autant insisté sur ces deux grands syndromes ; il nous a semblé qu'ils jouent dans la pathologie des dysmorphoses un rôle très important, soit directement, soit peut-être plus souvent encore indirectement, en formant un complexe, en préparant un terrain sur lequel des causes secondaires auront plus de prise.

Loin de nous la pensée de vouloir inclure en eux toute la pathogénie des dysmorphoses.

Leur action est prédominante, non exclusive. Nous avons vu d'ailleurs qu'à côté des causes pathologiques, il convient de faire une large place aux causes biologiques, héréditaires et ontologiques. Nous avons déjà vu l'influence du climat, du mode de vie physique et mentale, de la prédominance du développement musculaire ou cérébral. Tous ces facteurs sont susceptibles d'agir dans une mesure importante sur la mor-

---

(1) Service d'Orthopédie dento-maxillo-faciale de l'Ecole Dentaire de Paris.



phologie générale de l'être, soit directement, soit par l'intermédiaire des glandes endocrines (hypophyse, thyroïde, surrénales, glandes génitales) dont le rôle morphogénétique est établi.

En résumé la morphologie, subissant toutes les influences, est en incessante transformation, comme tous les tissus vivants ; à elle s'applique parfaitement la définition de Le Bon : « la matière : force condensée ».

C'est à la lueur de ces considérations générales que nous, orthodontistes, nous pouvons assumer notre tâche et étendre notre domaine.

En présence d'une dysmorphose, il est permis de se demander où finit la morphologie propre à l'individu qui en est porteur et où commence la cause pathologique surajoutée.

Si nous nous efforçons de rétablir une physiologie convenable, nous sommes aussi des créateurs de beauté ; la physiologie et l'esthétique sont les deux pôles entre lesquels doit s'exercer notre activité, — activité souple, sachant s'adapter à chaque cas particulier, puisque, aussi bien, chaque être est susceptible d'un maximum de beauté qui lui est propre et se trouve sous la dépendance des facteurs divers qui ont influé sur son évolution héréditaire et ontologique.

Bouchard disait à juste titre : « la science médicale sera étiologique ou elle ne sera pas ». Nous sommes tentés d'ajouter, en manière de conclusion, elle sera *dynamique* ou *elle ne sera point*.

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

### COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES SECTIONS SCIENTIFIQUES (Suite)

(Communiqué par M. Jean RIVET, Secrétaire de la Section)

#### DIXIÈME SECTION

#### CHIRURGIE BUCCALE — EXTRACTIONS — ANESTHÉSIE



M. AUDY, président.

Cette Section, consacrée à « Chirurgie buccale, Extractions, Anesthésie », avait un programme particulièrement chargé vu le temps disponible ; aussi dès que le Président de la Section, le Dr Audy, de Senlis, eut prononcé son allocution de bienvenue aux membres du Congrès, aussitôt traduite en anglais, en allemand, le Dr Romey, Directeur de l'École Dentaire de Strasbourg, au nom du Dr Pont, de Lyon, et au sien, présenta les conclusions du Rapport I sur les *Anesthésies Tronculaires*.

L'auteur insista particulièrement sur l'importance capitale de l'Anesthésie Régionale en Chirurgie Buccale qui « permet de pratiquer des Extractions en série, la préparation des piliers de Bridges, mais aussi de faire les interventions chirurgi-

cales les plus compliquées et les plus étendues ». Le Dr Romey termina en souhaitant voir l'emploi de ce mode d'anesthésie se généraliser dans la pratique journalière courante.

Les Drs Cieszynski et Gérard Maurel, et M. Nivard discutèrent ce rapport, et é mirent leur conception personnelle. Le Dr Romey prit à nouveau la parole et répondit aux divers argumentateurs.

Le Président donna alors la parole au Dr Cieszynski, Directeur de la Clinique Stomatologique de l'Université de Lwow (Pologne), qui, dans un remarquable rapport, traita de l'Anesthésie Tronculaire du Nerf Trijumeau, avec une érudition qui s'appuie sur grande pratique.

Le Dr Desforges, titulaire de la chaire d'Anesthésie à l'École Dentaire de Paris, et M. Nivard, de l'École Odontotechnique, argumentèrent avec compétence les conclusions du Dr Cieszynski.

(1) Voir numéros d'octobre à décembre 1931, janvier et février 1932.

Les membres du Congrès assistèrent alors aux projections cinématographiques du Dr Cieszyński, montrant l'application de sa méthode d'Anesthésie Régionale et au film du Dr Leblan et de M. Morineau, sur la Résection Apicale.

A la séance du mardi 4 août, le Dr Gérard Maurel, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris, donna lecture des conclusions du Rapport II : « Indication et Technique de l'Extraction des Dents de Sagesse inférieures incluses » et présenta quelques projections qu'il argumenta.

Le Dr Audy annonça le décès du Dr de Groot et l'assistance observa une minute de silence en l'honneur de la mémoire de ce célèbre praticien, qui avait envoyé un rapport sur ce sujet.

La parole fut alors donnée au Dr Winter, de Saint-Louis, qui à l'aide de radiogrammes définit sa technique particulière de l'extraction des dents de sagesse incluses, basée sur une expérience professionnelle qui donne à son auteur une autorité indiscutable aux Etats-Unis.

Une discussion s'ouvrit alors : le Dr Hertz, de Copenhague, et le Dr Desforges argumentèrent cette importante question avec leur autorité habituelle. Empêché au dernier moment, le Dr Hauenstein, de Munich, ne put prendre part aux travaux de la Section.

Le Dr Poujols, de Paris, présenta alors sa communication « Technique chirurgicale de la recherche des dents de sagesse incluses dans le Maxillaire inférieur ». M. Giulio Giorelli, de Turin, exposa son argumentation avec projections sur la « Névrite du Nerf Lingual par Dysodontiasse de la 3<sup>e</sup> molaire ectopique et incluse ». Le Président prit également part à la discussion, ainsi que le Dr Desforges.

En fin de séance, le Dr Audy passa la présidence au Dr Dreyfus pour présenter sa communication : « Un corps étranger dans le pilier antérieur du voile du palais », illustré des projections de radiogrammes.

La séance du 6 août fut ouverte par la lecture du rapport de M. Jeay, sur « Opportunité de l'extraction au cours des complications suppurées de la périodontite aiguë ».

MM. Bonnet-Roy, Desforges, Gérard Maurel et Kelsey argumentèrent cette importante question, qui engage si souvent la responsabilité du praticien et sur laquelle il existe de nombreuses théories malheureusement divergentes. Le Président de la X<sup>e</sup> Section souhaita la bienvenue au Professeur Sebileau, qui avait bien voulu venir prendre la parole à ce sujet.

Le Professeur Sebileau exposa son point de vue avec sa grande autorité et conseilla l'extraction de la dent causale afin d'éviter les complications ostéo-phlegmoneuses toujours possibles sur terrain déficient. Au nom de toute l'assistance, le président remercia le professeur Sebileau de son exposé et en espéra le plus grand profit pour tout le monde professionnel, qui applaudit chaleureusement le chirurgien des Hôpitaux de Paris.

M<sup>me</sup> Flexer traita ensuite de l'Anesthésie au Protoxyde d'Azote et souhaita voir son emploi se généraliser davantage en France. M. Hertz, de Copenhague, donna lecture de sa communication sur les « Ostéomes du Maxillaire » ; ensuite le Professeur Melchior, de Copenhague, traita des différentes formes d'ostéites paradentaires avec une autorité incontestable et en un français parfait, réminiscence de ses anciennes années d'études en France.

Le Dr René Miégevillle, de Paris, présenta sa communication sur « Les



*douleurs consécutives à l'avulsion des dents de sagesse* », qui donna lieu à une intéressante discussion de pratique journalière.

En fin de séance, *M. Harry Bear*, de Richmond (Virginie), traita des « *Précautions pré et post-opératoires en Exodontie* ». *M. Konupcik*, de Brno (Tchécoslovaquie), de « *l'Importance de la Réimplantation des dents dans la pratique générale* » et montra à l'aide de projections les remarquables résultats qu'il avait obtenus dans la pratique journalière.

La journée du vendredi 7 août fut particulièrement chargée. En premier lieu, le *D<sup>r</sup> Malcom Carr* communiqua une observation sur les manifestations buccales du pemphigus, maladie heureusement peu fréquente. *MM. Desforges* et *Borhaus* argumentèrent et posèrent diverses questions à l'auteur.

*M. Brugirard*, de Lyon, présenta sa série d'élévateurs alvéolaires qui ont leur place bien marquée dans l'arsenal dentaire journalier. Plusieurs projections montrèrent d'une façon très claire leur mode d'emploi dans l'extraction des débris radiculaires. Une discussion en suivit où *MM. Audy*, *Desforges* et *Miégeville*, formulèrent leur opinion.

*M. Samuel* argumenta la communication de *M. Teneff*, sur les *Réimplantations dentaires*, accompagnée d'une série très intéressante de radiogrammes. *M. Bazant*, de Brno, présenta un remarquable travail sur les *Kystes folliculaires et la conservation des dents à la suite de ces Kystes*. L'anesthésie par inhalations donna lieu à une discussion entre le *D<sup>r</sup> Sofer*, de Vienne, et le *D<sup>r</sup> Borchardt*, de Berlin, chacun de ces auteurs soutenant avec grande compétence sa technique personnelle qui consiste essentiellement en l'adjonction d'alcool à 90° ou d'autre produit volatil au Chlorure d'Ethyle.

Le *D<sup>r</sup> Desforges* rappela qu'à Bruxelles, en 1913, *Danis* donnait déjà cette nouvelle formule. *MM. Simon Hecht* et *Knittel*, de Colmar, argumentèrent longuement ce mode d'anesthésie susceptible de rendre couramment de grands services.

Le Président de la Section remercia ensuite les membres du Congrès et leur donna rendez-vous à Vienne, en 1936.

## ONZIÈME SECTION

## ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

(Communiqué par le Dr QUINTERO)



M. QUINTERO, président.

La onzième Section du Congrès Dentaire International a consacré ses travaux à un certain nombre de sujets principaux répartis en quatre séances :

La première séance était consacrée à des généralités sur l'Orthodontie ;

La seconde séance à la prophylaxie et aux traitements ;

La troisième séance au diagnostic et aux classifications ;

Et la quatrième séance s'est occupée, d'une part de traitements et d'autre part de technique.

Dans son discours d'ouverture, le Président de la section a souligné l'importance de la coopération internationale, à cette heure particulièrement, où les travailleurs des différents pays produisent de si nombreux travaux, et où il arrive

parfois que devant cette vaste production les auteurs ne se trouvent pas dans la possibilité de se tenir au courant de tout ce qui se fait de nouveau dans les pays étrangers.

Après avoir souhaité la bienvenue à tous les membres étrangers, et à ceux qui étaient venus des diverses parties de la France, il a déclaré la séance ouverte, et a invité les rapporteurs à présenter leurs travaux sur le Métabolisme Classique en Orthopédie Dento-Faciale.

En l'absence du Professeur Proell, de Greifswald, seul le travail du Dr de Nevrezé a été présenté.

Dans ce travail, l'auteur attire l'attention sur l'importance des proportions des différents sels de chaux dans l'organisme, et en se basant sur ses études et ses observations, il divise le genre humain en trois catégories suivant la teneur de leur organisme en divers sels de chaux.

Malheureusement les argumentateurs désignés pour discuter ce rapport, malgré les appels et les recherches faites dans les diverses salles, n'ont pu être trouvés, de sorte que ce travail si intéressant n'a pas été discuté.

Passons aux communications : la Section a entendu avec intérêt un travail du Dr Habib Yusuf Rihan (de Beyrouth), sur *La dentition des Indiens Pecos, au Mexique*. Dans sa conclusion l'auteur dit que les formes des maxillaires et l'usure des dents montrent que les Indiens ont dû mastiquer une nourriture très dure et très fibreuse. Les anomalies de position sont très peu nombreuses et peu importantes.

Les Docteurs Bustin et Leist (de Vienne) présentèrent ensuite un travail sur les renseignements orthodontiques importants fournis par la radiographie des dentures d'enfants. Les auteurs montrent comment la radiographie permet de prévoir l'éruption des dents permanentes, et les irrégularités qu'elles peuvent présenter.

Le Dr *Gilpatric* (de Boston) présenta alors un certain nombre de facteurs orthodontiques qu'il est nécessaire de considérer dans la pratique générale de l'art dentaire. Il montra l'importance, de jour en jour grandissante, de l'orthodontie dans la pratique générale.

Le Dr *Chapman* (de Londres) présenta des cas de rétention prolongée des incisives supérieures centrales caduques, et montra que cette rétention était parfois due à la présence de dents surnuméraires. Il indiqua dans quelles conditions il était utile d'intervenir dans ces cas.

Enfin, le Dr *Watry* (de Bruxelles) présenta quelques considérations biologiques sur les malformations maxillaires et leur traitement et insista sur les rapports qui existaient entre le développement général de l'individu et le développement des maxillaires.

La seconde séance fut consacrée à des questions de traitement et de prophylaxie.

Le premier rapporteur, *M. Tacail*, présenta un travail très complet sur l'extraction en orthopédie dento-faciale, et insista sur la nécessité, à son point de vue, de conserver intacte la denture tout entière et d'éviter avec le plus grand soin les extractions.

Dans la discussion qui fut présentée par les Docteurs *Korkhaus*, *Casto*, *Nord* et divers autres, l'on fit ressortir que cette opinion, basée sur les travaux d'Angle, pouvait admettre un certain nombre d'exceptions, et que s'il est utile dans un très grand nombre de cas de respecter l'intégrité de la denture, cependant il peut y avoir avantage quelquefois à opérer des extractions judicieuses.

*M. Hisashi Saïto* (de Tokio) lut un travail sur l'extraction en orthodontie dans lequel il montra le résultat de ses observations et de sa pratique personnelle.

*M. Blanc* (de Nancy), de son côté, présenta une intéressante communication sur les résultats déplorable de l'extraction préventive de la dent de six ans. Il montra que ces extractions intempestives provoquent dans la denture des désordres considérables, et que, tandis que l'on se propose par ces extractions de guérir ou de prévenir les malpositions dentaires, le plus souvent on arrive au contraire à les aggraver.

Le Dr *Schwarz* (de Vienne) présenta alors un intéressant rapport sur la prophylaxie et le traitement précoce des cas de la deuxième classe d'Angle. Il attira l'attention sur le mode de production de ces cas et montra comment l'embryologie et le développement de l'individu pendant les premières années de sa vie peuvent influencer les déplacements du maxillaire inférieur.

Ce rapport fut argumenté par MM. *Villain* et *Quintero* qui appuyèrent les conclusions de l'auteur et insistèrent en particulier sur l'importance de l'hérédité tant au point de vue de la pathogénie que de la prophylaxie.

Pour terminer la séance, *M. Bocquet Bull* (de Londres) présenta un travail sur l'enseignement de l'Orthodontie aux étudiants.

La troisième séance fut presque entièrement consacrée aux méthodes de diagnostic en orthopédie dento-faciale.

Les rapports concernant ce sujet furent présentés par *M. Cale Matthews* (de Birmingham) et les Professeurs *De Coster* (de Bruxelles), *Muzii* (de Bologne) et *Schwarz*, (de Bâle).

Le travail de *M. Cale Matthews* était surtout un travail de bibliographie dans lequel il indiquait les principaux travaux sur la question parue dans



les dernières années, sans faire connaître ni ses préférences ni son point de vue personnel.

Le *Prof. Muzii* (de Bologne) s'attacha à montrer l'importance de la « bioreproduction » dans le diagnostic orthopédique dento-facial.

Le *Prof. Schwarz* (de Bâle) s'attacha, au contraire, à décrire les méthodes craniométriques dont l'importance n'échappe à personne.

Enfin, le *Prof. De Coster*, faisant œuvre d'analyste et de synthétiste, brossa à grand traits un tableau remarquable de ce que devrait être le diagnostic orthodontique, et montra que le diagnostic intégral devait être la somme de quatre diagnostics partiels. Le premier, clinique symptomatique ; le second, lésionnel ou anatomo-pathologique ; le troisième, fonctionnel ou physio-pathologique ; le quatrième, causal ou étiologique. Dans cette étude remarquable l'auteur montra comment on pouvait procéder à la recherche des divers facteurs entrant dans le cadre de ce travail, et exposa les différentes méthodes qui avaient servi à guider les auteurs antérieurs dans leurs recherches.

Ce travail vraiment remarquable fut longuement applaudi et son auteur remporta un succès bien mérité.

La discussion fut malheureusement écourtée en raison de l'absence d'un grand nombre des confrères qui devaient y prendre part, en particulier des confrères d'Allemagne et d'Espagne.

Le principal argumentateur fut le *D<sup>r</sup> Dreyfus*, qui s'attacha à montrer qu'il ne fallait pas prendre un point de vue trop particulier dans cette étude du diagnostic, qu'il fallait rendre à chaque auteur ce qui lui était dû, que parfois des omissions de ce genre pouvaient faire attribuer aux uns les travaux des autres.

La séance se termina sur un travail très intéressant de *MM. Houssel et Regnault* sur la déviation de la ligne médiane, ses causes et ses conséquences. Ce travail attachant est particulièrement fouillé comme toutes les présentations de ces auteurs.

La quatrième réunion devait être scindée en deux parties, l'une s'occupant plus particulièrement du traitement, l'autre s'occupant plus particulièrement de la technique. Des circonstances inattendues ont obligé à réunir ces deux sous-sections, de sorte que la quatrième réunion dut être écourtée, particulièrement au point de vue des discussions.

Dans la partie qui se rapporte au traitement, le *D<sup>r</sup> Biro* (de Vienne) indiqua les méthodes de traitement orthodontique en usage à l'Institut Dentaire de l'Université de Vienne. Il montra comment se faisait la classification des différents cas et leur diagnostic et il schématisa les appareils employés le plus souvent.

Le *D<sup>r</sup> Casto* (de Cleveland) a alors présenté quelques considérations importantes orthodontiques.

Il a été suivi par le *D<sup>r</sup> Wood* (de Knoxville), qui a insisté sur l'importance des déplacements physiologiques des dents et montré que si l'on voulait obtenir un résultat trop rapide et faire agir les appareils avec trop de force, l'on se heurterait à des obstacles souvent insurmontables, et qu'en tous cas l'on arriverait généralement à des résultats pathologiques très regrettables.

Le *D<sup>r</sup> Neumann* (de Prague) a alors présenté une communication sur les directives de la thérapie orthodontique.

Enfin, le travail, du *D<sup>r</sup> Skogsborg* (de Stockholm) sur l'emploi de la septo-

tomie, traitement chirurgical, comme complément du traitement orthodontique, a intéressé au plus haut point les auditeurs qui se sont rendu compte qu'il y avait là une méthode de fixation de dents déplacées pouvant être de la plus haute utilité dans un très grand nombre de cas.

En ce qui concerne les communications purement techniques, le *D<sup>r</sup> Grieve* (de Toronto) a présenté la technique de l'appareillage pour la correction des malocclusions.

Le *D<sup>r</sup> Jackson* (de Philadelphie) a décrit une technique du traitement de l'occlusion distale.

Le *D<sup>r</sup> Dreyfus* a apporté une contribution intéressante sur l'emploi des élastiques dans les traitements orthodontiques.

Le *Prof. Budtz-Jørgensen* (de Copenhague) a décrit quelques appareils nouveaux, ainsi qu'un verrou de son invention qui est une véritable petite œuvre d'art.

Le *D<sup>r</sup> Lidji* (de Barcelone) a présenté une méthode intéressante de correction du prognathisme inférieur au moyen de la prothèse.

Pour terminer, enfin, *M. Ruppe* (de Paris) a présenté des appareils amovibles pour obtenir l'extension des arcades dentaires, tandis que le *D<sup>r</sup> Quintero*, de Lyon, insistait sur l'importance de la stabilisation de l'arc lingual et de ses ressorts auxiliaires.

Tous ces travaux étant des descriptions techniques il n'est guère possible d'en donner une analyse.

Le Président, clôturant la dernière séance, a remercié vivement tous ceux qui avaient pris part aux travaux du Congrès, tant par la présentation de communications ou de rapports que par leur discussion.

Il a montré que cette section avait été l'une des plus actives du Congrès, et qu'elle avait remporté un évident succès puisque la salle n'avait jamais déserté pendant toutes les séances et que le nombre des communications était particulièrement élevé puisqu'il dépassait la trentaine.

Les démonstrations se rapportant à l'orthodontie étaient assez nombreuses, elles ont été très suivies et ont intéressé vivement ceux qui se pressaient autour des démonstrateurs.

Enfin une série de projections de films a également intéressé au plus haut point les auditeurs tant par l'excellence de la technique photographique que par la haute tenue scientifique des vues projetées.

## DOUZIÈME SECTION

## CHIRURGIE ET PROTHÈSE MAXILLO-FACIALES

(Communiqué par M. le Dr CHENET)



M. PONT, président.

La douzième Section du VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international fut extrêmement active. L'amicale présidence du Dr Pont, qui offrit successivement son fauteuil aux membres les plus éminents d'Angleterre, d'Autriche, des États-Unis d'Amérique, ainsi qu'aux autres membres de son Bureau, y fit régner la plus grande cordialité.

La publication des importants rapports sur les *traitements chirurgicaux et prothétiques des pertes de substance des maxillaires inférieur et supérieur*, ainsi que des discussions qui les suivirent, montrera l'intérêt suscité par ces questions, traitées successivement par les Docteurs Bonnet-Roy, Chenet, Dufourmentel, Kazanjian, Maurel, Darcissac, Pichler et Round, de même les rapports ayant trait

à la correction chirurgicale des becs-de-lièvre, où MM. Veau, de Paris; Pichler, de Vienne (Autriche), et Logan, de Chicago, exposèrent leurs méthodes.

Le traitement des fractures des maxillaires, préconisé par Ivy (de Philadelphie), simplifie l'appareillage dans bien des cas, mais fut discuté par l'École française en particulier, qui préfère le maintien des fractures par des gouttières.

Les communications, très importantes, de MM. Blum, Balendra, Bazan, Dunning, Marsepoil, sur les ostéomyélites de la mandibule, montrèrent que cette question est plus que jamais à l'ordre du jour, et que les conclusions sur la régénération osseuse du maxillaire inférieur ne sont pas encore définitives et méritent des études approfondies.

Les communications de Chastel, Dorrance et Shirazi, sur les becs-de-lièvre, de Kostecka (de Prague), sur la correction chirurgicale des béances, de Brill et Wittner, sur la fixation chirurgicale des prothèses par un ancrage inter-osseux, furent écoutées et discutées avec le plus grand intérêt.

Les appareils porte-radium de Houssat, de soutien oculaire et tégumentaire après résection du maxillaire supérieur, de Chenet; les masques en acétate de cellulose de Vercing Lapierre, sont appelés à rendre les plus grands services en prothèse maxillo-faciale, ainsi que les prothèses gélatineuses de Pont.

L'exposé de la méthode phonétique de M. Simon, de Paris, intéressa vivement la Section.

Le Président, les Vice-Présidents et Secrétaires de la douzième Section invitèrent à un déjeuner amical chez Ledoyen, aux Champs-Élysées, le vendredi 7 août, les Confrères étrangers, qui furent très sensibles à cette attention, d'autant plus que la présence de M<sup>mes</sup> Pont, Dufourmentel, Bonnet-Roy, Chenet et Grenier rendit cette réunion véritablement familiale ainsi que le souligna très justement le Président.



## TREIZIÈME SECTION

## HYGIÈNE ET SOINS DENTAIRES PUBLICS

(Communiqué par M. le D<sup>r</sup> WATRY)

Lundi 3 Août :



M. WATRY, président.

Le D<sup>r</sup> Watry, président, ouvrant la séance, souhaite la bienvenue aux membres présents. Il tient à exprimer tout particulièrement sa gratitude pour ses confrères français qui lui ont fait le grand honneur de lui confier la présidence d'une des sections les plus importantes du Congrès. Il donne lecture de son discours présidentiel ayant comme thème : *Le Rôle du Dentiste en Médecine Sociale*, rôle qui fait de nous le collaborateur constant de la Médecine Préventive.

*Premier Rapport : Hygiène et prophylaxie dentaires pendant la période scolaire.*

Le D<sup>r</sup> Brun, rapporteur, développe surtout le sujet au point de vue de la prophylaxie. Le problème est difficile, mais non pas insoluble ; les frais occasionnés par la prophylaxie ont été exagérés. Le Rapporteur insiste sur les services qu'ont rendus les infirmières dentaires. Les considérations du Rapporteur sont essentiellement argumentées en s'appuyant sur l'expérience qui se fait actuellement en Norvège.

*Première Argumentation : M. Eudlitz (Paris).*

Il évoque l'organisation actuelle en France, encore sommaire et officielle, mais efficace. Le gouvernement s'intéresse cependant à la question. M. Eudlitz insiste sur le rôle des instituteurs. Il préconise la création d'une clinique par groupe scolaire et la propagande auprès des dirigeants.

*Deuxième Argumentation : D<sup>r</sup> Burkhardt (Rochester).*

Le D<sup>r</sup> Burkhardt expose le fonctionnement de la clinique dentaire telle que la conçoit M. Eastman. La prophylaxie est le fondement de l'Hygiène Dentaire. La Dental Hygienist en est un des éléments les plus importants. Le D<sup>r</sup> Burkhardt insiste sur la nécessité de faire l'éducation non seulement des dirigeants, mais même d'une bonne partie de la profession dentaire elle-même.

*Communications : Selbman (Beausoleil)* présente quatre notes sur des questions d'Hygiène dentaire, notamment sur l'organisation de la clinique dentaire qu'il dirige. Il présente également une brochure éditée par la maison Ash et une conférence type destinée à être enregistrée sur film parlant.

*Witthaus* présente son modèle de carnet dentaire créé en 1902. Il n'est plus à jour actuellement, mais l'auteur propose de le faire reviser par la Commission d'Hygiène de la F. D. I. et de le faire adapter aux nécessités de chaque pays.

*Robotham* (Chicago) : L'importance des soins dentaires chez l'enfant. Il insiste sur les habitudes vicieuses et les déformations consécutives. Il étudie spécialement le traitement des dents temporaires.

*D<sup>r</sup> Martinaud* (Bordeaux) : Considérations sur les soins dentaires et la gravidité. La septicité bucco-dentaire est un danger pour la marche de la gravidité. Il est interventionniste systématique chez la femme enceinte. L'anesthésie locale ou régionale ne l'effrayent pas du moment que la dose d'adrénaline est suffisamment réduite. L'anesthésie générale est contre-indiquée. L'époque de la grossesse ne doit pas, contrairement au préjugé habituel, être une entrave.

*Discussion générale du premier thème du premier rapport :*

Interviennent dans la discussion : *M<sup>me</sup> Sommer* qui insiste sur la tâche du corps enseignant et de nos associations. Elle préconise l'ingénieuse idée de disques de gramophone.

*D<sup>r</sup> Rowlett* approuve particulièrement le projet de carnet de *M. Witthaus*.

*M. Lebrun* attire l'attention sur l'intérêt de l'exposé de *M<sup>me</sup> Sommer*, et approuve également l'argumentation du *D<sup>r</sup> Eudlitz*. A son avis, seul le cabinet scolaire donnera des résultats ; le dentiste inspecteur n'est pas indispensable, le médecin scolaire est qualifié pour faire l'examen.

*M. Cros* (St-Etienne) fait des réserves, il estime que l'inspection scolaire doit être faite par des spécialistes jusqu'au jour où la médecine scolaire sera une spécialité.

*Premier Rapport, deuxième thème.*

*M. Cros* (St-Etienne), Hygiène et prophylaxie dentaires pendant la période post-scolaire. La période correspondant à l'âge entre 13 et 15 ans est critique. Plus tard l'adolescent peut être intéressé parce qu'il donne plus de soins à sa toilette. Il insiste sur la prophylaxie et sur la brosse à dents.

Interviennent dans la discussion : *MM. Rowlett, Selbman* ; l'œuvre d'éducation et de prophylaxie devrait être mise sous le contrôle d'un Office National de l'Hygiène dentaire, rattaché au Ministère de l'Hygiène.

*M. Eudlitz* rappelle qu'il existe un projet de création de service dans les Ecoles de Paris sous le patronage des combattants volontaires et de l'Amicale des Dentistes Militaires.

*D<sup>r</sup> Gahinet* (d'Angers) insiste pour que les œuvres s'occupant d'Hygiène sociale et les dispensaires ne fonctionnent jamais qu'en liaison avec le stomatologiste et le dentiste.

Le *D<sup>r</sup> Watry*, président, clôture la discussion et fait remarquer que le sujet imposé n'a été qu'effleuré ; il s'agissait, en effet, de trouver la solution à préconiser pour cette période comprise entre l'âge scolaire et l'âge adulte, période pendant laquelle l'adolescent échappe au contrôle, il signale qu'il existe dans beaucoup de pays des offices d'orientation professionnelle pouvant contribuer à nous aider ; il retient la remarque du *D<sup>r</sup> Gahinet* comme pouvant aussi apporter un élément de réponse à la question, mais ce souci doit s'étendre à toutes les œuvres sociales et notamment aux centres de santé créés par les sociétés de Croix-Rouge.

*Mardi 4 Août. Présidence du D<sup>r</sup> Bruske et du D<sup>r</sup> Watry*

*Deuxième Rapport : Hygiène et prophylaxie dentaires chez l'adulte. Rapporteur : D<sup>r</sup> De Beer* (Amsterdam). (Voir publications du Congrès).

Hygiène et prophylaxie chez l'adulte et dans les œuvres sociales.

*M. Grandison* (Cambridge) traite le thème dans les hôpitaux et les cliniques (pour ces deux rapports voir publications du Congrès).

*M. H. Shipway* nous entretient de l'Hygiène et de la prophylaxie chez l'adulte dans les industries diverses.

*M. Jaccard* (Genève) parle de la propagande de l'Hygiène dentaire chez l'adulte dans les différents pays, il s'en réfère aux suggestions faites par le Dr Jessen et le Dr Watry. Il préconise la création d'une Ligue Internationale d'Hygiène Dentaire.

Le Dr Watry insiste sur les maladies dentaires considérées comme danger professionnel. Les offices s'occupant des maladies professionnelles devraient donner une importance considérable aux maladies dentaires.

*Argumentation* : *M. Conboy* (Toronto) argumente les rapports du Dr De Beer surtout au point de vue industriel.

*Communications* : *M. Thompson* (Toronto) développe ce thème : « Ne pas prêcher, mais enseigner ». Il voudrait voir les conséquences de la propagande et de l'éducation plus effectives qu'elles ne le sont en réalité.

*M. Kerr Thompson* insiste dans sa communication sur la nécessité de concentrer sur le plan international toutes les activités médicales et la dentisterie.

*M. Menzies Campbell* expose dans sa communication quelques suggestions et quelques modes de réalisation d'éducation populaire.

*Discussion* très animée, à laquelle participent notamment : *MM. Gahinet, De Beer, Cros, Selbman, Jaccard, Watry*.

*Jeudi 6 Août. Présidence de M. Jaccard et du Dr Watry*

*Communications* : *M. Wandel*, sur quelques points importants dans un programme d'Hygiène dentaire.

*M. Linnert*, qui attire l'attention sur le rôle du praticien assurant les traitements des paradentoses dans le cadre des assurances sociales.

*M. Weski* développe un thème sensiblement identique.

*MM. Gribeschok* (Lettonie) et *Krikos* (Athènes) exposent tous deux la situation de l'Hygiène Dentaire Publique dans leur pays respectif.

Le Président lit une très intéressante communication du Dr *Herchanschky* (Moscou), sur le nouveau problème de l'organisation des soins dentaires publics en Russie.

*Discussion* : *M. Selbman* insiste sur le côté psychologique qui réclame une adaptation particulière des règles générales dans chaque pays.

*MM. Witthaus, Landot et Bruske* reprennent des considérations qui ont été développées par les auteurs qui se sont occupés de propagande populaire.

*Vendredi 7 Août. Présidence de M. Ferrand et du Dr Watry*

*M. Andresen* développe sa communication sur le saccharisme qu'il présente comme un nouveau danger social par abus de la consommation du sucre.

*M. Landot* traite de la question de la santé du dentiste, préambule d'études plus détaillées sur ce sujet.



*M. Morton Loeb* développe quelques considérations sur la méthode préventive en dentisterie.

*Troisième rapport : La brosse à dents.*

La parole est donnée au *D<sup>r</sup> Bruske*, rapporteur (voir publications du Congrès).

*M. Weski* expose sa communication : considérations scientifiques sur l'Hygiène bucco-dentaire.

*M. Krauss* : un nouveau principe et des voies nouvelles pour la prophylaxie de la carie dentaire sans emploi de la brosse à dents. Cette méthode est basée sur un traitement interne créant une immunité contre la carie.

Le Président passe ensuite la parole à *M. Schatzman* qui a bien voulu accepter d'argumenter cette question, à la dernière minute.

*M. Schatzman* exprime entre autres l'opinion que l'inflammation des gencives en raison du principe d'auto-immunité buccale est en réalité impossible, seul le brossage pratiqué dans le sens horizontal doit être mis sur le compte de la brosse à dents mal employée.

Le Président ouvrant la discussion déclare que cette question occupe l'ordre du jour de nos sociétés depuis de nombreuses années. Il déplore les attaques contre la brosse à dents parce que c'est le seul moyen pratique qui ait acquis quelque force de vulgarisation. Il estime qu'il est déplorable de la condamner dans l'esprit du public tant que l'on n'a pas trouvé un moyen efficace de la remplacer.

Il estime que toutes discussions à ce sujet doivent, dans ces conditions, rester dans le cadre de nos sociétés.

*Prennent part à la discussion : MM. Ferrand, Kraus, Priestter, Selbman, Lichtwitz, Brun, Lot, Witthaus.*

Le *D<sup>r</sup> Watry*, répondant aux argumentateurs, dit notamment : il ne faut pas généraliser, mais au contraire individualiser. Il faudrait que le dentiste prescrive des brosses à dents comme on prescrit des lunettes. Il ne faut pas oublier que les moyens d'Hygiène publique doivent être populaires, peu coûteux et faciles à manier, ce qui n'est pas le cas pour les appareils que l'on a préconisés.

Le Président signale à l'Assemblée le vœu émis par le Comité du Congrès et tendant à obtenir des suggestions au sujet des questions à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès.

L'assemblée est d'avis qu'il est impossible de répondre immédiatement à ces desiderata, et qu'il vaut mieux confier cette question à la C. H. F. D. I.

Le *D<sup>r</sup> Bruske* lit son rapport sur l'activité de la C. H. F. D. I. Les conclusions et thèses sont acceptées par l'Assemblée.

Le Président profite de l'occasion pour remercier et féliciter le *D<sup>r</sup> Bruske* pour son activité.

Le Président suggère, comme conclusion du Congrès, d'insister auprès de la F. D. I. pour obtenir la création d'un office International d'Hygiène dentaire.

*M. Witthaus* appuie cette proposition et suggère l'idée de rattacher cet office à la Fondation Documentaire Dentaire ; ce vœu est adopté à l'unanimité.

Le Président déclare la session close après avoir remercié ses collaborateurs et avoir reçu lui-même les congratulations du *D<sup>r</sup> Bruske*, interprète de l'Assemblée.

## REVUE ANALYTIQUE

### LANDAIS. — Quelques troubles réflexes d'origine dentaire.

Landais rapporte quelques faits nouveaux au chapitre des troubles réflexes d'origine dentaire :

1<sup>o</sup> *Des phénomènes douloureux provenant d'une prémolaire ou d'une molaire sont susceptibles de déclancher de la rhinorrhée qui en imposerait pour une sinusite d'origine dentaire.* Mais cet écoulement nasal a une allure spasmodique, et reste un écoulement séreux. La radiographie, l'examen du sinus confirment ce diagnostic de troubles réflexes.

2<sup>o</sup> Landais se demande avec Levesque, si une irritation prolongée, d'origine dentaire du V., n'entraîne pas une *susceptibilité particulière de la muqueuse des fosses nasales* qui la rende apte à l'infection. Ainsi s'expliqueraient les améliorations apportées par les soins dentaires dans les rhinites muqueuses ou mucopurulentes tenaces.

3<sup>o</sup> Landais insiste sur les *répercussions à distance des algies sympathiques* dont le propre est de faire tache d'huile. Il en cite une observation.

4<sup>o</sup> Landais se demande si un certain nombre de migraines ne proviennent pas d'irritation dentaire. Il rappelle, à ce propos, les opinions émises sur la cellulite médicale chronique, rapportée par les uns à une lésion du sympathique engendrant secondairement un trouble trophique du tissu cellulaire et par les autres à une lésion de sclérose du tissu cellulaire avec retentissement secondaire sur le sympathique.

(Revue de Stomatologie, N° 7, Juillet 1931).

### GLASER. — Traitement de la névralgie du Trijumeau par le trichloréthylène.

Un auteur allemand, Plessner, avait eu l'occasion d'observer, pendant la guerre, un certain nombre de cas d'intoxication grave par le trichloréthylène. Ces malades guérissent en conservant toutefois une remarquable séquelle, savoir : l'anesthésie totale dans le domaine du trijumeau. Cette constatation fortuite devait être le point de départ d'une série de recherches sur le traitement de la névralgie faciale par ce produit. En effet, un peu plus tard, Plessner annonçait avoir guéri par ce procédé 85 % des sujets par lui traités. Les expérimentateurs qui ont poursuivi ces recherches n'ont pu malheureusement confirmer des résultats aussi brillants, et Glaser (de Los Angeles) réunissant toutes les statistiques publiées, et y ajoutant la sienne propre, arrive à un pourcentage de guérisons de 15 % seulement. A côté de ces guérisons totales, il y a des améliorations, dans 51 % et telles que ces malades s'accommodent de leurs souffrances. D'autant que la drogue paraît tout à fait inoffensive dans les conditions où Plessner, Glaser, etc., s'en sont servi. Voici la technique telle que la donne Glaser. Faire inhaler au malade, trois à quatre fois par jour, 20 à 25 gouttes de trichloréthylène, sur une compresse. Bien respirer jusqu'à ce que toute odeur ait disparu. Pour cette inhalation, il est bon que le malade soit étendu, car le produit donne souvent quelques vertiges, et un peu de somnolence. Le traitement doit être poursuivi pendant 1 mois ou 6 semaines. (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 21 Mars 1931.)

(Les Annales d'Oto-Laryngologie, Juin 1931).

## LE DENTAL COSMOS

*Résumé des articles de Janvier 1932*J. H. R. SCHLYECHER. — **La diathermie en dentisterie**

L'auteur analyse scientifiquement les actions et réactions des diverses espèces de courants électriques sur les tissus et montre très nettement qu'ils sont applicables aux tissus dentaires malades. Son étude de l'application de la diathermie à la dentisterie est complétée par l'examen de nombreux cas cliniques, où les résultats ont pleinement démontré la valeur thérapeutique du courant électrique à haute fréquence en pratique dentaire. Il montre l'action du courant dans divers états pathologiques et indique le principal emploi de la diathermie en dentisterie.

BOYD S. GARDNER et EDOUARD C. STAINE. — **Mauvaise interprétation des zones opaques dans les radiographies**

Les auteurs signalent les dangers de fausse interprétation des ombres constatées sur les radiographies pour diagnostiquer les troubles des cavités buccales. Ils insistent particulièrement sur le film de l'occlusion dans l'examen de la bouche et sur le fait que les interventions chirurgicales sont contre-indiquées jusqu'à ce que toutes les mesures de diagnostic utilisables aient été employées.

LESTER RICHARD TAHN. — **Infection gingivale fongueuse**

L'auteur rapporte trois cas d'infection gingivale fongueuse dont l'un avait été considéré pendant plusieurs mois comme une angine de Vincent et traité comme tel. Le Dr Tahn est convaincu que cette affection est plus fréquente qu'on ne pense et croit qu'elle est souvent prise pour une angine de Vincent, dont le traitement porte alors à faux. Son étude de l'infection gingivale fongueuse soulève la question de la possibilité de la confondre avec cette angine.

HARVEY STALLARD. — **La prédominance générale des symptômes graves de malocclusion**

L'auteur écarte définitivement le doute, relativement à la fréquence de la malocclusion dans les dents temporaires. On pense généralement que cette malocclusion est tout à fait rare, ou tout au moins exceptionnelle, mais l'auteur a examiné 6.700 enfants chez lesquels la proportion de la malocclusion était élevée entre la naissance et l'âge de deux ans. D'après lui, les caractéristiques de cette malocclusion sont les mêmes que celles qu'on constate dans la denture anormale des adultes.

ROGES H. DENNETT. — **La prophylaxie dentaire chez les enfants.**

Le Dr Dennett étudie spécialement le régime alimentaire dans ses rapports avec la carie. Il recommande l'huile de foie de morue comme source de vitamines pour assurer la structure dentaire. Ses suggestions quant à la source fournissant les vitamines A, B, C, D, sont précieuses pour tous ceux qui s'intéressent à cette question. Ses commentaires sur les bons résultats que donne l'emploi des rayons ultra-violets et les divers rayons lumineux comme agents thérapeutiques viennent véritablement à leur heure.



ELIOT BISTROP. — **L'hygiène dentaire et l'alimentation prénatales en rapport avec la dentisterie.**

M. Bistrop présente de façon intéressante les études du spécialiste en obstétrique sur le métabolisme calcaire chez la femme enceinte. Il commente aussi la consommation des préparations à l'huile de foie de morue comme aliment contenant du calcium.

C. P. SHERWIN. — **Relations du métabolisme et de la denture.**

Cet article et deux autres qui le précèdent constituent un tout complet sur l'hygiène dentaire et l'alimentation prénatales en rapport avec la dentisterie. Ces trois articles offrent de l'intérêt parce qu'ils s'occupent spécialement des vitamines et de leur rôle dans le métabolisme pendant le développement de la dentition temporaire et de la dentition permanente.

E. A. BORETH. — **La porcelaine plaquée, couronne Jacket coulée.**

L'auteur décrit la confection d'une couronne Jacket en porcelaine plaquée, qui écarte dans une large mesure les risques de fracture possibles avec les couronnes Jacket tout entières en porcelaine. Son procédé de préparation du placage avec la dent de porcelaine ordinaire est tout à fait ingénieux et semble entièrement pratique. Il décrit sa technique minutieusement.

G. VAN MUYSSEN et W. R. J. WALLACE. — **Métastase tumorale du maxillaire amenant à constater une tumeur primaire de l'ovaire.**

Les auteurs rapportent un cas de métastase tumorale du maxillaire qui a amené la mort du patient. Ils exposent l'examen détaillé de la bouche, le diagnostic et l'autopsie et l'étude histologique des tissus intéressés.

ARTHUR WALD. — **Complications postopératoires en exodontie ; leur traitement et leur prévention.**

L'auteur traite la question comme quelqu'un qui a une grande expérience de la chirurgie et ses indications, quant au traitement de ces complications, sont très précieuses en conséquence. Ses conseils sur l'emploi du mercurochrome comparé à l'iode sont le résultat d'une longue expérience de l'usage du premier médicament.

JOSEPH JORDAN ELLER. — **Lésions dermatologiques de la bouche et leurs rapports avec le cancer ; diagnostic différentiel et traitement.**

Comme dermatologiste, l'auteur a une grande connaissance du cancer de la bouche et émet des suggestions de valeur pour le diagnostic et le traitement du cancer et de l'état précancéreux des tissus buccaux. Il développe le rôle du dentiste dans le diagnostic de cet état en raison de ce que ce praticien est souvent le premier à constater ces lésions. Il prétend, et nous sommes de cet avis, que le dentiste peut sauver bien des existences en dépistant de bonne heure cet état et en indiquant au patient immédiatement la thérapeutique convenable.

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1932

#### Résumé

#### ORGANISATION RATIONNELLE DU TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

Le Président, M. Lubetski, expose le but de cette séance : porter sur le terrain français, devant les Directeurs des principales Ecoles dentaires, cette question qui avait été portée sur le terrain international durant le Congrès du 4 août 1931.

Le sujet est entamé par M. Martinier, qui donne lecture de son rapport exposé précédemment au Congrès. Il demande qu'une asepsie rigoureuse soit observée dans le traitement des canaux (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>). Il émet même le vœu de l'installation d'une salle spéciale (dans les Ecoles) où l'on ne ferait que le traitement des canaux. Contrôle des travaux exécutés par la radio.

Le Dr Pont, Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, argumente ce rapport. Il est, bien entendu, d'avis que l'on observe la plus stricte asepsie dans ce traitement des canaux, mais il ne va pas jusqu'à réclamer une salle spéciale aménagée à cet effet, il craindrait alors que les élèves une fois diplômés et ne disposant que d'un cabinet dentaire ne se trouvent dépaysés dans ce cabinet qui doit servir à toutes leurs interventions. Il conclut en souhaitant l'unité d'enseignement dans nos Ecoles.

M. Marmasse, de l'Ecole Odontotechnique, prend ensuite la parole et fait remarquer à l'auditoire combien il est facile au praticien de commettre des fautes contre l'asepsie au cours des interventions dentaires courantes. Il est partisan de la stérilisation extemporanée des instruments.

Le Dr Caumartin, Directeur de l'Ecole dentaire de Lille, prend également part aux débats, approuve les orateurs précédents et signale que, dans son école, il fait fréquemment surveiller les travaux des élèves de première année par les élèves de 3<sup>e</sup> année. Il existe ainsi chez les jeunes gens une stimulation et une émulation qui leur sont très profitables.

M. Fourquet, Directeur adjoint de l'Ecole Odontotechnique, ratifie les théories précédemment exposées. Il insiste en outre sur la nécessité d'inculquer aux élèves le sens clinique en leur faisant négliger des observations de malades. Mais il ne faut pas leur donner trop de malades à la fois, et tous les soins doivent être contrôlés bactériologiquement.

Le Dr Roy fait ressortir combien l'asepsie absolue est difficile à réaliser dans un cabinet dentaire. La stérilisation extemporanée au chloroforme a ses préférences. Il insiste surtout sur le danger réel que présenterait une instrumentation insuffisamment stérilisée, pouvant ainsi transporter des germes infectieux d'un malade à l'autre. Il pourrait en résulter des associations microbiennes extrêmement virulentes.

Le Dr Solas préconise l'emploi de la digue que les élèves arrivent à placer très facilement au bout de peu de temps d'études.

Il juge nécessaire l'entente entre les différents professeurs et surtout entre les différentes écoles.

M. Derouineau, chirurgien-dentiste et bactériologiste, préconise l'ébullition de tout le matériel dentaire avant l'action de la chaleur sèche.

M. Georges Villain, Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, remercie les argumentateurs du rapport Martinier, puis il se déclare disposé à suivre l'idée d'une salle spéciale réservée au traitement des canaux. Il est pour l'enseignement uniformisé sans lequel il n'est pas d'enseignement profitable aux élèves.

Il pense qu'il faut surtout une technique unifiée s'appliquant à une thérapeutique déterminée.

Son grand désir est de nouveau de voir se réunir les Directeurs des différentes écoles dentaires de France pour étudier et mettre en pratique les idées qui ont été présentées au cours de cette discussion.

Enfin, le Président clôture la séance par les remerciements de la Société d'Odontologie aux Directeurs qui n'ont pas hésité à quitter leurs occupations et leurs villes pour venir apporter leur contribution à cette fructueuse séance.

Le Secrétaire Général : D<sup>r</sup> LEBLAN.

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

*Séance mensuelle et Assemblée générale annuelle du 26 janvier 1932*

La séance est présidée par M. Nivard.

Mlle Lelièvre, étudiante de 5<sup>e</sup> année, dans le service du D<sup>r</sup> Maurel, présente un malade porteur d'une fistule mentonnière ayant pour origine deux incisives inférieures atteintes de mortifications pulpaire sans carie. Ces dents traitées par Mlle Lelièvre et la résection apicale pratiquée par le D<sup>r</sup> Maurel amenèrent la guérison en quelques jours de cette affection passée à l'état chronique.

Prennent part à la discussion, MM. Sapet, Seimbille et Nivard.

Ensuite, nous eûmes l'honneur d'entendre une conférence du professeur agrégé Lacaze sur les plaies du Larynx.

Après un rappel anatomique précis, le professeur Lacaze fait une différenciation bien marquée entre les plaies provoquées par des instruments tranchants et par les armes de guerre, les phénomènes pathologiques et la thérapeutique immédiate et secondaire de ces traumatismes.

Après avoir remercié le professeur Lacaze de la science si aimablement prodiguée, M. Nivard déclare l'assemblée générale ouverte et donne aussitôt la parole au Secrétaire Général, M. René Sudaka, pour la lecture de son rapport : travail extrêmement complet dans lequel notre Secrétaire Général fait ressortir les efforts qui ont été accomplis pendant l'année : le nombre considérable de travaux scientifiques présentés, les démonstrations pratiques faites soit à l'Ecole, soit dans différentes Sociétés, sont une preuve évidente de l'activité de la Société.

M. Max Filderman donne ensuite lecture du rapport du Comité de Rédaction de la *Revue Odontologique*, en tant que Rédacteur en Chef ; il précise, à l'aide de chiffres, l'essor toujours croissant de notre Revue et remercie tous les Membres du Comité de Rédaction ainsi que les Confrères qui ont bien voulu lui assurer leur collaboration.

D'importantes modifications apportées aux statuts sont, après lecture, adoptées à l'unanimité.

Le Trésorier, M. Zzaoui, fait son rapport financier dans lequel on peut remarquer l'augmentation progressive des membres et la gestion parfaite de nos finances qui nous ont conduits, comme les années précédentes, à une trésorerie des plus satisfaisantes.



Après avoir remercié M. Zzaoui de son activité et de son dévouement depuis 21 ans à la S. O. F., le Président, M. Nivard, remet à notre Confrère la médaille de vermeil de la Société qu'il a si bien méritée.

Prenant la parole de nouveau, M. Nivard exprime ses regrets de quitter le fauteuil présidentiel et remercie tous les Membres de la Société de la confiance qu'ils ont bien voulu lui faire pendant l'année qui s'est écoulée.

La Société procède à l'élection de son bureau pour 1932. Sont élus :

*Président* : Dr Gérard Maurel ; *Premier Vice-Président* : Dr Grandclaude ; *Deuxième Vice-Président* : M. Devin ; *Secrétaire général* : M. Sudaka ; *Trésorier* : M. Zzaoui ; *Secrétaire Général adjoint* : M. Clavier ; *Secrétaire des séances* : M. Vaboïs.

La séance est levée à minuit.

*Le Secrétaire des Séances* : M. VABOIS.

---

## ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

VISITE DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS  
A L'INSTITUT PASTEUR, A GARCHES

Ainsi que chaque année, les élèves de l'Ecole Dentaire de Paris se sont rendus, sous la conduite du Dr Solas, à Garches, afin de visiter l'Institut Pasteur. Comme de coutume, ils y rencontrèrent le plus cordial accueil de la part de son directeur, le Dr Ramon, à qui l'on est redevable, on le sait, de travaux bactériologiques remarquables.

Le médecin adjoint au directeur donna de précieux renseignements aux élèves sur les méthodes en pratique à l'Institut Pasteur, et insista particulièrement sur les épreuves de contrôle des sérums.

Les élèves assistèrent ensuite à la saignée d'un cheval et purent suivre pas à pas les divers manipulations que subissent les sérums avant leur livraison au public.

L'installation moderne des laboratoires attira longuement leur attention, car ils constituent un véritable modèle du genre répondant à tous les desiderata de l'asepsie la plus rigoureuse.

Leur trop bref séjour se termina par une visite à l'humble chambre mortuaire de Pasteur, Père de la Bactériologie.

Jean RIVET.

---

# LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

43<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE

PARIS, DU 6 AU 13 AVRIL 1932

GRAND PALAIS DES CHAMPS-ÉLYSÉES (SALLE JEAN-GOUJON)

Monsieur et Cher Confrère,

Le Comité d'organisation de la *Semaine Odontologique* a l'honneur de vous rappeler que cette très importante manifestation annuelle aura lieu du 6 au 13 avril 1932, dans les salles Jean Goujon du Grand Palais des Champs-Élysées.

La **SEMAINE ODONTOLOGIQUE** est organisée par l'**Association Générale Syndicale des Dentistes de France** et le **Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France** avec la collaboration scientifique des Groupements de l'**École Odontotechnique** et de l'**École Dentaire de Paris** et le concours des principales **Sociétés Professionnelles et Scientifiques**.

Les Pouvoirs Publics, qui n'ont cessé de témoigner le plus vif intérêt à cette démonstration des progrès accomplis par l'Art et l'Hygiène Dentaires, notamment lorsqu'en 1930 M. le Président de la République a bien voulu accorder une audience officielle aux membres du Bureau de la *Semaine*, ont confirmé cette année encore leur encouragement au développement de la vitalité de notre Profession, puisque M. LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE A BIEN VOULU NOUS AUTORISER A PLACER LA *Semaine Odontologique* SOUS SON PATRONAGE.

En dépit des difficultés économiques, la *Semaine Odontologique* de 1932 est assurée d'un très grand succès et l'importance des questions qui s'y trouveront discutées comme l'ampleur et l'élégance, dès maintenant certaines, de l'Exposition des Fabricants et Fournisseurs en feront le digne et brillant pendant de l'inoubliable Congrès International de 1931.

De même, les Grands Réseaux de Chemin de Fer Français nous ont, comme les années précédentes, accordé le bénéfice très appréciable de la réduction à demi-tarif des billets d'aller et retour valables du 1<sup>er</sup> au 13 avril pour l'aller et du 6 au 18 avril pour le retour, réduction dont pourront pareillement profiter les Femmes et Filles des congressistes.

Il est donc évident, Monsieur et cher Confrère, que vous ne sauriez vous abstenir de participer à cette *Semaine* de travail et de fêtes professionnelles ; vous y retrouverez d'anciens camarades, des amis chers, ainsi que des confrères venus, non seulement de toutes nos Provinces, mais aussi des Pays étrangers ; enfin, vous ne manquerez certainement pas de découvrir des choses nouvelles, aussi bien dans le domaine de la thérapeutique que dans celui de l'instrumentation ou de l'installation toujours plus judicieuse et plus confortable de votre cabinet.

Vous n'ignorez certes pas que la *Semaine Odontologique* constitue un excellent moyen de propagande d'hygiène dentaire et l'importance de votre participation ne manquera pas de frapper l'esprit public qui sera ainsi

sollicité et encouragé pour mieux apprécier la nécessité des soins judicieux et ne manquera pas, à son tour, de faire appel, avec confiance, à votre science et à votre habileté.

Nous ne doutons pas que vous entendrez notre appel et que vous viendrez ainsi renforcer par votre présence l'éclat et le rayonnement de la *Semaine Odontologique de 1932*.

Nous vous souhaitons la bienvenue et, dans l'attente de notre prochaine rencontre, nous vous prions, Monsieur et cher Confrère, d'agréer l'expression de notre considération distinguée.

*Le Comité d'Organisation  
de la « SEMAINE ODONTOLOGIQUE ».*

#### COMITÉ D'ORGANISATION

M. H. Villain, *Président de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France.*

M. J. de Croës, *Président du Syndicat des Chirugiens-Dentistes de France.*

M. Rodolphe, *Président du Groupement de l'Ecole Odontotechnique.*

M. Blatter, *Président du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris.*

*Président du Comité d'organisation : Dr E. Friteau.*

*Vice-Président du Comité d'organisation : M. Haloua.*

*Secrétaire général : M. Roger Renault.*

*Trésorier : M. M. Blanpin.*

*Trésorier adjoint : M. Cernéa.*

*Commission Scientifique : MM. Haloua, Dr Solas, E. Fourquet.*

*(Adresser toutes les demandes de communications et de démonstrations  
à M. Haloua, 4, rue de Stockholm, Paris (8<sup>e</sup>).*

*Commissaire général de l'Exposition des Fournisseurs : M. Salas.*

*Commissaire adjoint : M. Wallis-Davy.*

*Commission de Propagande et de Presse : MM. Crocé-Spinelli et Charlet.*

*Commission des Fêtes : MM. Rebel et Blocman.*

*Membres du Comité : MM. Debray, Deliberos, J. Filderman.*

#### LISTE DES SOCIÉTÉS ADHÉRENTES A LA SEMAINE :

*L'Aide Confraternelle.*

*L'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer.*

*L'Association des Femmes Dentistes.*

*L'Association générale des Médecins-Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg.*

*L'Association des Chirugiens-Dentistes Indépendants.*

*La Chambre Syndicale de l'Art Dentaire.*

*La Confédération des Syndicats et Sociétés Dentaires Français.*

*La Société de l'Ecole Dentaire de Paris.*

*L'Association de l'Ecole Odontotechnique.*

*La Fédération Dentaire Nationale.*

*La Fédération des Syndicats dentaires de la Région Parisienne.*

*Le Groupement Fédéral des Syndicats Dentaires de France.*

*La Section Dentaire de l'Association Générale des Etudiants.*

*La Société de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris.*



- La Société d'Hygiène Dentaire de France.*  
*La Société d'Odontologie de Paris.*  
*La Société Odontologique de France.*  
*La Société Suisse d'Odontologie.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue-Est de Paris.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Banlieue-Ouest de Paris.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Cher.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes des Deux-Sèvres.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de la Région Parisienne.*  
*Le Syndicat Dentaire des Ardennes.*  
*Le Syndicat Dentaire de Basse-Normandie.*  
*Le Syndicat Dentaire de la Marne.*  
*Le Syndicat Dentaire de Saône-et-Loire.*  
*Le Syndicat Dentaire de l'Yonne.*  
*Le Syndicat des Dentistes de l'Allier.*  
*Le Syndicat des Journaux Dentaires.*  
*Le Syndicat des Praticiens de l'Art Dentaire de la Charente-Inférieure.*  
*Le Syndicat des Praticiens de l'Art Dentaire de la Creuse.*  
*Le Syndicat des Praticiens de l'Art Dentaire de la Seine et des Communes limitrophes.*  
*Le Syndicat des Praticiens de l'Art Dentaire de la Vendée.*  
*Le Syndicat des Dentistes du Rhône et des Régions Voisines.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Département de l'Eure.*  
*Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Lorraine.*  
*Le Syndicat Dentaire de la Seine-Inférieure.*  
*La Fédération Odontiatre d'Italie.*

#### EXPOSITION RÉTROSPECTIVE

A l'occasion de cette Semaine Odontologique, le Comité d'Organisation organise une exposition consacrée uniquement à sainte Apolline, patronne des dentistes.

Nous prions nos confrères de France et de l'Etranger qui ont dans leur collection des documents : gravures, livres, médailles, statuettes, etc..., sur la Sainte, de bien vouloir les confier au Comité d'Organisation pour l'Exposition.

S'adresser au Secrétaire Général : M. Renault, 39, avenue Laumière, à Paris.

#### PROGRAMME :

*Mercredi 6 Avril*

*Matin.* — 11 heures. — Inauguration de la Semaine Odontologique et de l'Exposition d'art dentaire par le Président et le Comité d'organisation de la Semaine.

*Après-midi.* — 17 heures. — Coiffe métallique avec face de porcelaine, par M. Jacques Filderman (Paris).

18 heures. — LIGUE NATIONALE DE PROPAGANDE D'HYGIÈNE DENTAIRE « La Croix Violette ». De l'utilisation du tract dans la propagande d'hygiène dentaire, par M. Guinat, président de la Ligue.

*Soirée.* — SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS. — 21 heures. — Dr Lemeland, accoucheur des hôpitaux : Un cas de micrognathie chez un nouveau-né.  
— M. Morineau : Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-placage à recouvrement.

*Judi 7 Avril*

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Exposition des Fournisseurs et Fabricants.

*Après-midi.* — 15 heures. — SYNDICAT DES JOURNAUX DENTAIRES. *Assemblée générale.*

Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Allocution du Président ;
- 2<sup>o</sup> Allocution du Vice-Président ;
- 3<sup>o</sup> Démission du président pour raison de santé et nomination d'un nouveau président pour 1932-1933 ;
- 4<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général ;
- 5<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire administratif ;
- 5<sup>o</sup> Rapport du Trésorier ;
- 7<sup>o</sup> Propositions diverses ;
- 8<sup>o</sup> Attribution des cartes de Rédacteur de journal ;
- 9<sup>o</sup> Liste des journaux adhérents, conditions d'abonnement, composition du Bureau, rédacteurs accrédités pour 1932.

17 heures. — FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE. *Assemblée générale.*

Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Procès-verbal de l'Assemblée générale du 2 mai 1931 ;
- 2<sup>o</sup> Correspondance ;
- 3<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général ;
- 4<sup>o</sup> Rapport du Trésorier ;
- 5<sup>o</sup> Proposition de loi Milan-Rio ;
- 6<sup>o</sup> Les revendications des mécaniciens et la proposition de loi sur les auxiliaires de la médecine ;
- 7<sup>o</sup> Loi sur les accidents du travail ;
- 8<sup>o</sup> Conditions d'exercice des praticiens étrangers en France (Loi Armbruster) ;
- 9<sup>o</sup> Le baccalauréat (compte rendu des démarches et situation actuelle de la question) ;
- 10<sup>o</sup> Nos relations avec la C. T. I. ;
- 11<sup>o</sup> Congrès dentaire international de 1931 ;
- 12<sup>o</sup> Session de la F. D. I. (Zurich, 1932) ;
- 13<sup>o</sup> Election du Comité exécutif (24 membres) ;
- 14<sup>o</sup> Propositions diverses.

*Soirée.* — 21 heures. — ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES INDÉPENDANTS.

Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Procès-verbal de la dernière séance ;
- 2<sup>o</sup> Conférences :
  - a) D<sup>r</sup> Poiré. — La peau et les dents.
  - b) D<sup>r</sup> Boissier. — L'évolution de la prothèse.
- 3<sup>o</sup> Questions diverses.

*Vendredi 8 Avril*

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Exposition des Fournisseurs et Fabricants et Démonstrations pratiques.

*Après-midi.* — 14 heures. — SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DENTAIRE DE FRANCE.  
— *Assemblée Générale*

Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Correspondance ;
- 2<sup>o</sup> Procès-verbal résumé de l'Assemblée générale du 12 avril 1930 ;
- 3<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général ;
- 4<sup>o</sup> Rapport de l'Administrateur-Gérant de *Cadmus* ;
- 5<sup>o</sup> Exposition d'Hygiène dentaire (Grand Palais 1931) ;
- 6<sup>o</sup> Organisation de Comités d'Hygiène dentaire départementaux ou régionaux dans l'esprit de la Société d'Hygiène dentaire des Alpes-Maritimes ;
- 7<sup>o</sup> La Semaine de Bonté pour les dents. Présentation de nouveaux films ;
- 8<sup>o</sup> Concours départementaux de dessins d'enfants ;
- 9<sup>o</sup> *Rapports* :
  - a) Organisation de l'hygiène dentaire départementale : D<sup>r</sup> Gibert, de Saint-Etienne ;
  - b) Propagande de l'hygiène dentaire par T. S. F. : M. Lapierrre, de Lyon ;
  - c) Les conférences sur l'hygiène dentaire par les dentistes : D<sup>r</sup> Gahinet, d'Angers ;
  - d) Les automobiles dentaires départementales : M. Ferrand, de Paris ;
  - e) Les cliniques dentaires scolaires et les Femmes dentistes : M<sup>me</sup> Salas, de Paris ;
  - f) L'inspection et les soins dentaires dans les pouponnières : M<sup>me</sup> Bernard-Niel, de Boulogne-sur-Seine ;
- 10<sup>o</sup> Election de quatre membres du Conseil d'administration pour trois ans : MM. Crocé-Spinelli, Cros, Dexant, Robine, Conseillers sortants rééligibles ;
- 11<sup>o</sup> Désignation de collaborateurs pour *Cadmus* ;
- 12<sup>o</sup> Propositions diverses.

*Nota.* — Le Conseil d'Administration se réunira immédiatement après la séance pour procéder à la constitution du bureau.

*Soirée libre.*



## Samedi 9 Avril

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Exposition des Fournisseurs et Fabricants.

*Après-midi.* — 14 h. 30. — ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE. — *Assemblée Générale Administrative.*

## Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Correspondance ;
- 2<sup>o</sup> Procès-verbal de l'Assemblée Générale du 21 février 1931 ;
- 3<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général ;
- 4<sup>o</sup> Rapport du Trésorier ;
- 5<sup>o</sup> Rapport de l'Administrateur-Gérant du Journal *l'Odontologie* ;
- 6<sup>o</sup> Rapport moral du Président ;
- 7<sup>o</sup> Remise de Médailles aux collaborateurs des Dentistes ;
- 8<sup>o</sup> Adjonction d'un article au Règlement de la Commission de Prévoyance ;
- 9<sup>o</sup> Projet de Convention entre l'A. G. S. D. F. et le S. C. D. F. ;
- 10<sup>o</sup> Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (8 membres pour Paris. 8 membres pour la Province) ;
- 11<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

*Nota.* — Le vote aura lieu à 15 h. 30.

16 h. 30. — SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE. — *Assemblée Générale Administrative.*

## Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Lecture de la liste des membres du Syndicat morts au champ d'honneur ;
- 2<sup>o</sup> Correspondance ;
- 3<sup>o</sup> Procès-verbal de l'Assemblée générale du 22 février 1931 ;
- 4<sup>o</sup> Adoption des rapports moral et financier ;
- 5<sup>o</sup> Nomination des Commissions autonomes : Finances et déontologie ;
- 6<sup>o</sup> Nomination du Conseil de famille ;
- 7<sup>o</sup> Projet de convention avec l'A. G. S. D. F. — M. Renault, rapporteur ;
- 8<sup>o</sup> Propositions et questions diverses ;
- 9<sup>o</sup> Renouvellement par tiers du Conseil d'administration. Election de neuf conseillers en remplacement de MM. de Croës, Blocman, Renault, Salas, Monet, Regnault, Wintergerst, Lubetzki, dont les mandats sont expirés, et de M. de Rayssac, démissionnaire.

Le vote aura lieu à 18 heures. Nul ne pourra y prendre part s'il n'est en règle avec la Trésorerie. La carte de membre 1931 sera seule exigée pour y prendre part.

*Soirée.* — 21 heures. — AMICALE DES DENTISTES DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER. — *Assemblée Générale.*

*Dimanche 10 Avril*

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Exposition des Fournisseurs et Fabricants.

*Après-midi.* — 14 heures. — ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE ET DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE. — *Assemblée Générale commune.*

## Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Baccalauréat. — Rapporteur : M. G. VILLAIN.
- 2<sup>o</sup> Loi Armbruster. — Rapporteur : M. CHARLET.
- 3<sup>o</sup> Loi sur les Accidents du Travail. — Rapporteur : M. H. VILLAIN.
- 4<sup>o</sup> Prestation des soins aux mutilés. — Rapporteurs : D<sup>r</sup> FRITEAU et M. LEBRUN.
- 5<sup>o</sup> Loi sur les Auxiliaires de la Médecine. — Rapporteur : M. H. VILLAIN.
- 6<sup>o</sup> Lutte contre l'exercice illégal. — Rapporteur : M. BLANPIN.
- 7<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

*Soirée.* — 21 heures. — *La Revue des Etudiants*, organisée par la Section Dentaire de l'Association Générale des Etudiants.

*Lundi 11 Avril*

## JOURNÉE D'AMITIÉ FRANCO-BELGE

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Démonstrations pratiques :

D<sup>r</sup> FRITZ SCHENK, professeur agrégé à l'Université de Vienne (Autriche). — Expériences concernant un amalgame à durcissement rapide (citamalgame).

M. CHARLIER (Bruxelles). — *a)* Dispositif nouveau de soudure électrique ; *b)* L'estampage rapide. Méthode perfectionnée.

D<sup>r</sup> BRILL (Berlin). — Préparation d'obturation de porcelaine sans prise d'empreinte à la feuille.

M. MORINEAU, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-placage à recouvrement.

M. JACQUES FILDERMAN (Paris). — Coiffre métallique avec face de porcelaine.

M. EUGÈNE P. DARCISSAC, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — Incrustation à l'or : 1<sup>o</sup> Préparation de la cavité ; 2<sup>o</sup> Prise d'empreinte ; 3<sup>o</sup> Préparation de la paroi cervicale et modelage de la cire de la région proximale.

M. AGUSSOL (Lyon). — Procédés pratiques de nettoyage. Stérilisation pour la petite instrumentation. Présentation du matériel nécessaire.

*Midi.* — Déjeuner intime d'amitié franco-belge en l'honneur des nouveaux décorés belges et français, offert par le Comité de la Semaine Odontologique.

*Après-midi.* — 15 h. 30. — M. CHARLIER (Bruxelles). — Contribution à

l'étude de l'acier inoxydable. Dispositif nouveau de soudeuse électrique.  
L'estampage rapide. Méthode perfectionnée.

16 h. 15. — D<sup>r</sup> WATRY (Bruxelles). — Le traitement des enfants, les idées et les faits.

17 heures. — D<sup>r</sup> BRILL (Berlin). — La préparation d'obturation de porcelaine sans prise d'empreinte à la feuille.

18 heures. — D<sup>r</sup> BERTRAND, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — Généralités sur la haute fréquence en art dentaire.

17 heures. — Thé offert aux femmes des Congressistes sur invitation.

Soirée. — Représentation théâtrale offerte aux confrères belges.

#### Mardi 12 Avril

*Matin.* — 9 heures à 12 heures. — Exposition des Fabricants et Fournisseurs.

*Après-midi.* — 16 heures. — M. A. JOYEUX (Chartres). — Du principe de l'ionothérapie et de la haute-fréquence dans l'anesthésie dentaire.

17 heures. — M. J. GUINAT. — Exposé contradictoire sur les visiteuses d'hygiène dentaire.

18 heures. — M<sup>lle</sup> SOMER (Paris). — Principes d'hygiène dentaire à l'usage des enfants des écoles enregistrés sur disques.

*Soirée.* — 21 heures. — SOIRÉE DE CHIRURGIE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE DE PARIS. — D<sup>r</sup> LEBEDINSKY, stomatologiste des hôpitaux, directeur de l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris. — Goethe et l'anthropologie.

22 heures. — D<sup>r</sup> VIRENQUE, médaille d'or de l'internat, professeur à cette école. Traitement chirurgical des pseudarthroses du maxillaire inférieur.

#### Mercredi 13 Avril

*Matin.* — 10 heures. — ASSOCIATION DES FEMMES DENTISTES. — Assemblée Générale.

##### Ordre du jour :

- 1<sup>o</sup> Allocution présidentielle ;
  - 2<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire Général ;
  - 3<sup>o</sup> Rapport du Trésorier ;
  - 4<sup>o</sup> Modifications aux Statuts ;
  - 5<sup>o</sup> Désignation des commissaires aux comptes ;
  - 6<sup>o</sup> Conférence de M<sup>me</sup> Bernard-Niel (Inspection dentaire dans les groupes scolaires) ;
  - 7<sup>o</sup> Conférence de M<sup>me</sup> Andrieux (Conseils pratiques pour les débuts d'une jeune diplômée).
- 12 heures. — Déjeuner amical, Salle Hoche, 9, Avenue Hoche. Envoyer les adhésions au Secrétariat, 25, Rue Claude-Bernard. Prix : 60 fr.
- 20 heures. — Banquet de « La Semaine Odontologique », suivi de bal et d'intermèdes artistiques, Salle Hoche, 9, Avenue Hoche.



## POUR VENIR A PARIS

### Bulletin de Réduction sur les Chemins de Fer

Retourner le présent Bulletin avant le 25 Mars.  
au Secrétaire Général du Congrès, M. Renault,  
39, Avenue Laumière — PARIS (19<sup>e</sup>)

#### Demande de Bon de Réduction des Prix de Transport sur les Grandes Compagnies de Chemins de Fer Français

Les avantages accordés par les grands réseaux consistent en une réduction de 50 % sur le prix total de transport (tarif plein à l'aller, retour gratuit) sous déduction de l'impôt de 15 % qui sera perçu sur la réduction de prix.

Pour bénéficier de cette réduction, chaque intéressé recevra, dès le reçu de ce bulletin, par les soins du Secrétaire général du Congrès, une **Autorisation spéciale**. Les renseignements demandés ci-dessous sont destinés à permettre d'établir cette autorisation.

Muni de cette **autorisation**, l'intéressé ira prendre son billet d'aller, il le fera viser, et paiera le montant total du tarif de l'aller, et l'impôt de 15 % sur le tarif du retour. Au départ de Paris, avec cette autorisation — de nouveau visée pour certificat de présence du Congrès — il pourra retirer un billet de retour gratuit.

Ces autorisations ne sont valables que pour le **trajet le plus direct** du domicile à Paris et inversement, **sans arrêt en cours de route** et seulement pour une période comprise entre le 1<sup>er</sup> et le 13 avril 1932 inclus pour l'aller, et le 6 avril au 18 avril 1932 inclus pour le retour.

Elles ne sont valables que sur les réseaux français et à l'exception de certains trains. Il est également rappelé qu'il ne pourra être tenu compte d'aucune demande de réduction de transport **qui parviendrait après le 25 Mars**.

Je soussigné (nom et adresse habituelle) .....

désire un bon de réduction pour me rendre de mon domicile à Paris et pour retourner de Paris à mon domicile accompagné de ma femme ou de mes filles <sup>(1)</sup>.

Gare de départ et réseau <sup>(2)</sup> .....

Gare de changement de réseau (s'il y a lieu) .....

Classe .....

Adresse à laquelle devra m'être envoyé mon bon de réduction : .....

(Signature) :

N. B. — Prière de remplir **très exactement** et **très lisiblement** ce bulletin.

La réduction est accordée à la femme du congressiste et à ses filles, qui devront voyager en même temps.

(1) Mention à supprimer si elle est inutile.

(2) Est, Nord, P.-L.-M., etc...

(Prière de joindre un timbre pour la réponse).

Pour le visa des bons de retour, se présenter au secrétariat au Grand Palais, de 9 h. à 12 h.

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### LOI ARMBRUSTER RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Le Président de l'A. G. S. D. F. nous communique les deux documents que nous publions ci-après, et nous nous félicitons des résultats des démarches de M. H. Villain.

CHAMBRE  
DES DÉPUTÉS

1<sup>er</sup> mars 1932.

A M. Henri Villain.

*Mon Cher Confrère,*

*Comme suite à notre dernier entretien, j'ai saisi M. Louis Bonnefous, député, du désir des Chirurgiens-Dentistes de voir fixer le statut des praticiens n'appartenant pas à la nationalité française ainsi que celui des étudiants étrangers.*

*M. Bonnefous, rapporteur au nom de la Commission de l'Hygiène de la Chambre des Députés du projet de loi Armbruster, a bien voulu déposer un rapport supplémentaire dont ci-joint vous trouverez un exemplaire.*

*J'ai le plaisir de vous annoncer que ce rapport a été accepté par la Commission de l'Hygiène et que la loi Armbruster ainsi modifiée a été votée par la Chambre des Députés le 29 février.*

*Il conviendrait d'en surveiller l'examen par la Haute Assemblée.*

*Je suis heureux d'avoir pu, une fois encore, seconder votre bienfaisante activité et je vous prie de recevoir, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments cordiaux et dévoués.*

Maurice VINCENT.

Nous adressons à M. Maurice Vincent, député du Nord, l'expression de notre profonde gratitude pour l'activité qu'il déploie à défendre la cause des chirurgiens-dentistes, toutes les fois que cette cause est juste et que nous le sollicitons de le faire. Dans cette circonstance son intervention a eu le plus heureux effet.

H. V.

N° 6385

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Quatorzième législature — Session de 1932

Annexe au procès-verbal de la séance du 15 février 1932

## RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE

*fait au nom de la Commission de l'Hygiène chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à l'exercice DE LA MÉDECINE, par M. Louis Bonnefous, député.*

Messieurs,

La plupart des considérations qui ont été exprimées dans le premier rapport s'appliquent aussi bien aux étudiants étrangers postulant le *diplôme de chirurgien-dentiste* qu'à leurs camarades étudiants en médecine.

Leur affluence est proportionnellement aussi grande, et les *chirurgiens-dentistes* étrangers se fixant en France, font aux spécialistes français une concurrence aussi regrettable que celle dont souffrent les médecins.

Il serait donc équitable de répondre aux vœux des syndicats et groupements scientifiques des *chirurgiens-dentistes* en leur donnant une place dans les dispositions de la loi Armbruster.

D'ailleurs, la Haute Assemblée avait envisagé, dès l'origine, cette nécessité, et nous trouvons dans un rapport n° 147, fait par M. le sénateur Dentu, à la Commission d'enseignement, la disposition suivante :

« Art. 7 (2° alinéa). — *Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, DE MÊME QU'ÀUX ÉTUDIANTS ÉTRANGERS POSTULANT LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE, aucune dispense d'examen, etc.* ».

Les mêmes dispositions avaient été adoptées en séance publique du mardi 9 juin 1931, par le Sénat.

En conséquence, la Commission d'hygiène propose de rétablir comme suit le texte définitif de la loi Armbruster.

## PROPOSITION DE LOI

*Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

1° Citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

2° Muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer la médecine pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la naturalisation française.

Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France et celui des médecins français exerçant la médecine dans ces pays.

Les mêmes dispositions s'appliqueront aux *chirurgiens-dentistes*.



*Art. 2.* — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le doctorat d'Etat français devront justifier des titres initiaux requis pour s'inscrire au diplôme du certificat d'études physiques chimiques et naturelles et subir les examens probatoires.

Ils ne pourront, en aucun cas, obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années.

Les étrangers munis du diplôme d'université français, mention médecine, seront astreints aux mêmes conditions, sauf en ce qui concerne la scolarité et les examens.

Pour eux, la dispense de scolarité pourra être étendue à quatre ans ; de même, des dispenses des examens pourront leur être accordées, sans toutefois qu'en aucun cas elles portent sur l'anatomie, la physiologie et les cliniques.

*Art. 3.* — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine aucune dispense d'examens, de scolarité, en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

Chaque année, des étudiants roumains ou mauriciens, inscrits en vue du titre de docteur d'université, mention médecine, et ayant subi avec succès les épreuves des derniers examens de fin d'année d'études médicales et les examens cliniques peuvent être autorisés par décision ministérielle prise après avis d'une commission spéciale, à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Le nombre des bénéficiaires de cette disposition ne pourra pas dépasser dix pour l'ensemble de ces facultés.

Les étudiants de nationalité étrangère ne peuvent pas postuler les diplômes d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ces diplômes d'Etat.

*Art. 4.* — Le décret du 17 août 1928 est abrogé.

Les *chirurgiens-dentistes* munis de diplômes des facultés étrangères seront astreints, s'ils veulent exercer en France, à subir les mêmes examens que les étudiants français postulant le *diplôme de chirurgien-dentiste*.

Ils ne pourront être dispensés que d'une année de scolarité.

*Art. 5.* — Les diplômes de tous les docteurs en médecine et des *chirurgiens-dentistes* exerçant actuellement en France devront être vérifiés et authentiqués dans un délai de trois mois.

*Art. 6.* — Il ne sera accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme de *chirurgien-dentiste* aucune dispense d'examen et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

*Art. 7.* — Les fonctions de médecin et expert des tribunaux et toutes les fonctions publiques données au concours ou sur titres ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés tels depuis cinq ans.

Ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires

en 1914, auront servi dans l'armée française pendant la durée de la guerre.

Les dispositions de l'article 7 sont applicables aux *chirurgiens-dentistes*.

*Art. 8.* — La naturalisation française ne sera pas exigée des médecins exerçant régulièrement leur profession en France le jour de la promulgation de la loi et qui seront alors munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou des étudiants qui seront en cours régulier d'études en vue de ce diplôme.

Il en sera de même pour les *chirurgiens-dentistes*.

*Art. 9.* — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles de la loi du 30 novembre 1892, qui sont contraires aux dispositions de la présente loi.

### LES MUTILÉS MAXILLO-FACIAUX ET LE LIBRE CHOIX DES PRATICIENS

Le traitement des blessés maxillo-faciaux est régi, chacun s'en souvient, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sur les Pensions de Guerre et le décret du 25 octobre 1922, qui définit les tarifs applicables au titre du dit article 64.

Aux termes de ce décret :

« Les bénéficiaires de la présente loi auront droit au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien ».

Or ces bénéficiaires sont divisés en deux catégories :

*Catégorie A* : Mutilés dotés de prothèses restauratrices simples.

*Catégorie B* : Mutilés dotés de prothèses restauratrices étendues, compliquées et relevant des centres spéciaux.

Actuellement, seuls les médecins-stomatologistes peuvent, au regard des textes officiels, donner leurs soins et appareiller les mutilés de la catégorie A, en dépit des protestations, maintes fois renouvelées depuis 1921, des mutilés maxillo-faciaux.

M. le Colonel Picot, président des « Gueules Cassées », aussi bien au Parlement que dans les réunions de l'Association qui s'honore de l'avoir à sa tête, n'a cessé de revendiquer, pour ses glorieux camarades, le libre choix du praticien de l'art dentaire et ses démarches se sont multipliées auprès de MM. Maginot, Valentino, Mayer, Thomas, Dormann, Champetier de Ribes.

Le Congrès de Cherbourg de « l'Union des Blessés de la Face » a émis également un vœu dans ce sens sur l'initiative de notre ami Gelly.

De leur côté, nos organisations professionnelles et syndicales ont depuis longtemps inscrit cette question au cahier de leurs revendications et leurs bureaux, mandatés par chacune de leurs assemblées générales, ont déployé une louable et incessante activité, pour en obtenir la solution au bénéfice bien compris des intéressés. Nous ne ferons pas l'historique de toutes les démarches entreprises, mais nous jugeons équitable de rendre hommage, en l'occurrence au rôle joué par le Dr Friteau, Directeur des Affaires Politiques du S. C. D. F. et de son président M. de Croës, en complet accord

avec notre confrère, M. Maurice Vincent, député du Nord et notre fidèle défenseur au Parlement, M. Maurice Dormann, député d'Etampes et, trop peu de temps, ministre des Pensions.

Un nouveau renfort nous est arrivé l'an dernier, représenté par la « Fédération Nationale des Combattants Volontaires » présidée par M. Berthier et sa commission d'action sociale. Ce puissant Groupement était d'autant plus qualifié pour s'associer aux efforts précédents qu'il compte dans son sein, non seulement un très grand nombre de mutilés, mais aussi un effectif important de chirurgiens-dentistes, combattants volontaires.

Ces représentants des « Combattants Volontaires » se mirent donc en rapport avec les Députés Maurice Vincent et Dormann qui les accompagnèrent au cours d'audiences ministérielles et contribuèrent à l'étude d'un rapport adressé à M. le Ministre des Pensions, rapport contresigné par M. Dormann.

Tous ces efforts conjugués aboutirent à ce résultat :

M. Champetier de Ribes, Ministre des Pensions, décida la création d'une commission qui devait procéder à un échange de vues sur les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourraient être habilités à donner leurs soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Cette commission se réunit au Ministère des Pensions le mercredi 9 mars dernier : elle était ainsi composée :

*Président* : M. le Professeur Lemaître.

M. le Colonel Picot, assisté de son conseiller technique le Dr Gelly. Les Drs Frey, Paloque, Halphen, Bercher, Béliard, Legendre, MM. H. Villain, Lebrun, ces derniers désignés par la Confédération des Sociétés et Syndicats dentaires français.

Après avoir entendu l'exposé de plusieurs orateurs, la Commission adopta, à l'unanimité, les conclusions suivantes :

*« La commission constituée par le Ministre des Pensions en vue de formuler un avis sur les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourraient être habilités à donner des soins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 estime que les chirurgiens-dentistes peuvent être admis à donner des soins au titre de l'article 64 dans les conditions fixées par le décret du 25 octobre 1922, sous réserve de l'approbation préalable de la Commission tripartite départementale ».*

Il est nécessaire de préciser que cette réserve n'est pas particulière aux chirurgiens-dentistes, mais qu'elle concerne tous les praticiens spécialisés appelés à donner leurs soins aux mutilés. Cette Commission est en somme chargée de donner l'habilitation des praticiens.

Quel sort sera maintenant réservé au texte adopté par la Commission du 9 mars 1932 ? Il va être soumis au Ministre et transmis à la Commission supérieure de Contrôle et de Surveillance des Soins gratuits qui proposera la rédaction définitive.

#### CONCLUSION

Un des membres de la Commission fit cette remarque :

« En France c'est ce qui tombe sous le bon sens qui semble le plus dif-



ficile à faire appliquer ». C'est vrai, mais aussi il ne faut pas oublier le vieux dicton :

« *Patience et longueur de temps...* »

Ces mutilés qui furent soignés et appareillés par les dentistes avec tant de dévouement pendant la guerre, et dont nous n'avons jamais cessé de nous occuper (Comité maxillo-dentaire de secours aux « Gueules Cassées », manifestations professionnelles, etc.), vont pouvoir enfin faire appel de nouveau à leurs anciens camarades et recevoir leurs bons soins dans le cadre des tarifs fixés par le décret. Finis les longs déplacements, finies les pertes de temps, etc.

Il serait facile d'écrire de belles pages sur ce qui n'est au fond qu'un acte de stricte justice ! Il nous suffit de constater qu'enfin on a pensé :

1<sup>o</sup> Aux intérêts des mutilés ;

2<sup>o</sup> A l'économie des deniers de l'Etat ;

et que, pour atteindre ce résultat, il aura simplement fallu réfléchir pendant... 13 ans !!!

Nous terminerons en remerciant sincèrement M. le Ministre des Pensions, tous ceux qui nous ont apporté leur appui. Et nous n'aurons garde d'oublier nos confrères qui ont lutté isolément et contribué ainsi à attirer continuellement l'attention des différents ministres sur cette si importante question.

Henri VILLAIN.

E. LEBRUN.

### LA QUESTION DES PATENTES

*M<sup>e</sup> Sarrau, membre du Conseil de l'Ordre des Avocats et délégué à la C. T. I., nous communique la lettre suivante envoyée par l'Association Nationale des Avocats à tous les bâtonniers, que nous nous empressons de publier :*

ASSOCIATION NATIONALE DES AVOCATS

INSCRITS AUX BARREAUX DE FRANCE, DES COLONIES,

DES PAYS DE PROTECTORAT ET DE MANDAT

Siège social :

Hôtel des Sociétés Savantes

28, rue Serpente

PARIS

Paris, le 11 février 1932.

Monsieur le Bâtonnier.

La délégation dont vous entretenaient nos deux dernières lettres circulaires a été reçue le samedi 30 janvier par M. Pietri, Ministre du Budget, et le lundi 1<sup>er</sup> février par M. le Président et M. le Rapporteur de la Commission des Finances de la Chambre, et par M. le Président et M. le Rapporteur de la Commission des Finances du Sénat, en présence de M. le Garde des Sceaux.

Le mardi 2 février, la Commission des Finances de la Chambre a été saisie de notre projet, qui a finalement été repoussé par 12 voix contre 10.

Nous sommes décidés à le reprendre, et nous serions particulièrement heureux, Monsieur le Bâtonnier, de vous voir seconder notre effort. Nous nous permettons, à ce sujet, de vous suggérer de réunir l'Assemblée Générale de votre barreau ou le Conseil de l'Ordre, en vue d'une intervention auprès des parlementaires de votre département.

Nous ne demandons pas une faveur. Nous ne demandons même pas l'application de la loi du 16 avril 1930, que le Parlement, sous la pression du Gouvernement, a dû reporter à la date de la mise en vigueur du projet de la loi de la réforme générale des finances municipales et départementales.

L'objet de notre requête actuelle doit être immédiatement accueilli, car il tend uniquement à faire cesser une injustice dont nous sommes victimes, non par la volonté du législateur, mais par le fait d'événements imprévisibles, notamment la dévalorisation du franc. Le taux de notre patente s'élève, à Paris, à 70 % de nos loyers, parfois atteint ou dépasse ailleurs 100 %, alors qu'il oscille entre 25 et 30 % pour les commerçants ou autres auxiliaires de justice dont la situation peut être comparée à la nôtre. Nous demandons seulement, d'accord avec les représentants de toutes les professions libérales, à être assimilés dès maintenant aux autres patentables.

Le texte que nous avons présenté et que nous représenterons est le suivant :

« Sont incorporées au tableau A, 4<sup>e</sup> classe, les professions figurant au tableau D de la loi du 15 juillet 1880, qui comportent le taux du quinzième ou du douzième.

« En ce qui concerne les professions libérales proprement dites, la patente est réduite de moitié pour l'année pendant laquelle le patentable a commencé à exercer après l'accomplissement du stage réglementaire et pour les deux années suivantes, ainsi que pour les années suivant celle au cours de laquelle il a atteint l'âge de soixante-cinq ans ».

(Cette dernière disposition empruntée au projet de loi gouvernemental).

Il n'est pas possible que le Parlement nous refuse le traitement de droit commun : de tous les patentables, nous sommes les seuls qui supportons gratuitement, sans aucune compensation, la charge écrasante de l'assistance judiciaire.

Vous pourrez aisément vous rendre compte, par l'examen du budget de votre localité, que cette réforme, qui nous dégrèverait en moyenne d'un tiers environ de notre patente, aurait sur les finances départementales ou municipales une répercussion insignifiante.

Nous vous serions très obligés, Monsieur le Bâtonnier, de bien vouloir nous tenir au courant des efforts que vous aurez pu entreprendre pour seconder notre action et nous vous en adressons à l'avance, tant en notre nom personnel qu'au nom de tous nos confrères de France, nos plus vifs remerciements.

Veuillez agréer, Monsieur le Bâtonnier, l'expression de nos sentiments dévoués les meilleurs.

*Le Secrétaire Général :*  
ROBERT-MARTIN.

*Le Président :*  
GABRIELLE ARNAUD.

**CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS****PROJET DE RÉAJUSTEMENT PROVISOIRE DU TAUX DE LA PATENTE  
DES PROFESSIONS LIBÉRALES**

Depuis quelques années, le Parlement a reconnu à plusieurs reprises et d'une façon générale la nécessité de donner à l'impôt de la patente une base plus équitable et plus particulièrement de remédier à l'injustice criante du taux de la patente imposé aux assujettis du tableau D de la loi du 15 juillet 1880 (Professions libérales).

Par l'article 65 de la loi de Finances du 16 avril 1930, le Parlement a décidé qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1931 l'assiette de la patente serait pour tous les patentés réduite à la valeur locative des seuls locaux occupés commercialement ou professionnellement, à l'exclusion des locaux d'habitation.

Devant les difficultés éprouvées par les départements et les communes pour remplacer brusquement par d'autres ressources la diminution du rendement de la patente à provenir de l'application de cette réforme (chacun sait que depuis 1916, par application de la loi du 29 décembre 1915, l'impôt de la patente n'est plus perçu qu'au profit des départements et des communes, sous forme de centimes additionnels au principal devenu fictif de l'Etat, le Parlement a dû, par l'article 2 de la loi de Finances du 19 juillet 1930, accepter que l'application de la réforme soit reportée au 1<sup>er</sup> janvier 1932.

Le Gouvernement ayant, dans le courant de mars 1931, déposé sur le Bureau de la Chambre un projet de loi portant réforme des Finances départementales et communales englobant celle de la patente, a obtenu, malgré la résistance du Parlement, le vote dans la loi des contributions directes du 3 juillet 1931, d'une disposition ajournant la mise en application de l'article 65 de la loi du 16 avril 1930 jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la réforme des impositions départementales et communales.

En échange, le Gouvernement a pris devant la Chambre l'engagement le plus catégorique et le plus solennel de réaliser avant 1933 la réforme déjà votée (1).

Il est aujourd'hui certain qu'avant la fin de cette législature — et peut-être encore pendant longtemps — le projet gouvernemental ne pourra être discuté dans son ensemble. Cependant, il est impossible de maintenir plus longtemps la charge démesurée imposée par la législation actuelle de la patente aux membres des professions libérales sans porter atteinte au recrutement démocratique d'une élite nécessaire au pays.

Pour un grand nombre des membres de ces professions et de tous âges, la réduction de la patente à un taux raisonnable est une question de vie ou de mort. A l'heure actuelle, la patente représente à Paris environ 70 % du loyer global : avec les autres impôts assis sur le logement, le loyer est

---

(1) V. 2<sup>e</sup> séance de la Chambre du 3<sup>er</sup> juillet 1931, *Journal Officiel* du 4, page 5.679 à 5.683.



doublé. Dans quelques grandes villes, le taux de la patente dépasse même le loyer. La plupart des professionnels se trouvent dans l'impossibilité matérielle d'acquitter deux fois le prix de leur loyer au propriétaire et au percepteur.

Au surplus, cette situation intolérable n'est pas le fait du législateur : elle est le résultat d'événements imprévisibles à l'époque où la patente leur a été imposée.

En effet, les membres des professions libérales n'ont été assujettis à cet impôt d'essence commerciale que par la loi du 18 mai 1850. A ce moment il apparut logique de ne pas les soumettre au droit fixe considéré comme incompatible avec la nature de leurs occupations ; par contre, pour compenser cette exemption, on leur a imposé un droit proportionnel plus élevé qu'aux assujettis des autres tableaux. Dans la pensée du législateur, cette élévation représentait seulement l'équivalent du droit fixe ; le total devait rester sensiblement le même.

Or, par suite de l'élévation des loyers depuis 1850 et surtout depuis la dévalorisation du franc, le droit proportionnel a cru dans des proportions insoupçonnables tandis que le droit fixe n'a pas augmenté : telle est la cause du déséquilibre involontaire dont les professions libérales sont les victimes. Alors que le droit proportionnel applicable à la 4<sup>e</sup> classe du tableau A, qui comprend certains auxiliaires de justice est calculé sur le 1/30<sup>e</sup> de la valeur locative de tous les locaux occupés par le patenté, depuis la loi du 29 mars 1928, le droit proportionnel applicable au tableau D est calculé sur le 1/15<sup>e</sup> de cette valeur locative au-dessous de 8.000 francs de loyer et au 1/12<sup>e</sup> au-dessus ; c'est-à-dire plus du double. Quant au droit fixe du tableau A, 4<sup>e</sup> classe, il est à Paris de 75 francs auxquels s'appliquent les centimes additionnels.

Les tempéraments apportés surtout en faveur des familles nombreuses par les lois du 18 mars 1928 et du 25 décembre 1930 pour Paris, sont tout à fait insuffisantes même pour ceux qui en bénéficient. Un allègement immédiat pour tous est indispensable.

Nous avons pensé qu'à titre provisoire, il serait possible d'atteindre ce résultat sans porter atteinte à l'économie générale du projet gouvernemental et en maintenant, jusqu'au vote de la nouvelle législation, l'assiette de la patente sur la totalité des locaux occupés par les assujettis.

Ainsi qu'il est prévu dans ce projet (articles 47 à 68), les assujettis du tableau D rentreraient dans le droit commun de la patente par leur incorporation au tableau A dans la 4<sup>e</sup> classe où se trouvent déjà, comme nous l'avons dit, d'autres auxiliaires de justice : arbitres rapporteurs de commerce, experts près des tribunaux, liquidateurs et administrateurs de sociétés, traducteurs, jurés, etc...

Nous avons également conservé la disposition du projet avantageant les débuts et les fins de carrière : la principale différence est que le droit fixe sera le même que pour les autres assujettis du tableau A, au lieu d'atteindre, comme dans le projet gouvernemental, un taux tellement élevé (4.000 fr. pour Paris) que les patentés s'en trouveraient encore sensiblement augmentés pour les loyers inférieurs à 8.000 francs.

Cette assimilation provisoire est d'autant plus légitime que, à la différence des professions commerciales, la patente des professions libérales n'est pas, en fait, récupérable sur la clientèle : sauf rares exceptions, le coefficient de majoration des honoraires depuis 1928 est resté très nettement inférieur à celui de la dévalorisation du franc. Un grand nombre de membres des professions libérales vivent en recettes sur le coefficient 2 1/2 ou 3, et, en dépense, comme l'ensemble des citoyens, sur le coefficient de 5 à 6.

D'après les calculs approximatifs, variables il est vrai avec chaque département ou commune, le réajustement provisoire que nous proposons aurait pour résultat pratique d'abaisser, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1933, le taux actuel de la patente des assujettis au tableau D, dans des proportions variant de 30 à 50 %.

CALCUL APPROXIMATIF DE LA PATENTE A PARIS — (TABLEAU D)  
SANS LES DÉDUCTIONS POUR CHARGES DE FAMILLE

LOYERS	TAUX ACTUEL	PROJET DE LOI DU GOUVERNEMENT (1)		NOTRE PROJET (2)
		<i>Avec les centimes additionnels ou coefficient actuel 8.</i>	<i>Sans centimes additionnels</i>	
	Environ :	Environ :		Environ :
3.000 fr.....	1.600 fr.	4.700 fr.	4.066 fr.	1.400 fr.
4.000 fr.....	2.120 fr.	4.794 fr.	4.090 fr.	1.660 fr.
5.000 fr.....	2.664 fr.	4.888 fr.	4.110 fr.	1.932 fr.
6.000 fr.....	3.200 fr.	5.200 fr.	4.133 fr.	2.200 fr.
8.000 fr. (au 15 <sup>e</sup> ).	4.260 fr.	5.368 fr.	4.180 fr.	2.852 fr.
8.001 fr. (au 12 <sup>e</sup> ).	5.600 fr.	5.368 fr.	4.180 fr.	2.852 fr.
12.000 fr.....	8.000 fr.	6.128 fr.	4.267 fr.	3.825 fr.
20.000 fr.....	14.000 fr.	7.552 fr.	4.444 fr.	5.853 fr.
30.000 fr.....	20.000 fr.	10.328 fr.	4.667 fr.	8.600 fr.

Etant donné la proportion relativement faible des assujettis de ce tableau par rapport à l'ensemble des patentés, cette réforme se traduirait, pour les budgets locaux, par des moins-values presque négligeables. Il pourrait, sans doute, y être fait face avec les ressources propres de ces budgets, ainsi qu'il est déjà advenu pour l'application de la loi du 19 mars 1928, qui a opéré des réductions en faveur des familles nombreuses. Au surplus, les facilités et les allègements déjà offerts aux budgets locaux par l'intervention de l'Etat et ceux qui résulteront de la nouvelle répartition des charges publiques faisant l'objet du projet gouvernemental seraient, le cas échéant, d'un utile secours pour la mesure d'attente que nous sollicitons.

(1) En évaluant au 1/3 du loyer total la valeur locative des locaux professionnels, proportion envisagée par l'Administration dans le projet primitif de réforme des impôts départementaux et communaux.

(2) En appliquant aux centimes additionnels le coefficient actuel de 8.

C'est dans ces conditions que nous demandons au Parlement l'introduction dans la loi de Finances qui va venir en discussion du texte ci-dessous :

« Sont incorporées au tableau A, 4<sup>e</sup> classé, les professions figurant au « tableau D de la loi du 15 juillet 1880 qui comportent le taux du 1/15<sup>e</sup> « ou du 1/12<sup>e</sup>.

« En ce qui concerne les professions libérales proprement dites, la patente est réduite de moitié pour l'année pendant laquelle le patentable « a commencé à exercer après accomplissement du stage réglementaire « et pour les deux années suivantes ainsi que pour les années suivant celle « au cours de laquelle il a atteint l'âge de 65 ans. »

\*\*\*

Ce projet nous est adressé par M<sup>e</sup> Sarrau, membre du Conseil de l'Ordre des Avocats, délégué de la Confédération des Travailleurs Intellectuels, que nous tenons ici à remercier très chaleureusement pour l'effort continu, qu'il fournit sur cette question dont il s'occupe depuis de longues années, au nom de tous les Travailleurs intellectuels.

### **MEMENTO MENSUEL**

#### **des déclarations fiscales et formalités intéressant les Chirugiens-Dentistes**

*Impôts de 1932.* — Payer avant le 1<sup>er</sup> mai la moitié des impôts émis au plus tard le 30 avril au titre de l'année 1932.

*Impôts antérieurs à 1932.* — Payer dans le délai maximum d'un mois après leur émission, tous impôts émis au titre des années antérieures.

*Automobiles.* — Renouveler le permis de circulation des automobiles en service et qui expire soit le 31 mars (ancien système), soit au cours du mois d'avril (nouveau système).

C. VAGNÉ,

*Expert-Comptable reconnu par l'Etat.*

### **ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE**

#### **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

*Réunion du 21 novembre 1931*

Présidence de M. H. VILLAIN, président

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le Secrétaire général donne lecture :

1<sup>o</sup> Du procès-verbal du Conseil du 9 juin, qui est adopté ;

2<sup>o</sup> Des procès-verbaux du bureau des 2 juillet et 22 octobre, dont les décisions sont ratifiées et qui comprennent notamment des attributions de bourses, demi-bourses et secours d'étude.



*Le Président* fait connaître qu'il s'est rendu à la Commission consultative des bénéfices non commerciaux, à laquelle il a été envoyé comme délégué (décision du 2 juillet) et où il a siégé de concert avec d'autres délégués. Il a eu, notamment, à donner son avis sur trois litiges avec des chirurgiens-dentistes ayant fait des déclarations de revenus jugées insuffisantes.

Il est donné lecture de la correspondance qui comprend entre autres :

- a) Plainte en exercice illégal émanant de M. B... avec la réponse faite ;
- b) Consultation de M<sup>e</sup> B..., relative à l'admission des étrangers dans les Syndicats.

Il est décidé en conséquence que les étrangers exerçant légalement en France, dans les colonies, pays de protectorat ou sous mandat pourront faire partie de l'*Aide immédiate en cas de décès*.

- c) Lettre P... relative à un arbitrage ;

d) Demande d'adhésion à la Ligue européenne de DENTISTES. — Regrets de ne pouvoir y donner suite ;

e) Lettre et communiqué de l'Association Syndicale des Chirurgiens-Dentistes de la Loire-Inférieure relatifs à la souscription Bielle. — A été inséré dans *L'Odontologie*.

*Le Président* fait connaître qu'il a cru devoir adresser à tous les praticiens de l'art dentaire de la région parisienne une circulaire relative aux cours de mécaniciens et d'apprentis-mécaniciens en prothèse dentaire qui se font à l'Ecole Dentaire de Paris. — Approuvé.

Il rend compte d'une conférence sur l'hygiène dentaire faite par lui la veille, à 6 h. 10 du soir, au poste de radiotéléphonie de la Tour Eiffel, comme président de l'A.G.S.D.F., à la demande de la C. T. I., conférence dont le texte a été soumis à la C. T. I. et à la direction du poste. — A été approuvé et publié dans *L'Odontologie*.

Il rend compte du degré de préparation de la *Semaine Odontologique*.

Le *Trésorier* expose la situation financière de l'A. G. S. D. F. au 20 novembre 1931.

Il propose de considérer comme démissionnaires divers sociétaires ne payant pas leur cotisation. — Adopté.

M. Brodhurst donne connaissance du projet de convention entre l'A. G. S. D. F. et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, qui a été adressé à tous les membres du Conseil, au nom de la Commission de prévoyance. — Approuvé.

M. Thil soumet, au nom de la Commission de prévoyance et après consultation de M<sup>e</sup> G..., avocat, un projet d'article (21 bis) à ajouter au règlement de la Commission de prévoyance ainsi conçu :

« En cas de décès d'un membre de l'Association, il pourra être procédé à l'Administration provisoire du cabinet du défunt (affaires en cours, rentrée des honoraires), sur demande du conjoint survivant ou des héritiers représentés par un mandataire muni de pouvoirs réguliers. Les conditions relatives à cette administration provisoire sont déterminées par un règlement spécial qui sera fourni aux intéressés sur leur demande. »

Approuvé et à soumettre à l'assemblée générale.

M. Brodhurst expose le cas particulier du décès B... Le bénéficiaire de l'allocation, fils mineur de ce dernier, ayant quitté la France, le notaire de la succession en sera avisé avec mention que la somme en caisse au 21 novembre à verser est de 4.980 francs.

M. Vasserot, au nom de la Commission syndicale, présente un projet de contrat d'apprentissage, qui est approuvé.

M. Lalement donne lecture du rapport du Conseil de famille concluant :

1° A l'admission dans la société de 50 candidats ; 2° à la réintégration d'un ancien membre, qui reprend sa démission donnée en juillet 1931 ; 3° à l'acceptation de démissions.

Les admissions sont prononcées, les démissions sont acceptées, sauf celle de M. Fresnel, sociétaire depuis 1886, qui est nommé membre honoraire avec service gratuit de *L'Odontologie*.

La séance est levée à 11 heures 15.

*Le Secrétaire général* : A. DEBRAY.

\* \*

#### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE 1932

L'Assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. aura lieu le samedi 9 avril 1932, à 14 heures 30, salle Jean-Goujon (Grand Palais des Champs-Élysées), pendant la Semaine Odontologique.

##### *Ordre du jour* :

- 1° Correspondance ;
- 2° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 21 février 1931 ;
- 3° Rapport du Secrétaire général ;
- 4° Rapport du Trésorier ;
- 5° Rapport de l'Administrateur-gérant de *L'Odontologie* ;
- 6° Rapport moral du Président ;
- 7° Remise de médailles aux collaborateurs des dentistes ;
- 8° Adjonction d'un article au règlement de la Commission de prévoyance ;
- 9° Projet de convention entre l'A. G. S. D. F. et le S. G. D. F. ;
- 10° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (8 membres pour Paris, 8 membres pour la Province) ;
- 11° Questions et propositions diverses.

##### MEMBRES SORTANTS RÉÉLIGIBLES

*Paris* : MM. Boudy, Crocé-Spinelli, M<sup>lle</sup> Delarbre, MM. Gonon, Haloua, Geoffroi, G. Viau (à proposer comme président honoraire), L. Viau. — Candidat nouveau : J. Rivet.

*Province*. — MM. Aspa (Harfleur) ; Audy (Senlis) ; Brodhurst (Le Vésinet) ; Chastel (Enghien-les-Bains), Duncombe (Caen) ; Lelièvre (Clermont-Ferrand), Menant (Melun) ; Vicat (Lyon).

\* \*

Cette assemblée sera suivie, le dimanche 10 avril, d'une assemblée générale commune avec le Syndicat des Chirugiens-Dentistes de France, qui aura lieu également au Grand Palais, salle Jean-Goujon, à 14 heures 30.

*Ordre du jour :*

- 1<sup>o</sup> Baccalauréat. — Rapporteur : M. G. Villain ;
- 2<sup>o</sup> Loi Armbruster. — Rapporteur : M. Charlet ;
- 3<sup>o</sup> Loi sur les accidents du travail. — Rapporteur : M. H. Villain ;
- 5<sup>o</sup> Prestation des soins aux mutilés. — Rapporteurs : Dr Friteau, M. Lebrun ;
- 6<sup>o</sup> Loi sur les auxiliaires de la médecine. — Rapporteur : M. H. Villain ;
- 7<sup>o</sup> Lutte contre l'exercice illégal. — Rapporteur : M. Blanpin ;
- 8<sup>o</sup> Questions diverses.

---

**GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.**

ADMISSIONS DE JANVIER, FÉVRIER ET MARS 1932

- MM. Danon, 12, rue Lapeyrère, Paris.  
Laude, 63, rue de Metz, Le Perreux.  
M<sup>lle</sup> Guyard, 3, rue Beaugendre, Chatou.  
MM. Forest, 162, rue Ordener, Paris.  
Samuel, St-Cyr (Ecole militaire).  
Gabriel, 8, rue de Lorraine, Asnières.  
Chevrier, 9, rue Marie-Louise, Paris.  
Dr Regnault, 94, rue St-Dominique, Paris.  
Fouquez, 1, rue Ernest-Renan, Paris.  
Morand, 78, boulevard Rochechouart, Paris.  
André Degus, 4, rue Papillon, Paris.  
Puthod, 124, boulevard Rochechouard, Paris.  
Stépanski, 41, rue des Belles-Feuilles, Paris.
-



## MANIFESTATION DE SYMPATHIE A M. GEORGES VILLAIN

Le Comité d'organisation du 8<sup>e</sup> Congrès Dentaire International et les principaux collaborateurs de cette grande solennité se sont associés pour rendre à leur président un hommage bien mérité par sa personnalité si estimée. Ce n'est un secret pour personne que l'activité inlassable de M. G. Villain a contribué tout particulièrement à assurer le très beau succès de la réunion internationale du mois d'août dernier.



Plaquette offerte à M. Géo. Villain.

L'organisation a occupé près de trois années. Ceux qui, à un titre quelconque, ont eu à collaborer avec M. G. Villain ont pu apprécier son ardeur, son optimisme réconfortant et sa foi qui toujours au moment psychologique galvanisait les énergies quelquefois effrayées par l'énormité de l'œuvre entreprise.

G. Villain a été un véritable animateur, il a rendu à tous ses collaborateurs la tâche si facile et si agréable que ceux-ci ont tenu à l'en remercier et c'est pourquoi, réunis dans une fête familiale, ils ont, le 26 février, au cours d'un dîner, offert à leur président une plaquette qui restera comme le témoignage ineffaçable de leur estime réciproque.

Cent soixante lettres avaient été envoyées par le dévoué organisateur de cette soirée, M. Haloua ; cent trente personnes étaient assises autour des petites tables et vingt-cinq lettres d'excuses étaient parvenues au Comité.

Le dîner était parfait, car M. Robine y avait veillé avec sa compétence bien connue.

\* M. G. Viau, doyen de notre profession, sut, dans une improvisation émue, dire simplement à M. G. Villain combien nous avons été heureux d'avoir pu, sous son aimable et ferme direction, accueillir comme il convenait les visiteurs étrangers que le bon renom de notre pays nous faisait un devoir impérieux de recevoir dignement.

M. Aguilar, Président sortant de la Fédération Dentaire Internationale, prit ensuite la parole et, après avoir rappelé tout ce que la F. D. I. devait à son fondateur, le regretté Charles Godon, se réjouit en pensant que désormais G. Villain allait veiller à ses destinées : le flambeau était passé en bonnes mains qui sauraient à leur tour le tenir sans défaillance.

M. G. Villain rendit justice à chacun de ceux qui l'aidèrent pendant trois ans. Il dit à chacun ce qu'il fallait pour que la collaboration passée fût spontanément offerte lorsqu'il la faudrait de nouveau.

En proie à une émotion compréhensible, M. G. Villain reçut des mains de M. Viau la belle plaquette, œuvre du distingué sculpteur M<sup>e</sup> Spicer Simson, tandis qu'un tableau dû au talent de Dumont était remis à sa charmante compagne, M<sup>me</sup> G. Villain.

Une réduction de la plaquette a été remise également aux assistants, ainsi qu'un menu dont la présentation artistique fait le plus grand honneur au Maître Imprimeur Dormann.

La soirée s'est continuée très tard par une sauterie aux sons d'un orchestre qui s'était fait entendre pendant le dîner.

## NÉCROLOGIE

---

M. Borcier, membre de l'A. G. S. D. F., ancien démonstrateur à l'E. D. P., vient d'être éprouvé par le décès de sa femme.

M. Maurice Blanchard, chef de clinique à l'E. D. P., et M<sup>me</sup> Maurice Blanchard, chirurgien-dentiste, nous font part du décès de leur beau-père et père, M. Paul Martin, survenu le 29 février, à l'âge de 70 ans.

Nous leur adressons nos condoléances.

---

## NOUVELLES

---

**Concours à l'Ecole Dentaire de Paris.** — Le Conseil d'Administration a décidé l'ouverture des concours suivants :

1<sup>o</sup> Concours pour deux postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire, en mai 1932.

2<sup>o</sup> Concours pour deux postes de chef de clinique d'orthodontie, en octobre 1932.

---

**Nominations.** — Par décision du 4 février, M. Morin, chef de clinique à l'E. D. P., a été nommé examinateur à la Faculté de médecine pour les examens de chirurgien-dentiste.

M. le D<sup>r</sup> Dubeau, doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de l'Université de Montréal, vient d'être nommé Consul du Portugal dans cette ville.

---

**Ecole Dentaire de Newcastle.** — L'inauguration de la nouvelle école dentaire Sutherland, qui est maintenant la Section dentaire de l'Ecole de médecine de Newcastle (Université de Durham) a eu lieu le 28 janvier.

Cette école est due en partie à un don de 12.200 livres sterling de Sir Arthur Munro Sutherland, le grand constructeur de navires.

---

**Mariages.** — Le mariage de M. L. Jean Cecconi, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Raymonde Huot, tous deux chirurgiens-dentistes et anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris, a été célébré le 1<sup>er</sup> mars.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Simon Machtou, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Iselte Nacamuli.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

---

## AVIS

La direction de *L'Odontologie* a décidé, cette année, d'offrir gratuitement à ses abonnés et aux membres de l'A. G. S. D. F. l'insertion d'une petite annonce : achat ou vente de cabinet, demande et offre d'emploi, etc...



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PARADENTOSE ATROPHIQUE PRÉCOCE

Par Ch. HULIN

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1<sup>er</sup> mars 1932)

(SUR LA TERMINOLOGIE NOUVELLE UTILISÉE)

Avant de commercer l'exposé sur le fond de cette communication, qu'il nous soit permis de fixer, dès maintenant, les principes qui nous ont guidé pour admettre l'utilisation d'une terminologie nouvelle pouvant sembler obscure à des auditeurs non prévenus.

Lors du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris, nous avons proposé devant la 4<sup>e</sup> Section, au cours de l'argumentation présentée par nous sur le rapport de la Commission de Terminologie, une terminologie personnelle, concernant la Pyorrhée alvéolaire. La commission de la F. D. I. et la 4<sup>e</sup> section ont adopté la terminologie proposée par Weski, de Berlin.

Aujourd'hui, pour des raisons d'unification et de conciliation, nous nous rangeons à l'avis du promoteur de cette terminologie, et nous admettons volontiers le terme proposé par lui et accepté par ces différentes commissions.

Le terme *Paradentose*, tel que l'a défini O. Weski, au cours de ses exposés publics et de nos entretiens personnels, doit être admis comme terme générique des affections du paradentium dont il indique l'état de souffrance au même titre que cardiopathie, arthropathie, etc... Paradentose englobe donc toutes les affections du paradentium, Weski a naturellement proposé en même temps une terminologie complémentaire qui fixe les particularités, le type prédominant de l'affection.

Nous ne nous étendrons pas sur la totalité de cette terminologie, l'examen de cette question devant faire l'objet d'une communication à la Semaine Odontologique.

Disons simplement qu'une entente complète n'est pas encore réalisée entre nous et son auteur, néanmoins la plupart de ces termes peuvent être adoptés sans discussion, tel le terme de Paradentose atrophique horizontale sénile précoce, affection devant faire l'objet de la présente communication.

#### PARADENTOSE ATROPHIQUE HORIZONTALE SÉNILE PRÉCOCE

Si la terminologie est explicite, le diagnostic de l'affection est bien moins déchiffrable, comme nous allons pouvoir nous en rendre compte. En effet, la précocité est difficile à déterminer pour un état qui devient, avec l'âge, fatal chez tous les individus.

Pour éclairer notre exposé et définir exactement l'état pathologique qui nous intéresse nous avons préparé un petit film explicatif : images radiographiques de patients ayant la bouche saine, exempte de toute affection gingivale et d'âge différent. On peut suivre sur ce film l'évolution de l'atrophie alvéolaire physiologique que l'on décèle chez tous les hommes, comme chez les animaux d'ailleurs. Nous avons déjà présenté une série de documents dans notre rapport au Congrès International concernant cet état de raréfaction. Nous nous excusons d'insister sur ce point, mais il est absolument indispensable qu'il soit exposé à nouveau pour bien comprendre la difficulté du diagnostic différentiel de deux états peut-être semblables dans leurs manifestations extérieures, mais différents dans leurs causes.

#### PÉRIODONTOLYSE

IMAGES RADIOGRAPHIQUES DES ALVÉOLES AUX DIFFÉRENTES PÉRIODES DE LA VIE (*sujets normaux*).

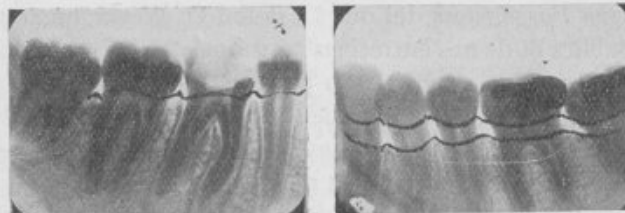


Fig. 1. Sujet âgé de 20 ans. Fig. 2. Sujet âgé de 35 ans.

Nous avons vu défiler devant nous quelques images radiographiques prises aux différentes périodes de la vie chez des sujets n'ayant

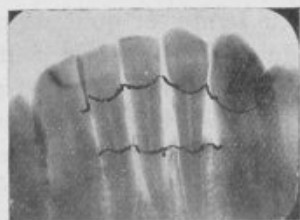


Fig. 3. Sujet âgé de 66 ans.

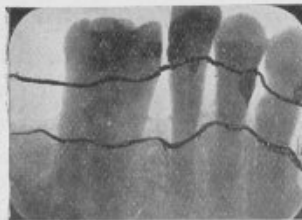


Fig. 4. Sujet âgé de 74 ans.

pas eu de Parodontose de quelque type que ce soit, ni de gingivite (Fig. 1, 2, 3, 4.)

Si concurremment à ces images nous avons projeté des cas pathologiques se rapportant à la même classe, en tant que lésion, nous aurions constaté une identité parfaitement objective, seul l'âge du patient aurait pu départager ce qui revient au processus physiologique, et ce qui revient au processus pathologique.

Dans ces radiographies aucun cas pathologique, donc pas de Parodontose, une simple alvéolyse physiologique, une périodontolyse normale.

### PARADENTOSE

IMAGES RADIOGRAPHIQUES DE PARADENTOSE ATROPHIQUE  
HORIZONTALE SÉNILE PRÉCOCE (*cas pathologiques vu l'âge des patients*).

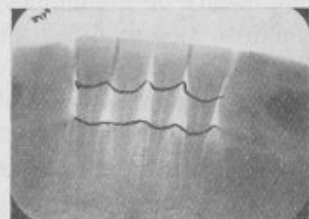


Fig. 5. Sujet âgé de 22 ans.

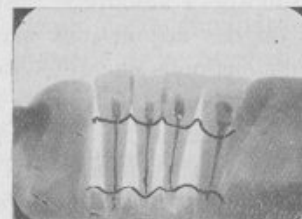


Fig. 6. Sujet âgé de 25 ans.

Ces deux images montrent une sénilité véritablement précoce puisque les patients ont respectivement 20 ans et 25 ans. On y voit exactement et sans différenciation possible la même absence d'alvéole autour des dents que sur les radiographies précédentes provenant de patients âgés. Le seul signe distinctif réside dans la différence d'âge des patients. Il y a donc là, nettement inscrite, une tare pathologique,



puisqu'un état fatal est avancé dans le temps, et qu'il est provoqué par une rupture de l'équilibre vital du patient que l'on peut définir. Par contre, il est évident que le diagnostic de précocité n'est pas aussi facile à déterminer que l'on pourrait le penser, à moins de n'admettre comme seuls ressortissants à cette affection précoce que des sujets jeunes n'ayant pas dépassé 25 à 30 ans au maximum. Passé cet âge la résorption physiologique devenant sensible, ne donnerait plus une image exacte d'un état attribué à la précocité seule, c'est-à-dire à l'état pathologique.

Ayant ainsi déterminé les bases de la Paradentose atrophique horizontale précoce, nous allons aborder le mécanisme proprement dit de l'affection.

Dans tous nos écrits concernant l'étiologie des affections du Paradentium, nous avons signalé l'action du système glandulaire, dans le déclenchement ou l'évolution de ces affections.

Parlant de cette sénilité précoce des bords alvéolaires, nous disions déjà en 1930 : « Y a-t-il des modifications colloïdales susceptibles d'être provoquées par une hyper ou une hypo-synergie fonctionnelle du système endocrinien, modifications capables de déterminer une influence sur l'organisation colloïdale de l'os, influence se traduisant par une activité cellulaire dans le sens de l'ossification, ou dans le sens de la lyse osseuse, c'est-à-dire au retour au conjonctif pur ? Cela est probable, cela est même certain. Or, des expériences récentes prouvent que l'on modifie à volonté le système osseux de grenouilles, par des ablations ou des adjonctions glandulaires. Ces modifications colloïdales — disions-nous encore — sont, à leur tour, capables de déterminer les changements profonds que l'on constate dans les scléroses séniles. Doit-on admettre la réversibilité des phénomènes colloïdaux qui président à la formation de l'os comme le fait direct de l'action à distance des substances d'élaboration endocrinienne ? C'est probable. Témoin les ostéoporoses séniles précoces, et les ostéolyses articulaires observées après ovariectomie totale. Le métabolisme du calcium dans ces états se trouve profondément influencé par le fait même de la castration. »

Nous avons ici-même incriminé le foie comme responsable, et comme facteur prépondérant dans l'évolution des affections à caractère d'instabilité humorale, parmi lesquelles il nous faut comprendre les anciennes pyorrhées vraies, et y ajouter aujourd'hui encore celle qui nous occupe. N'avons-nous pas dit, il y a quelques années, que tous les pyor-

rhéiques étaient des hépatiques. Cette affirmation nous valut même les critiques de certains de nos auditeurs. Eh bien, aujourd'hui, nous vous apportons à nouveau cette affirmation, et avec celle-ci quelques preuves à l'appui.

Au cours d'une expérimentation de plusieurs années, nous pratiquions systématiquement l'analyse d'urine chez la plupart de nos malades d'hôpital et de clientèle lorsque cela nous était possible. Presque toujours dans ces urines nous constatons la présence de toxines dues à la stase intestinale, et souvent une élévation anormale du taux des minéraux excrétés.

Nous avons remarqué que ces minéraux étaient toujours augmentés dans les processus actifs à marche rapide, constatés dans les cas intéressants des sujets particulièrement jeunes, chez qui évoluait ce que nous dénommions auparavant « pyorrhée sèche sénile précoce ». C'est cette classe qu'il nous faut actuellement rattacher à la dénomination nouvelle sous le terme de Paradentose atrophique horizontale sénile précoce.

Cette déminéralisation ainsi dénommée par les chimistes, ne se constate que chez les *sujets jeunes* présentant de l'atrophie alvéolaire horizontale. Chez les pyorrhéiques à suppuration, nous ne l'avons que rarement constatée, et à des taux bien moindres.

Elargissant ces derniers temps le champ de nos recherches, nous fûmes amené à identifier dans ces urines une forte proportion de calcium, dosé sous forme d'oxalate de calcium. Cette élimination calcique anormale attira notre attention et une série de recherches furent entreprises pour en déterminer les causes.

Nous savons que les multiples substances minérales contenues dans le sang y sont à des taux presque immuables, et qu'elles ne subissent que des variations infinitésimales ; le calcium, entre autres, subit donc cette règle, et sa concentration moléculaire dans le sérum est presque invariable.

Nous savons, d'autre part, que le squelette constitue, indépendamment de son rôle de soutien, une réserve de calcium dans laquelle l'organisme, en état de carence calcique, puise pour maintenir fixe le taux du calcium sanguin ; ceci dans le cas où l'apport normal et habituel de Ca, ne se fait plus régulièrement ou suffisamment par le jeu normal du métabolisme calcique. Ce métabolisme peut être troublé par défaut d'apport dans l'alimentation, ce qui dans la vie normale de nos sujets ne se rencontrait pas, puisque chez tous l'alimentation était

aussi variée que possible et contenait tout ce qui est nécessaire à l'entretien normal de la vie. Il y avait donc là une anomalie concernant l'assimilation du Ca.

D'autre part, ces jeunes patients avaient tous des antécédents indirects ou directs concernant leur état hépatique, et la thérapeutique généralement instituée et consistant en Vitamine D, sous forme d'ergostérine irradiée, améliorait ces états et très souvent les stabilisait.

Munis de ces renseignements cliniques, notre attention fut attirée par les expériences des chercheurs s'intéressant au rôle de la sécrétion biliaire dans l'organisme.

Déjà les travaux de Leriche et Policard sur la physiologie de l'os nous avaient été d'un précieux enseignement, puis les travaux publiés ces dernières années, tant dans la littérature française qu'étrangère, sur les fistules biliaires et leur rapport avec l'ostéoporose.

Tous les chercheurs qui ont pratiqué des fistules biliaires dérivant totalement la bile au dehors ont constaté au bout d'un certain temps que les animaux mis en expérience présentaient de l'ostéomalacie poreuse, c'est-à-dire une décharge progressive des sels de calcium contenus dans le squelette qui devenait mou.

Dieterich observait de même chez ces animaux une hypertrophie des parathyroïdes, mais sans lui attribuer de rôle dans la perte du calcium osseux. De nombreux auteurs, dont le premier Mandl, ont constaté qu'après ablation du tumeur parathyroïdiennes, l'affection ostéomalacique dont ces malades étaient affligés guérissait. Plus près de nous, M. Labbé-Escalier et J. Besançon, E. May et G. A. Lièvre signalent la guérison de lésions décalcifiantes du squelette, après ablation d'un adénome de la parathyroïde. G. Loewy en une série de recherches magistrales a mis en lumière pour la première fois la valeur de l'hypertrophie des parathyroïdes dans l'évolution du ramollissement osseux, il a de plus le grand mérite d'avoir émis l'hypothèse la plus plausible concernant l'étiologie de ces affections osseuses.

Cet auteur, dosant les sels de Ca contenus dans la bile excrétée au dehors par fistules expérimentales, trouve que celle-ci contient entre 10 et 19 milligr. de Ca pour cent et 20 milligr. en moyenne sur une expérience ayant duré 15 mois au total pour 67 litres 1/2 de bile, 13 gr. 50 de Ca ; il constate que cette quantité est inférieure à la perte de Ca subie par le squelette des animaux en expérience.

Pour les auteurs allemands (Muller), la déficience de la bile dans l'intestin entrave la digestion des graisses. Ces graisses ingérées et lais-



sées libres seraient éliminées sous forme de savons calcaires. Le Ca de ces savons serait fourni par l'alimentation au détriment de l'organisme.

Pour d'autres auteurs, le manque de sécrétion biliaire entraînerait le manque d'assimilation des graisses contenant la Vitamine D qui favorise l'absorption du Ca alimentaire, carence entraînant le trouble du métabolisme calcique sanguin.

Il est probable, comme l'indique Loewy, que le manque de sécrétion biliaire, agissant directement sur la concentration ionique du Ca dans le sang, ou agissant indirectement sur l'absorption du Ca alimentaire, entraîne le déséquilibre ionique que l'on constate dans le sang de ces sujets.

D'autre part, les expériences de Loeb, en 1901, ont montré que l'ion potassium est contenu dans le sang à une concentration fixe, et qu'il possède la propriété d'être un excitant cellulaire tandis que l'ion calcium est un inhibiteur de la croissance cellulaire : « Ces deux substances existent dans le sang à un taux constant qui n'est susceptible de variations que dans des limites très étroites, on conçoit ainsi que la diminution de l'ion Ca ne lui permette plus de neutraliser l'ion K, et son effet sur la croissance cellulaire. Ces notions étant données, les phénomènes se succéderaient dans l'ordre suivant : la déperdition de bile entraîne une perte du Ca moléculaire, qui produit à son tour un abaissement du seuil du calcium ionique dans le sérum. Cette diminution de l'ion Ca, modérateur de la croissance cellulaire, détermine un déséquilibre ionique du sérum » (*loc. cit.* G. Loewy, *Presse Médicale*).

Les parathyroïdes seraient pour Loewy les plus sensibles à ce déséquilibre ionique du Ca et permettraient le développement hyperplasique des parathyroïdes.

On sait, d'autre part, que la sécrétion de ces parathyroïdes hypertrophiées équivaut à une injection expérimentale d'hormone parathyroïdienne, injection qui mobilise le calcium en réserve dans les épiphyses des os, sans l'intervention des ostéoclastes, donnant ainsi l'image parfaite de la lyse osseuse.

L'étiologie des atrophies alvéolaires horizontales précoces peut être reliée au déséquilibre du métabolisme calcique, la stabilisation de ces états par l'absorption de Vitamine D ou d'Ergostérine irradiée, jointe au lactate de calcium, permet d'identifier ces états aux troubles de ce même métabolisme, provoqués par arrêt de la sécrétion biliaire que l'on neutralise de même par la Vitamine D ou l'Ergostérine irradiée.

Les alvéoles étant des organes à durée limitée, leur structure aérolaire lâche, leur vascularisation intense permet la mobilisation rapide du Ca, qui infiltre la trame conjonctive. Dans les troubles hépatiques à sécrétion biliaire modifiée que l'on constate chez les porteurs de Paradentose atrophique, le processus est, certes, moins intense et moins brutal que dans les cas expérimentaux, mais il n'en est pas moins comparable.

D'autre part, les signes d'hyperparatyroïdie qui accompagnent la fonte alvéolaire sont typiques, extrémités froides et cyanosées, squelette petit, troubles circulatoires, nervosité, épaissement localisé du derme, hypercalciurie, métabolisme basal augmenté.

En résumé, on peut admettre que les sujets jeunes, seuls susceptibles d'être atteints de Paradentose atrophique sénile précoce, peuvent être classés comme étant des hépatiques à dysfonction endocrinienne, hyperparatyroïdique par carence calcique. La thérapeutique de ces états peut être réalisée par le traitement de l'affection hépatique, puis par l'administration de Vitamine D, sous forme d'ergostérine irradiée et de lactate de chaux, accompagnée de rayons violets généralisés.

La succession des phénomènes se déroulerait de la façon suivante dans les Paradentoses atrophiques séniles précoces.

La sécrétion biliaire modifiée dans ses constantes qualitatives et quantitatives par un hépatisme aigu ou latent, ne se déversant plus dans l'intestin, les graisses, incomplètement dégradées par la bile, ne libérant plus la vitamine D incluse, le calcium provenant de l'apport alimentaire ne serait plus absorbé, mais excrété. Le taux du calcium sanguin diminuant, le potassium excitant cellulaire provoquerait la prolifération et l'hypersecretion de l'hormone paratyroïde qui mobiliserait le Calcium des os spongieux d'abord pour maintenir constant le taux du calcium sanguin.

#### BIBLIOGRAPHIE :

- LERICHE et POLICARD. — La physiologie de l'os.  
G. LÉWY. — Dérivation totale de la bile hors du tube digestif. Hypertrophie des parathyroïdes et ostéomalacie (*Presse Médicale*).  
DENIGES. — Chimie Biologique.  
MESTREZAT. — Techniques courantes de Chimie Clinique.  
Ch. HULIN. — Rapport au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International (Paris) : La Lésion initiale de la Pyorrhée.

---

Dans notre rapport du Congrès de Paris une coquille nous fit dire *hypotyroïdie*, c'est HYPER qu'il fallait lire.

## POUR UNE SÉLECTION DE NOS SUBSTANCES D'OBTURATION

Par Fernand BROCHIER

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1<sup>er</sup> mars 1932)

L'obturation des caries étant considérée comme l'intervention par excellence du dentiste praticien, on peut soutenir que les obturations faites avec des matières plastiques l'emportent numériquement sur les autres types de reconstitution.

Il se fait chaque jour, à travers le monde, une quantité considérable d'obturations d'amalgames et de ciments divers. Aussi, un grand nombre d'auteurs se sont-ils attachés à résoudre le mieux possible les trois problèmes que pose cette intervention :

- 1<sup>o</sup> Préparation de la cavité ;
- 2<sup>o</sup> Choix de la matière d'obturation ;
- 3<sup>o</sup> Préparation et mise en place de l'obturation.

C'est sans doute la technique de la préparation des cavités qui a été poussée à la plus grande perfection. Il suffit de citer le nom de Johnson pour rappeler au souvenir de tous les grandes lois qui sont la base même de l'enseignement moderne.

Les deux problèmes suivants : choix de la matière d'obturation, sa préparation, sa mise en place, n'ont malheureusement pas été résolus d'une manière aussi satisfaisante. En fait, ces deux problèmes sont inséparables : le choix de la matière déterminant sa préparation et la mise en place pouvant conditionner le choix.

### UNE NOUVELLE CLASSIFICATION QUI S'IMPOSE : LA MARQUE

Comment choisissons-nous actuellement nos obturations ? Mais entendons-nous bien, la question n'est pas ici de savoir s'il faut choisir comme matière obturatrice un amalgame, un ciment au silicate ou tout autre. Le praticien qui exécute l'obturation, qui connaît les règles générales de leur utilisation, est mieux qualifié que personne pour adopter telle ou telle, en considérant les facteurs particuliers à chaque cas : éléments fonctionnels, esthétiques, psychologiques, pécuniaires, etc...

Tout autre est le problème que j'ai essayé de résoudre. C'est celui-ci :



Etant donné qu'un amalgame est décidé pour telle reconstitution, quel amalgame choisirai-je ?

Je veux faire ici une obturation de ciment au silicate, quel ciment doit-je utiliser ?

Quelle *marque* de ciment ou d'amalgame vais-je employer ?

On touche là évidemment à un problème délicat, mais le temps n'est plus où le dentiste faisait lui-même ses amalgames en limant un alliage de sa façon.

On achète aujourd'hui des produits manufacturés d'origine connue ou inconnue, à des prix variables, et dont la formule n'est pas toujours connue.

Dès lors, le dentiste prépare une cavité consciencieusement, respecte dans sa technique des règles physiologiques, mécaniques, etc., et se fie aveuglément pour le résultat définitif en la valeur d'un produit d'obturation auquel il livre l'avenir de la dent.

Cela ne vaut-il pas que l'on y réfléchisse ?

Pourquoi le dentiste a-t-il choisi dans les produits similaires cette marque plutôt qu'une autre ? Quels éléments d'appréciation ont pu guider son choix ?

#### ÉLÉMENTS ACTUELS D'APPRÉCIATION POUR LE CHOIX D'UNE MARQUE DE SUBSTANCE D'OBTURATION

*La publicité.* — Reine moderne, puissance tyrannique, renommée aux cent trompettes qui jouent juste et faux avec une égale assurance, on ne peut pas nier l'influence de la publicité. Elle a de bons côtés. Son rôle éducatif est immense, et les grandes maisons qui ont compris ce rôle, l'utilisent généralement au mieux des intérêts de la profession, portant partout, même chez les plus éloignés, les techniques nouvelles, les conceptions modernes, et cela en un texte limpide, intelligemment présenté, largement illustré, et il faut bien le dire, dont la lecture est plus attachante que celle de la plupart des traités.

Mais cette puissance même porte en elle un poison léthargique. « Ne cherchez plus, dit la Publicité, voilà ce qu'il y a de mieux ! » Eh bien, il ne faut pas se laisser endormir. Il ne faut pas que la maison ayant le plus gros budget de publicité et dont les affirmations sont pour le moins partiales, l'emporte forcément. Je sais bien que la publicité appuie une marque et que les détenteurs de cette marque, qui peut représenter une fortune, ont à la défendre, que cela les oblige à un minimum de sincérité. Mais de nouvelles réalisations, meilleures,

peuvent sortir d'un petit laboratoire qui débute, sans grands moyens financiers. Il ne faut pas que les grands ténors puissent étouffer son faible appel.

Le meilleur doit passer, et non pas celui qui crie le plus fort.

La Publicité dans ce sens peut induire le praticien en erreur, non pas seulement par des expériences tronquées ou des affirmations gratuites, mais par sa seule masse, par obstruction voulue du champ de documentation.

*L'expérience.* — Ce n'est pas la première fois que je soutiens que ce qu'on appelle l'expérience, n'est souvent pas autre chose qu'une routine à laquelle on attache une fausse barbe de père noble. Celui qui a l'expérience d'un produit, a du moins l'avantage d'en utiliser les qualités au maximum. Mais ce maximum peut être inférieur à ce que ce nouveau produit pourrait donner si on voulait bien l'essayer.

Les conseils « du confrère-qui-a-tout-essayé » sont passibles de la même critique, à moins de reconnaître à celui-ci une universalité de connaissances qui ne se peut rencontrer qu'assez rarement.

*Les indications du fournisseur ou du représentant.* — Ils ne sont pas à négliger, l'un et l'autre entendent de nombreux sons de cloche et, centralisant les opinions émises, peuvent fournir la dominante. Malheureusement, tous ne sont pas assez intelligents pour placer l'intérêt de leur client, le dentiste, sur le même plan que le leur propre — et certains peuvent prôner telle marque plutôt que telle autre, uniquement parce que la première leur laisse un bénéfice plus important, ou parce que le stock des produits de cette marque se feutre de toiles d'araignées.

*Prix.* — La différence des prix d'un produit à l'autre est quelquefois assez considérable en soi ; répartie sur le nombre des interventions que l'on peut réaliser avec une portion, elle devient de peu d'importance. Elle pourrait même être négligée si le supplément qu'elle impose correspondait à une supériorité réelle.

*Facilité de manipulation.* — Hormis les cas exceptionnels, le fait qu'un produit est délicat à employer ne doit pas en faire proscrire l'usage. Le travail doit être avant tout considéré en vue du résultat, plus que sous l'angle de sa facilité de réalisation. La facilité de manipulation d'un produit est une qualité précieuse, mais insuffisante pour fixer un choix.

Je ne parle pas de la présentation, des facilités d'approvisionnement des achats par complaisance, etc., qui, bien qu'à retenir, allongeraient exagérément cet exposé.

Je crois avoir suffisamment montré que les raisons habituelles du choix que nous faisons en achetant telle marque, plutôt que telle autre, ne reposent pas sur des éléments offrant toute sécurité. Parlons franc, nous achetons au petit bonheur, et les plus scrupuleux achètent le plus cher espérant acheter le meilleur.

#### ESSAIS SUR LES CIMENTS AU SILICATE

Ces réflexions m'ont conduit, en 1928, à tenter une classification de la valeur réelle des différents produits qui nous sont offerts par les fournisseurs.

C'est alors qu'un article de notre confrère M. Hédou (1) me fit connaître une thèse publiée par M<sup>lle</sup> Blanche Dubois, intitulée : « Contribution à l'étude des ciments dentaires » (2).

Cette thèse, d'ailleurs extrêmement intéressante, ne m'apportait pas ce que je cherchais car si, par elle, je connus la composition exacte des ciments depuis le nommé « A » jusqu'au nommé « R », je n'en pus jamais obtenir la clé, et la partie la plus étudiée de ce travail visait surtout à dépister l'origine de la causticité des ciments au silicate vis-à-vis de la pulpe.

J'entrepris donc des essais concernant le degré de résistance mécanique et chimique de différentes marques de ciments au silicate.

M'étant placé dans les meilleures conditions compatibles avec mes moyens, j'abandonnais après plus de quatre-vingts expériences, découragé devant l'inconstance des résultats, — inconstance due à un facteur personnel non mesurable qui faisait de deux prismes, qui eussent dû être frères, deux étrangers quant aux propriétés que j'attendais d'eux.

Je repris l'année suivante les mêmes expériences avec des amalgames cette fois, pensant éliminer plus facilement les causes d'erreur premières : facteur personnel, composition de la salive, température.

---

(1) *Semaine Dentaire*, 22 avril 1928 : Etude critique sur quelques produits dits « Ciments » utilisés en Art Dentaire.

(2) *Thèse de Pharmacie*, Paris, 1926.



## ESSAIS SUR LES AMALGAMES

Je rencontrai la même difficulté : inconstance des résultats.

Deux amalgames de même marque, préparés séparément dans des conditions aussi semblables que possible, donnaient au ban d'essai des résultats différents, le facteur personnel jouait de nouveau. Les différences de résultat provenaient de différences de manipulation. Je préparais bien certains amalgames et mal certains autres.

Entre temps, et presque coup sur coup, j'eus connaissance de deux articles : l'un du *Dental Magazine and Oral Topics*, de Arnold J. Rothen (3), l'autre de la *Revue Odontologique*, de MM. Lebrun, Sudaka et Rolland (4).

Le premier de ces travaux est un plaidoyer publicitaire inspiré par une grande Société qui fabrique de l'amalgame ; le second est un travail purement désintéressé — les deux sont de la plus haute tenue scientifique et font le plus grand honneur à leurs auteurs.

Voulez-vous me permettre, faisant diversion à l'objet essentiel de ce travail, de condenser l'enseignement de ces deux articles, de manière à préciser les règles de l'emploi des amalgames en général.

Nous reviendrons plus tard aux éléments de choix parmi les différentes marques d'amalgames.

## GÉNÉRALITÉS SUR LE MODE D'EMPLOI DES AMALGAMES

Avant tout, il est indispensable de suivre les indications du fabricant. Chaque matière nécessite une technique à elle, que le fabricant connaît bien et qu'il a intérêt à répandre, afin de mettre en valeur au maximum les qualités de son produit.

Si le fabricant ne donne aucun mode d'emploi, rejetez le produit. C'est que, ou bien le fabricant ne l'a pas suffisamment étudié (peut-être l'a-t-il copié et pas bien), ou bien il s' imagine que son produit est bon, quelle que soit la technique d'emploi, et cela seul montre qu'il n'y connaît rien.

Mais il y a, en dépit de cette individualité de chaque amalgame, des règles générales. Retenons les suivantes :

---

(3) Arnold J. Rothen, *Dental Magazine and Oral Topics*, n° 7, juillet 1931.

(4) M. Lebrun, R. Sudaka et Dr Rolland : De la préparation pratique des amalgames dentaires (*Revue Odontologique*, n° 5, mai 1930).

Il ne faut pas :

1° Triturer l'amalgame dans la main. — Cette technique malpropre incorpore à l'amalgame des cellules desquamées, des sécrétions sébacées, et expose au surplus celui qui s'y livre à certaines intoxications mercurielles (5).

2° Accepter l'amalgame présenté en trop gros copeaux (3, 4). A. J. Rothen montre que, tandis qu'un amalgame fin s'est dilaté de 1  $\mu$  par cm. en 24 heures, un amalgame grossièrement limé se dilate de 6  $\mu$ , par cm. en 24 heures, parce que l'amalgamation s'est mal faite.

3° Triturer l'amalgame dans le mercure à la va-vite. Une mauvaise amalgamation en résulte, d'où expansion de la masse.

4° Triturer plus que nécessaire. L'amalgame trituré trop longtemps se rétracte en cristallisant (3).

5° Exprimer l'excès de mercure avant l'obtention d'une homogénéité suffisante de la masse. Cela revient à ne pas mettre suffisamment de mercure. A. J. Rothen, avec le même amalgame, obtient, en 24 heures et dans les mêmes conditions, 1  $\mu$ /cm. de *dilatation*, avec un alliage composé de cinq parties de poudre et neuf de mercure, et 6  $\mu$ /cm. de *rétraction* avec un alliage cinq parties de poudre pour sept de mercure.

6° Ramollir un alliage déjà dur par adjonction de mercure (4).

7° Utiliser un alliage trop sec ou un alliage trop mou.

Au contraire, il faut :

1° Admettre un léger excès de mercure, assurant l'amalgamation de toutes les parcelles de poudre et facilitant la mise en place de l'obturation ;

2° Mettre rapidement en place et par gros morceaux l'alliage dès qu'il est prêt ;

3° Fouler et comprimer fortement l'alliage dans la cavité pour exprimer *in situ* l'excès de mercure et réduire au minimum le film de mercure qui entoure chaque parcelle de métal amalgamé.

Ces considérations générales s'appliquant à tous les amalgames, revenons maintenant aux différents produits qui nous sont offerts.

A. J. Rothen, dont toutes les expériences ont été poursuivies dans un milieu à 37°, montre des amalgames s'affaissant considérablement

---

(5) Dr Fenchel : La question des amalgames (*La Presse Dentaire*, 1929).

sous une pression de 250 kg. par  $\text{cm}^2$  pendant vingt-quatre heures, alors que d'autres résistent victorieusement.

Il y a donc de bons amalgames et de moins bons.

L'American Bureau of Standard, qui essaya 26 marques d'amalgame, en trouva tout juste 6 qui purent satisfaire aux conditions suivantes, considérées comme indispensables. Les amalgames soumis à cet examen devaient entre autres conditions :

1° Comporter une proportion judicieuse des composants de l'alliage ;

2° Ne pas s'écraser à moins de 2.500 kg. par  $\text{cm}^2$  ;

3° Ne pas se tasser de plus de 5 % sous une pression constante de 250 kg. par  $\text{cm}^2$  durant vingt-quatre heures ;

4° En vingt-quatre heures, l'alliage devait s'être dilaté de 1 à 10  $\mu$  par cm. et, à aucun moment, ne se rétracter de plus de 4  $\mu$  par cm.

Voilà ici, du moins, une tentative de classement logique, bien qu'elle me paraisse insuffisante sur bien des points.

Essayons à notre tour.

#### CONDITIONS GÉNÉRALES DE SÉLECTION

Il y a d'abord des conditions générales résultant de faits reconnus qui permettent une sélection.

On sait qu'une forte teneur d'argent est indispensable (65 % au minimum).

Il est facile d'apprécier la commodité de manipulations (trituration et mise en place), facile également de reconnaître si l'amalgame cristallise assez vite après sa mise en place.

Où cela devient plus difficile, c'est pour essayer de savoir comment va se comporter l'amalgame en face des attaques diverses qu'il va subir en bouche. D'autant plus délicat aussi qu'il faut, pour les comparer, soumettre différents amalgames préparés comme ils doivent l'être, à différentes expériences rigoureusement semblables et dans les mêmes conditions. Je crois superflu d'ajouter que je n'ai pu approcher ces conditions idéales que d'assez loin.

Considérant que des amalgames sont exposés à se casser, à s'user, à se colorer, à se dilater, à se rétracter, je me suis livré aux essais suivants sur 18 marques d'amalgame de toutes origines. J'ajoute enfin que, rendu plus modeste par de nombreux échecs, je n'ai pas la prétention d'établir un critérium d'appréciation, mais seulement



un classement comparatif de différents échantillons manipulés dans les mêmes conditions. C'est la raison pour laquelle les prismes d'essai ont des dimensions assez restreintes ne comportant pas toujours des chiffres ronds. Les dimensions utilisées m'ont été imposées par la modicité de mon appareillage.

#### ESSAIS DE RÉSISTANCE A LA CASSURE

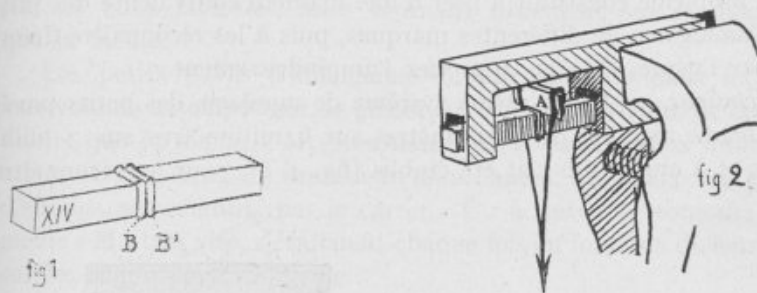
J'ai été surpris de constater que ni l'« American Bureau of Standard », ni A. J. Rothen n'avaient soupçonné l'amalgame de pouvoir se casser. L'amalgame est cependant, à défaut de l'inlay, l'obturation par excellence des reconstitutions d'angle de molaires, et sa plus ou moins grande fragilité doit déterminer l'importance des queues d'aronde de la rétention. Or, une queue d'aronde ne se taille pas selon la seule fantaisie de chacun — on a souvent d'excellentes raisons d'être économe de tissu dentinaire.

*Technique.* — A l'aide d'un dispositif de moulage en plusieurs parties, j'ai obtenu des boîtes en stents, rigides et semblables entre elles. Dans chacune de ces boîtes, était foulé un amalgame comme on le fait en bouche et avec les mêmes outils. Tout de suite, le tout était immergé dans de l'eau (je me suis cru autorisé à utiliser de l'eau au lieu de salive, comme je l'avais fait pour mes expériences sur les ciments porcelaines, parce que la cristallisation des amalgames est beaucoup moins influencée par le milieu salivaire que ne l'est la cristallisation des ciments).

Après un temps déterminé, le même pour tous les amalgames d'une même série, le moule de stents était enlevé et libérait des prismes tous semblables, mais repérés (fig. 1) qui étaient portés au ban d'essai (fig. 2). Ces prismes mesurant 3 millimètres sur 3 millimètres sur 20 millimètres reposaient par leurs deux extrémités sur une platine d'acier et au centre, non soutenu, était placé, le couteau « A » sur lequel portait l'effort déterminant la cassure. Pour être sûr d'appliquer l'effort au même point du prisme, ceux-ci sortaient de leur moule avec deux cannelures (« BB' »), issues toutes deux du modèle initial. C'est entre ces deux cannelures que se trouvait la ligne d'application des forces.

Un système équilibré permettait d'accrocher à la lame « A » un seau dans lequel était versé de l'eau jusqu'à la rupture du pont cons-

titué par le prisme d'amalgame. L'eau était alors pesée et l'on passait à un autre prisme.



J'ai ainsi brisé des séries de prismes après un durcissement de vingt-quatre heures, de trois jours, de huit jours. La moyenne des poids

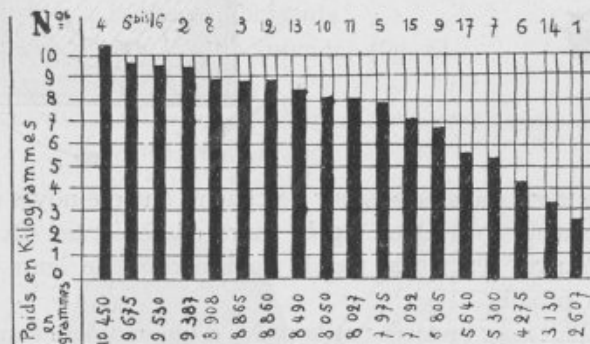


FIG. 3. — Poids nécessaires à la fracture des prismes.

nécessaires à la fracture des amalgames de différentes marques est indiquée par le schéma ci-dessus (fig. 3).

Il y a, comme on peut le constater, même hormis 1 et 14 qui sont des amalgames de cuivre, des différences du simple au double entre des prismes semblables préparés avec le même soin, mais de marques différentes.

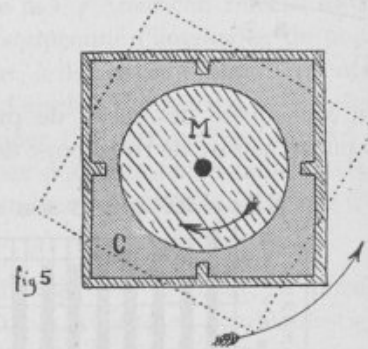
#### ESSAIS DE RÉSISTANCE A L'USURE

Comme pour la cassure, ni l'« American Bureau of Standard », ni A. J. Rothen ne semblent avoir songé qu'un amalgame s'use. Vous avez pourtant vu comme moi, en bouche, des amalgames reconstituant des angles dont l'adhérence aux bords de la cavité était cor-

recte (ce qui éloigne l'idée d'un affaissement) et dont cependant la forme était abattue par l'usure.

Ce problème consistait à user d'une manière équivalente des prismes d'amalgame de différentes marques, puis à les reconnaître déformés par l'usure, et à en apprécier l'amoindrissement.

*Technique.* — Par le même système de moulage, des petits pavés d'amalgame réguliers de 6 millimètres sur 6 millimètres sur 3 millimètres et à angles vifs ont été établis (fig. 4) et, pour les reconnaître



après déformation, dans l'épaisseur de chacun ont été noyés deux fils de soie de couleurs variables. Après usure et pesée, les fils de soie, intacts au centre, révélaient par la combinaison de leurs couleurs l'identité du produit.

Mais il fallait user tous ces petits pavés d'une manière équivalente. Je pensai que le mieux était de les frotter les uns contre les autres par trépidation en interposant une poudre corrodante. Je les enfermai donc dans une petite boîte en bois dans laquelle j'ajoutai un peu de sable et, pour les agiter assez durement, je fixai solidement la boîte sur l'essieu avant de ma voiture près d'une roue, puis je partis dans le Nord faire mon circuit des routes pavées...

Au bout de 200 kilomètres, aucun changement notable ; après 400 kilomètres, pas davantage, — mais moi, j'en avais assez des pavés ! Je laissai donc, d'une manière habituelle, la petite boîte contenant les amalgames et le sable (que je renouvelais) près de la roue avant gauche.

Après de nombreux contrôles, j'abandonnai après 4.000 kilomètres — les différences de poids étant insuffisantes à assurer un classement.

Il fallait donc trouver autre chose.



Autour d'une grande meule de corindon M (fig. 5), j'établis un carter « C » de forme carrée avec des redans emboîtant la meule « M » sur ses faces latérales, mais tournant librement sur le même axe que la meule.

Les petits pavés d'amalgames furent enfermés dans le carter, leur volume les empêchait de glisser sur les faces latérales de la meule, tandis que la meule « M » tournait très vivement dans un sens, le carter « C » tournait, lui, lentement dans l'autre. Ainsi les petits prismes d'amalgames conduits par le carter « C » à retomber toujours sur la meule « M » très vite, s'éraflaient chaque fois en fonction de leur masse sur les rugosités de la meule.

Cette opération ayant duré deux heures (j'allais écrire « n'ayant duré *que* deux heures » en songeant à mes 4.000 kilomètres) il est vraisemblable que chaque prisme s'est heurté un nombre à peu près semblable de fois à la meule abrasante.

Les résultats ont été les suivants (fig. 6) :

POURCENTAGE D'USURE EN POIDS DES AMALGAMES SUIVANTS :

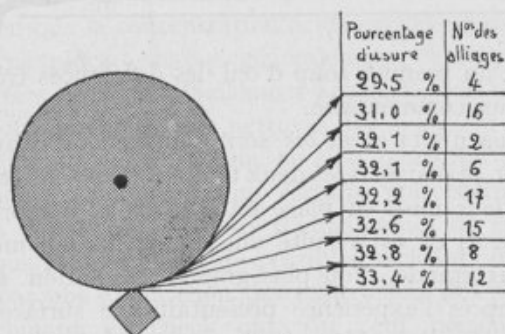


fig 6

*Des amalgames correctement préparés s'usent peu et à peu près de manière équivalente.*

#### ESSAIS DE DÉCOLORATION ET DE DÉSINTÉGRATION PAR LES ACIDES

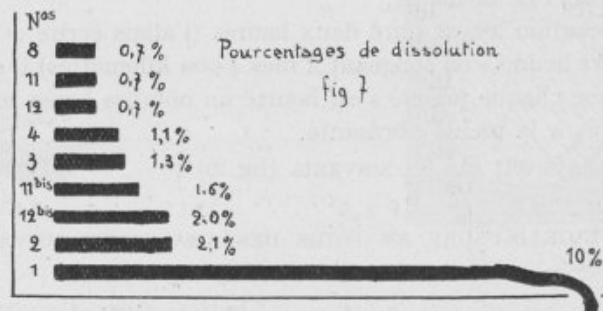
Parti du principe que les acides les plus couramment rencontrés dans la bouche et qui sont susceptibles d'altérer les obturations mal nettoyées, sont l'acide lactique et l'acide butyrique, j'en ai établi

une solution très fortement concentrée dans un liquide isotonique. La formule était la suivante :

Solution de Ringer Look .....	100 gr.
Acide lactique .....	50 gr.
Acide butyrique .....	2 gr. 5

*Technique.* — Dans 9 petits godets de verre hermétiquement clos et contenant environ 15 cm<sup>3</sup> de solution, 9 échantillons d'amalgames préparés dans des conditions semblables furent immergés. Au bout de trois mois, le pourcentage de dissolution était le suivant (fig. 7).

POURCENTAGE DE DISSOLUTION



On voit déjà au premier coup d'œil des différences très appréciables. Cela vaut un commentaire.

Les amalgames nos 11 et 11 bis sont de même fabrication, pareillement pour 12 et 12 bis; mais les deux témoins « bis » ont été fortement exprimés *avant* leur mise en place dans la matrice représentant la cavité à obturer. Il en est résulté une amalgamation moins bonne, une porosité plus grande, d'où plus grande dissolution. Et même le témoin 12 bis après l'expérience présentait une surface extérieure s'entamant avec facilité, désagrégation peu pénétrante, mais qui, dans la bouche, aurait amené une rapide usure mettant à nu une partie plus résistante qui, à son tour, aurait été attaquée. Les différences de coloration des différents prismes étaient peu appréciables.

Le n° 1, lui, mérite, qu'on lui consacre quelques lignes. C'était un amalgame de cuivre. Tandis que les autres témoins se présentaient, après l'expérience, baignant dans un liquide demeuré incolore, avec tout juste au fond un dépôt blanchâtre — l'amalgame de cuivre avait coloré la solution en bleu. Bien plus, non seulement il avait perdu 10 % de son poids, mais les cinq faces du parallépipède exposées aux

acides (la 6<sup>e</sup> reposant sur le fond plat du godet) suintaient du mercure en abondance, se déformaient au toucher, perdaient par une secousse des boulettes de mercure et les réabsorbaient par contact. La 6<sup>e</sup> face présentait l'apparence normale de ce type d'obturation.

Voulant pousser l'expérience plus loin, la baguette d'amalgame fut séparée en deux. Pour un morceau, la 6<sup>e</sup> base (base d'appui du prisme) fut maintenue protégée par son contact avec le verre ; pour l'autre morceau, au contraire, cette face jusque-là garantie fut exposée au liquide acide. Six semaines après, la face demeurée protégée du contact de l'acide apparaissait presque normale (le mercure apparaissant pourtant en grattant la surface). La face protégée en premier lieu, mais exposée ensuite durant six semaines, avait perdu son aspect normal, le mercure en coulait par gouttes et glissait en masse le long du noyau du prisme quand on renversait celui-ci.

Cette constatation dépasse l'importance d'une simple diminution de volume de la masse. Il y a eu là libération de cuivre qui s'est combiné aux acides du milieu expérimental et libération de mercure métallique qui, comme le cuivre, aurait été ingéré si ce phénomène s'était développé dans la bouche.

Je sais bien que la concentration acide est sévère dans cette expérience, mais ne place-t-on pas généralement l'amalgame de cuivre dans les endroits les plus difficilement accessibles de la bouche, donc dans les endroits les moins bien nettoyés par le patient qui les porte ? Et puis le séjour de cet amalgame ne s'est poursuivi que trois mois. Cela n'explique-t-il pas cependant certains noircissements d'obturations dans la bouche de porteurs d'almalgames de cuivre ? Cela ne doit-il pas nous faire songer à de possibles accidents d'intoxication ? Ne serait-ce pas une explication des expériences des professeurs allemands Fleischmann et Dieck qui, sur cent personnes ayant de l'amalgame de cuivre en bouche, en trouvèrent huit qui présentaient du mercure dans les urines.

*Concluons : les dangers encourus par l'utilisation de l'amalgame de cuivre (ingestion de mercure, de cuivre, chauffage de l'amalgame dans le cabinet) ne semblent pas en autoriser l'emploi, d'autant que les avantages prêtés à cette matière d'obturation sont assez discutables.*

#### DILATATION. — RÉTRACTION

En l'absence d'un matériel spécial me permettant d'apprécier



des différences de quelques  $\mu$  par cm., je cite A. J. Rothen qui trouve certains alliages qui, en vingt-quatre heures :

- a) Se dilatent de 2  $\mu$  par cm. ;
- b) Se rétractent de 8  $\mu$  par cm. ;

Le Dr Rolland, au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, présentait un splendide appareil permettant de contrôler l'herméticité d'obturations faites à l'amalgame. Les manques d'étanchéité dépistés par son appareil étaient l'indice soit d'une porosité de l'alliage, soit d'une rétraction de la masse n'adaptant plus aux bords.

Et maintenant peut-on tirer un enseignement de cet exposé ? Non et oui.

#### CONCLUSION

Elle brille par son absence... Je ne peux pas conclure. Pardonnez-moi, mais j'aurais voulu pouvoir vous dire : tel amalgame de telle marque est le plus résistant à la cassure, le même ou tel autre est celui qui se rétracte le moins. Je l'aurais fait, croyez-le bien. J'ai trop de respect pour cette tribune pour apporter ici autre chose que la vérité. Je me plais à croire que l'assemblée ne m'aurait pas fait l'injure de penser à une compromission quelconque. Mais quand on veut jouer les arbitres incorruptibles, il faut apporter une vérité indiscutable, contrôlable par tous, dont chacun puisse par lui-même vérifier l'exactitude. Tel n'est malheureusement pas le cas. Alors faut-il désespérer ? Votre légitime curiosité ne doit-elle se satisfaire que de lettres et de chiffres désignant des spécialités dont je dois taire le nom, de crainte de me tromper ?

Faut-il abandonner aux fabricants le monopole de contrôle des produits que nous utilisons et dont nous portons seuls la responsabilité ?

Vous ai-je fait perdre votre temps ?

Ai-je moi-même, comme dit l'Evangile « consumé en vain l'huile d'après minuit » ?

Je ne le crois pas cependant.

#### VŒU

Parlant de la causticité des ciments au silicate, Max Kulka, de Vienne, dit, dans *L'Odontologie* (6) : « Il faudrait établir une norme et éliminer tous les produits qui ne sont pas conformes ».

---

(6) Les ciments au silicate, Max Kulka (de Vienne). *Odontologie*, du 30-9-31.

Éliminer, me paraît bien difficile, et établir une norme n'est pas commode non plus. Il y a là une idée cependant

Résumons les données du problème, il faut :

1° Un avis professionnel déterminant la nature des expériences propres à mesurer la valeur de différents produits ;

2° Un organisme indépendant possédant le matériel voulu et faisant avec toute la rigueur scientifique désirable les essais jugés utiles ;

3° Faire savoir les résultats ;

Présentée ainsi et conduite par des hommes de bonne volonté, la solution s'entrevoit. Elle pourrait être la suivante :

1° Une commission de praticiens que la question intéresse établit la nature des essais à faire subir à des produits différents. Notez en passant que la question ne se limite pas aux ciments au silicate et aux amalgames. On nous dit : tel ciment à scellement est le plus adhérent, tel ciment provisoire est le plus hermétique, telle fraise coupe le mieux, telle vulcanite est la plus élastique, etc., etc... Tout cela peut se contrôler.

2° Le laboratoire où poursuivre ces essais, mais ce sont les Arts et Métiers. Je me suis renseigné, j'y suis allé, nous serons bien accueillis. Les ressources de cette admirable Maison sont innombrables, les compétences nombreuses, son indépendance de jugement est au-dessus de tout soupçon et la participation aux frais relativement faible. Ces frais, minimes, je le répète, seraient d'ailleurs à la charge des fabricants qui soumettraient leurs produits aux essais. Oui, mais voudront-ils ?

Je l'ai demandé à ceux que j'ai eu l'occasion de rencontrer, l'un des frères de Trey, aux directeurs des Etablissements Dentoria. Ils m'ont assuré de leur participation.

3° Quant aux résultats, ils feraient l'objet d'un procès-verbal dont le bénéficiaire ferait l'usage que bon lui semble.

Quelle plus belle publicité pour le meilleur que de faire paraître l'avis suivant : « Aux essais des Arts et Métiers, le produit « X » a résisté à tant de Kgs de tel effort » !

Il y a évidemment ceux qui ne voudront pas. Il est facile alors de répondre au moment de l'achat : « Vous prétendez votre produit excellent, quelle preuve m'en donnez-vous ? Vous n'en avez pas ? Quand vous me l'apporterez, nous en reparlerons ».

C'est alors le meilleur qui passera, les autres devront s'essayer à

perfectionner leurs produits ou devront baisser leurs prix. De toute façon, le praticien trouvera là les éléments d'un choix réfléchi. Achète-t-on des bijoux en métaux précieux non contrôlés, des machines à pression non estampillées ?

Ce n'est là qu'une rapide ébauche de l'organisme dont je propose la création. J'ai établi un projet des conditions dans lesquelles pourraient se dérouler les expériences pour leur assurer toutes garanties de loyauté (1).

Personne, je pense, ne peut trouver là quoi que ce soit de vexatoire. C'est la compétition dans tout ce qu'elle a d'honorable pour quiconque s'y soumet. Comme dans le sport pur, le meilleur gagne — les autres n'ont qu'à s'entraîner plus ou mieux.

Je terminerai par la citation approximative d'une phrase de Leibnitz, qui me paraît de circonstance. Il dit « que le véritable plaisir résulte du passage d'une moins grande à une plus grande perfection. »

Rien ne saurait plus me satisfaire personnellement que d'éprouver ce plaisir par le moyen de votre collaboration.

#### PROJET DE STATUTS POUR LA COMMISSION D'ESSAIS ENVISAGÉE :

1° Les membres de la Commission ne recevraient aucune rémunération pour leur participation ;

2° Les auteurs éventuels de rapports sur les essais effectués, les auteurs de toutes communications ou travaux inspirés des essais entrepris par l'intermédiaire de la Commission, remplaceraient les noms ou les marques par des numéros sans en donner la clé (Il faut respecter l'anonymat de l'effort infructueux, mais sincère).

3° Les résultats acquis aux essais feraient l'objet d'un procès-verbal établi par les Laboratoires des Arts et Métiers — procès-verbal qui ne serait communiqué qu'à l'intéressé et dont celui-ci pourrait publier tout ou partie, ou qu'il pourrait garder secret ;

4° Les intéressés pourraient être présents durant l'exécution de toutes les expériences les concernant, mais à celles-là seulement ;

5° Le matériel à essayer serait acheté par un membre de la Commission dans un dépôt de fournitures dentaires quelconque, aux frais du fabricant (pour éviter toute substitution) ;

6° Les conditions d'expériences seraient publiées au préalable dans la presse professionnelle. Ces conditions seraient les mêmes pour tous.

---

(1) On trouvera à la fin de cet article quelques éléments des statuts qui pourraient être adoptés, revus et corrigés. Ils ne sont donnés qu'à titre d'indication pour préciser un peu le *modus operandi* envisagé.



7° Les fabricants pourraient ne soumettre leurs produits qu'à une partie des essais seulement ou demander des essais sur d'autres bases. Si ces essais spéciaux étaient acceptés pour l'un, ils pourraient être accordés aux autres dans les mêmes conditions ;

8° Ces essais seraient taxés selon un tarif établi en rapport avec la nature et le nombre des expérimentations et seraient payables par les fabricants soumettant leurs produits directement à la Commission et dès leur demande d'expérimentation (1).

---

(1) N. D. L. R. — Les confrères que cette question intéresse ou qui ont déjà poursuivi sur ce sujet des recherches personnelles et qui voudraient faire partie de cette Commission sont priés de se faire connaître et d'aviser le Bureau de la Société d'Odontologie de Paris de leur désir de participer à ces travaux.

## VIII<sup>e</sup> CONGRES DENTAIRE INTERNATIONAL

### COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES SECTIONS SCIENTIFIQUES (Suite) (1)

#### QUATORZIÈME SECTION

#### SERVICES DENTAIRES DES ARMÉES DE TERRE, DE MER ET DE L'AIR

##### *Compte rendu des travaux de la Section*

*(Communiqué par M. DUMONT, Secrétaire de la Section)*

Parmi les nombreuses sections scientifiques au sein desquelles des rapports et communications extrêmement intéressants ont été présentés et discutés, nous n'hésitons pas à placer la Section Militaire dont le labeur doit être productif et dont les conclusions, lorsqu'elles auront reçu la consécration des réalisations, devront contribuer à une amélioration très nette du développement de l'hygiène, de la prophylaxie et de la thérapeutique dentaires dans les différentes armées.

En l'absence du *D<sup>r</sup> Friteau*, président de la section, notre camarade *Budin*, président de l'Amicale de la région militaire de Paris, assisté de *J. Filderman*, président de la Fédération ; de *Wintergerst* et du Bureau de l'Amicale, se dépensa pour recevoir nos camarades étrangers, officiellement délégués par leurs Gouvernements respectifs, et pour assurer l'ordre des travaux. Il était tout naturellement et excellemment secondé dans sa tâche par notre ami *Dumont*, dont la bonne volonté et la courtoisie toujours souriante savent toujours faire de lui mieux qu'un camarade, pour tous ceux qui ont affaire à lui.

Les gouvernements des Nations étrangères étaient représentés :

La Grande-Bretagne par : le Colonel *Helliwell*, du Ministère de la guerre ;

Le Wing Commander *C. L. Colbran*, chef des Services dentaires du Royal Air Force ;

Le Major *Donald Clewer*.

Le Surgeon Lieutenant Commander *Macpherson*, de la Royal Navy ;

Le Surgeon Captain *Fletcher*, de la Royal Navy.

Les Etats-Unis d'Amérique par : le Colonel *Robert Oliver*, de Philadelphie ;

Le Commander *de Witt Ewerson* (de la Marine).

La Suède par : le Docteur *Sven Thureus*, chef du service de Stomatologie de l'Hôpital militaire de Stockholm.

Le Portugal par : le Dentiste Capitaine *Bayao*.

Le Médecin principal de la Marine *Larroque*, chef du Service de Stomatologie de l'Hôpital maritime de Toulon, représentant le Ministre de la Marine, honora également de sa présence toutes nos réunions.

---

(1) Voir numéros d'octobre 1931 à mars 1932.

*Lundi 3 Août*

M. Budin ouvre la séance et donne la présidence au Colonel américain Oliver, qui prononce une allocution de sympathie pour ses hôtes les Dentistes militaires français et passe la parole au Major Donald Clewer pour la lecture de son rapport sur : (Angleterre) *L'organisation idéale du Service Dentaire dans l'Armée de Terre*. Après lui, M. Charlet (France) présente une communication sur : *Le transport par avion des Grands Blessés de la Face*.

M. Filderman (France), en son nom et aux noms de MM. Budin et Wintergerst, procède à la lecture de leur magnifique rapport sur *L'Organisation idéale du service dentaire de l'armée de terre*. M. Budin présente le rapport du Capitaine Dentiste Bayao, de l'armée portugaise, puis le Surgeon Lt. Commander Macpherson, de la Marine anglaise, intéresse l'auditoire par son rapport sur *L'Histoire des services dentaires dans la marine, leur organisation idéale*. Enfin le Commander Witt Ewerson, U. S. Navy, présente le rapport du Commander Paul G. White.

Au cours de la séance, le Président a salué M. G. Viau, vice-président du Congrès et l'un des fondateurs de la F. D. I., qui a honoré notre section de sa présence.

*Mardi 4 août*

La présidence est assurée par le Colonel Helliwell. Le rapport sur : *L'Enseignement spécial aux Dentistes militaires de réserve* est présenté par MM. Dumont, Viau (France), Colonel Oliver (Etats-Unis), Swen Thureus (Suède). Puis M. Boissier (France) donne lecture de sa communication sur : *L'Organisation des Services dentaires aux Colonies*, et M. J. Filderman présente son travail sur : *L'Identification des Combattants par la fiche dentaire*.

Le soir, les membres du Bureau de l'Amicale reçurent les délégués étrangers au pavillon Dauphine, en un dîner intime, présidé par le Médecin général Geysen.

Assistaient également à cette très cordiale réunion le Médecin principal de la Marine Larroque, le Médecin-Colonel Bercher, le Médecin Lieutenant Boissier et quelques camarades dont un certain nombre, de même que nos camarades officiers étrangers, étaient, pour la plus grande satisfaction de tous, accompagnés de leur épouse.

Bien que ce dîner ne fût pas protocolaire, des allocutions y furent prononcées par MM. G. Villain, président du Congrès; J. Filderman, le Colonel Helliwell et le Médecin général Geysen, qui apporta avec une éloquence pleine de charme et de cordialité le témoignage de la bienveillante sympathie de nos Chefs et de nos Directeurs.

*Jeu di 6 août*

Après une séance extrêmement intéressante au point de vue pédagogique et documentaire de présentation de films :

- 1<sup>o</sup> *La Prothèse maxillo-faciale*, du D<sup>r</sup> Pont ;
- 2<sup>o</sup> *La Prothèse maxillo-faciale*, du D<sup>r</sup> Darcissac ;
- 3<sup>o</sup> *L'Aviation sanitaire au Maroc*, film du Service Cinématographique de l'Armée,

la Section se réunit sous la double présidence du Colonel Helliwell et de notre camarade Budin.

Le Wing Commander Colbran donna lecture d'une communication sur :



*L'Organisation des Services dentaires dans les Forces aériennes britanniques, puis l'on procéda à la discussion des vœux qui furent admis à l'unanimité.*

Le Colonel *Helliwell*, avant de procéder à la clôture des travaux, remercia les membres du Bureau de leur accueil et leur exprima la satisfaction des délégués étrangers pour ces journées très utiles et pendant lesquelles se resserrera encore davantage la franche camaraderie qui unit les Dentistes militaires des différents pays.

*Vendredi 7 août*

Avec l'autorisation du Ministre de l'Air, notre camarade Charlet, accompagné de Wintergerst, conduisit les Délégués étrangers au Centre d'expériences du Service Technique de l'Aéronautique, à Villacoublay, où le Capitaine de Fonds la Mothe leur donna toutes explications concernant les derniers modèles d'avions sanitaires légers en cours d'essais. De là, ils se rendirent à Villeneuve-Orly, au Centre de l'Aéronautique Maritime où ils furent reçus par le Médecin de 1<sup>re</sup> classe de la Marine Simon, l'Enseigne de Vaisseau Paquier, et le Médecin Sous-Lieutenant Barrault.

Après avoir passé en revue les installations techniques et sanitaires du Centre, ainsi que les hangars à dirigeables, les visiteurs furent invités à prendre le Porto au carré des Officiers, ce qui leur permit d'apprécier la courtoise hospitalité qui est de tradition dans notre Armée navale.

L'après-midi du même jour, les congressistes militaires se rendirent aux Invalides, y recevant la bienvenue du Médecin Commandant qui, en l'absence du Gouverneur des Invalides et du Directeur du Service de Santé de la région de Paris, leur fit visiter le Musée de l'Armée, la Chapelle et le Tombeau de l'Empereur.

Cette visite fut suivie d'une réception au Val-de-Grâce. Le Médecin Commandant Robert, conservateur du Musée, fit les honneurs des collections si riches de documentation, considérablement augmentées encore par la dernière guerre ; puis le Médecin Colonel Morvan, médecin chef du Val-de-Grâce, en véritable artiste, montra à ses hôtes les parties les plus intéressantes du vieux monastère dominicain, notamment le cloître, le salon d'Anne d'Autriche et la chapelle, remplie de trésors d'architecture du dix-septième siècle.

A l'issue du banquet qui réunit plus d'un millier de convives, les membres de la Section Militaire échangèrent avec leurs camarades britanniques les dernières coupes de champagne. Accompagnés de leurs gracieuses épouses ils entourèrent le Président du Congrès, M. Géo Villain, et M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, qui avaient tenu à participer à cette réunion d'adieu.

M. Fletcher prononça une allocution toute remplie de cordialité pour remercier les Dentistes militaires français et le Président de leur bon accueil. Il tint tout particulièrement à exprimer la gratitude des Officiers britanniques à M. Dumont, qui se dépensa sans compter pour faire de la Section militaire une des plus actives et des plus réussies du Congrès.

M. Wintergerst lui répondit en anglais et fit comprendre toute la satisfaction de la si franche cordialité qui n'a pas cessé entre Dentistes militaires des deux nations.

Pour terminer, le Colonel Helliwell prit la parole en français et dit à tous l'excellent souvenir que la délégation emportera en Angleterre de ce trop bref séjour à Paris.

## QUINZIÈME SECTION

Séance du lundi 3 août

Président : M. FOURQUET, Président de la Section.

Ordre du jour : « L'IMPORTANCE DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LES ETUDES DENTAIRES ».

(Communiqué par M. Fourquet, professeur et directeur adjoint à l'Ecole Odontotechnique de Paris).

(Cliché Manuel Jèvres).



M. FOURQUET, président.

La première séance de la XV<sup>e</sup> Section a été consacrée à la discussion sur le rapport : « Importance de l'enseignement clinique dans les études dentaires. »

Avant de donner la parole aux Rapporteurs, le Président, M. E. Fourquet, de Paris, dans son allocution d'ouverture souhaite la bienvenue et adresse ses remerciements à tous les Doyens et Professeurs des Ecoles étrangères et françaises qui ont bien voulu contribuer aux travaux de la Section, en y apportant le fruit de leur expérience pédagogique. Il a ensuite indiqué les raisons qui avaient incité le bureau dans le choix des sujets rapports mis à l'ordre du jour : Enseignement clinique — Cinéma et Fantôme, trois problèmes importants et d'actualité.

M. Radford (d'Edinburg) a la parole pour lire son rapport. Il insiste surtout sur la collaboration entre le professeur et l'élève, et sur le principal but de l'enseignement clinique qui est de coordonner les fonctions de l'œil, des mains et de l'esprit.

M. Fourquet (de Paris) prend ensuite la parole pour la lecture de son rapport où il développe ses conceptions sur l'importance de l'enseignement clinique. Pour lui, c'est la partie la plus importante de toutes les études dentaires ; toutes les branches du programme d'enseignement doivent l'avoir pour but, parce que la clinique est la base de toute la technique professionnelle moderne. Il insiste pour que l'étudiant fasse une observation détaillée avant toute intervention de sa part et ce dans quelque service que ce soit.

M. Gilmour (de Liverpool) a argumenté les deux rapports, il approuve les deux rapporteurs et il préconise une association entre les étudiants en médecine et en dentisterie, pour le bien des deux professions.

M. Métral (de Genève), argumentateur, insiste sur la nécessité de donner des connaissances théoriques de médecine aux étudiants pour qu'ils puissent, à la clinique, établir l'étiologie des maladies et prescrire la thérapeutique nécessaire.

M. Dubeau (de Montréal), argumentateur, félicite les deux ora-



teurs qui ont présenté le rapport. Il approuve M. Fourquet de développer le « sens clinique chez les étudiants » et M. Radford d'entraîner l'œil, la main et l'esprit de l'étudiant à travailler et à penser à l'unisson. Il insiste sur le fait qu'à l'Université de Montréal une salle de culture physique est à la disposition des étudiants et ceux-ci sont astreints à faire des sports.

M. Caumartin (de Lille), argumentateur, félicite aussi les rapporteurs, il préconise les « cliniques dialoguées » où le professeur et les étudiants discutent en public sur les cas qui se présentent. Il est d'avis que cela est le meilleur moyen pour développer le sens clinique de l'étudiant.

M. Sapet (de Paris), argumentateur, trouve que l'enseignement clinique est le plus important et que l'on doit développer le plus possible le sens clinique des étudiants. Un moyen qu'il préconise est celui d'obliger des élèves toutes les semaines à faire une exposition de cinq minutes sur un sujet donné qui est discuté ensuite par deux camarades.

M. Pulerbaugh (de Chicago), argumentateur, est d'avis que l'étudiant doit faire une observation et un examen complet du malade qu'on lui donne à soigner à la clinique, et que l'étudiant doit être rétribué pour son travail par des notes. Un minimum doit être exigé pour l'année scolaire.

Pour M. Chiwaki (de Tokyo), argumentateur, le développement de l'enseignement clinique doit être de plus en plus important, au Japon on y consacre 36 à 47 heures par semaine.

M. Radford (d'Edimbourg) a ensuite la parole pour répondre aux argumentateurs. Il résulte d'après lui qu'aucun programme définitif ne peut être établi mais que l'avancement constant de la science doit nous tenir en éveil pour que nous puissions en tirer tout le bénéfice nécessaire pour nos patients.

M. Fourquet (de Paris) répond aux argumentateurs et les remercie. Il approuve et discute les critiques de chacun d'eux. Il est très heureux d'avoir mis ce sujet sur le tapis et espère que chacun pourra avoir tiré profit.

La parole est ensuite donnée à M. Turner (de Philadelphie) pour sa communication sur : « *Rapports entre les sciences fondamentales et les travaux cliniques dans l'enseignement de l'art dentaire* ». Il développe l'importance qu'il y a à organiser dans les écoles les cours Physique, Chimie, Biologie, Biochimie, Bactériologie, Physiologie, etc., avant de commencer les études dentaires propres. Il insiste surtout sur l'importance de donner une suite logique aux sujets enseignés pour qu'aucun de ceux-ci ne paraisse isolé, mais au contraire une partie importante du programme scolaire.

M. Clawson (de Beirut, Syrie) a lu ensuite sa communication sur : « *Enseignement dentaire américain dans le proche Orient* ». Le fait saillant de sa communication est que l'école dentaire de Beirut loue à ses étudiants tout le jeu d'instruments dont ceux-ci ont besoin durant leurs études, ce a le grand avantage d'uniformiser l'instrumentation.

M. Salas (de Concepcion, Chili) a exposé ensuite le plan d'études de la nouvelle école de Concepcion où les études dans les différents laboratoires dentaires (bactériologie, radiographie, etc...) sont très poussées.

Pour terminer cette séance M. Chiwaki (de Tokyo) a exposé le plan des études odontologiques à l'Ecole dentaire de Tokyo.



Mardi 4 août

Présidé par M. CAUMARTIN (de Lille), président d'honneur de la Section

Ordre du jour : « L'ENSEIGNEMENT DE LA TECHNIQUE DENTAIRE  
PAR LE CINÉMATOGRAPHE ».

Les deux rapporteurs sont absents, M. *Balters* (de Bonn-sur-Rhin) n'a pu venir à Paris, et M. *Morineau* (de Paris) n'a pu assister au Congrès, son état de santé ne le lui permettant pas.

Etant donné l'importance de ces deux rapports, M. *Fourquet*, président de la XV<sup>e</sup> Section, ayant tenu à ce qu'ils fussent lus en séance, lecture en a été donnée par M. A. *Amoêdo*, secrétaire.

M. *Balters* insiste dans son rapport sur l'indication de l'utilisation du film. « Le film ne doit nous aider à communiquer le savoir que quand nous trouvons des limites à notre pouvoir pédagogique et quand, sans lui, la science resterait imparfaite. »

M. *Morineau*, lui, a traité dans son rapport comment il comprenait la technique de la réalisation du film pédagogique. Il a démontré les avantages et les inconvénients du film muet et du film parlant ; de la photographie directe ou du dessin animé ; ce dernier devant représenter surtout les opérations intrabuccales, que la photographie peut difficilement reproduire. Il croit qu'au point de vue pédagogique international le film muet, combiné de dessins animés et de vues photographiques, doit rendre le meilleur service, les titres pouvant être facilement changés. Il émet le vœu que la F. D. I. s'occupe de cette question.

M. *Munzesheimer* (de Berlin), argumentateur, félicite les orateurs.

M. *Vichot* (de Lyon), argumentateur, félicite les deux rapporteurs sur l'importance de leurs travaux. Il conclut, comme M. *Morineau*, que le film pédagogique doit être un film de dessins animés où le professeur schématise et développe synthétiquement l'opération qu'il veut interpréter. Il est de l'avis de M. *Balters* que le film ne peut être qu'un auxiliaire à l'enseignement du professeur.

M. *Sapet* (de Paris) lit ensuite sa communication sur la présentation de son film : « *Technique de l'avulsion dentaire* ». Ce film, qui a été présenté au préalable à la salle du cinéma, comporte quatre parties : 1<sup>o</sup> Notions anatomiques ; 2<sup>o</sup> Rapports des maxillaires et dents de l'arcade supérieure ; 3<sup>o</sup> Idem à l'arcade inférieure ; 4<sup>o</sup> L'instrumentation et la manière de s'en servir.

M. *Raton* (Lyon) félicite M. *Sapet* et il voudrait que tout l'enseignement technique dentaire puisse, petit à petit, être fait à l'aide du cinéma.

M. *Caumartin* (Lille) félicite M. *Sapet*, mais trouve que le film n'est pas tout à fait au point, et fait confiance à l'auteur pour que celui-ci corrige les quelques petits points faibles.

M. *Fourquet*, président de la Section, prend ensuite la parole et exprime le regret que les rapporteurs n'aient pas eux-mêmes présentés leurs rapports. Il ne peut s'empêcher, néanmoins, de mettre en valeur les parties principales qui les caractérisent et met au point la question de l'utilisation et de l'indication du cinéma, d'après les conclusions mêmes des rapporteurs. Il félicite ensuite chaleureusement M. *Sapet* de son film et il l'encourage à persévérer dans cette voie.

*Jeudi 5 août*

*Présidé par le M. FOURQUET, président de la Section.*

*Ordre du jour : « UTILITÉ DU FANTÔME DANS L'ENSEIGNEMENT  
DE LA TECHNIQUE DENTAIRE ».*

*M. Joachim* (Bruxelles), rapporteur, passe en revue toutes les opérations qui peuvent être pratiquées sur le fantôme par l'étudiant. Cette méthode d'enseignement d'après lui ne peut être discutée et est appliquée aujourd'hui universellement.

*M. Raton* (Lyon), rapporteur. Après avoir développé les inconvénients et les avantages de l'enseignement sur fantôme *M. Raton* termine en affirmant que c'est un excellent moyen pédagogique de formation théorique et manuelle des étudiants.

*M. Gilmour* (Liverpool), argumentateur, trouve que c'est la meilleure méthode pour enseigner aux jeunes étudiants avant leur entrée à la clinique. Pour empêcher les dents naturelles de se briser, *M. Gilmour* préconise de les laisser tremper dans une solution d'huile d'eucalyptus.

*M. Caumartin* (Lille), argumentateur, trouve que si le travail sur le fantôme est utile il ne faut pas exagérer son importance et que l'enseignement que l'on peut faire auprès du malade est très supérieur à celui sur le fantôme.

*M. Joachim* (de Bruxelles) répond ensuite aux argumentateurs, il les remercie des critiques et des suggestions qui ont été faites. Il apprécie surtout celle de *M. Gilmour*, qui recommande de faire faire par les étudiants à la clinique les opérations par étapes, et celles-ci après les avoir fait faire sur fantôme.

Ensuite, l'ordre du jour de la séance comportait plusieurs communications et présentations.

1<sup>re</sup> Présentation d'un mannequin propédeutique par *M. Raton* (Lyon). Ce mannequin, de grandeur naturelle, est articulé de façon à pouvoir être placé sur un fauteuil. La tête est montée sur rotule, ce qui permet de la mettre dans la position désirable. Le professeur peut aussi indiquer aux élèves la position que l'on doit donner au malade et celle que l'opérateur doit prendre.

Le crâne possède à l'intérieur un chariot avec vis de rappel, ce qui permet d'ouvrir ou fermer la bouche à volonté. Sur les maxillaires sont placées des gouttières où l'on peut mettre les arcades que l'on désire. Ce crâne est recouvert d'une chappe en pâte de Pont modifiée ayant l'élasticité et la plasticité des tissus mous de la face. L'originalité consiste surtout dans cette chappe de matière gélatineuse qui simule les joues et les lèvres.

2<sup>o</sup> Présentation d'un matériel destiné à l'enseignement de la morphologie dentaire humaine par *M. Marseillier* (de Paris). Ce matériel, employé à l'Ecole Odontotechnique de Paris se compose : (A) dessins de dents à grande échelle ; (B) modèles types de dents en bronze doré ; (C) une mâchoire supérieure et inférieure ; (D) fantôme pour l'étude simultanée des mouvements mandibulaires et de l'engrènement des dents. Ce fantôme double de grandeur naturelle est en bronze d'aluminium, il se compose d'une mâchoire supérieure avec les parties des os voisins, d'une mâchoire

inférieure, des deux ménisques, des ressorts représentant les muscles éleveurs, et des câbles actionnés par des leviers représentant les muscles abaisseurs propulseurs et diducteurs. Par le jeu de ces leviers on obtient tous les mouvements du maxillaire inférieur.

3<sup>o</sup> Présentation par *M. Chappey* (Paris) de mâchoires-fantômes en aluminium pour l'enseignement de la prothèse complète à l'Ecole Odontotechnique de Paris. Ces fantômes représentant les deux mâchoires d'un édenté complet, avec reproduction de l'articulation temporo-maxillaire, permettent non seulement toute la technique du dentier complet pour la démonstration du Professeur, mais en facilitent l'exécution pour les élèves, avant leur intervention sur patients.

4<sup>o</sup> Méthode d'enseignement pratique d'exécution correcte d'une obturation à l'amalgame. — Cette communication fait suite aux travaux sur l'amalgame de *M. Van den Berg*, sur le contrôle perméabilité ou de la cohésion de l'obturation à l'amalgame.

Enfin, avant de clore les travaux de la Section, le Président, *M. Fourquet* a tenu au cours de son allocution de clôture, à remercier tous les confrères éminents, qui ont bien voulu contribuer au succès des séances de la XV<sup>e</sup> Section.

#### BANQUET DE LA XV<sup>e</sup> SECTION

(Communiqué par *M. FOURQUET*)

Sur l'initiative de *M. Fourquet*, président de la Section d'Enseignement, assisté de *MM. M. Raton*, *A. Amoëdo* et *J. Zzaoui*, vice-président et secrétaires de la Section, un banquet amical a été offert, le mercredi 5 août 1931, à tous les Doyens et Professeurs des Facultés et Ecoles Dentaires étrangères ayant participé aux travaux de la section d'Enseignement.

A cette invitation avaient bien voulu répondre : *MM. Blatter*, président, directeur général de l'Ecole Dentaire de Paris ; *Caumartin*, directeur de l'Ecole Dentaire de la Faculté de Lille, et président d'honneur de la section ; *L. Frison*, directeur de l'Ecole Odontotechnique de Paris ; *Vichot*, président du Conseil de l'Ecole dentaire de Lyon, et président d'honneur de la section ; *Pont*, directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon, et *Romey*, directeur de la Polyclinique de Strasbourg, président d'honneur de la section. *MM. Aguilar*, président de la F.D.I., et *G. Villain*, directeur de l'Ecole dentaire de Paris et Président du Congrès, retenus à un autre banquet, s'étaient fait excuser.

Servi dans un des splendides salons du Sporting-Club, 2, rue de l'Elysée, ce banquet, de caractère corporatif, se déroula dans une atmosphère d'intime camaraderie pédagogique et son agréable souvenir restera longtemps présent à l'esprit de tous ceux qui y ont assisté.

Au champagne, *M. Fourquet*, président de la XV<sup>e</sup> Section, prit la parole pour dire à tous les Doyens, présents ou représentés, combien l'Enseignement dentaire français était heureux de pouvoir, par cette belle manifestation, resserrer d'une façon si amicale les liens qui existent entre les diverses Facultés et Ecoles Dentaires dans l'exercice de leur responsabilité pédagogique.

Après avoir remercié chaleureusement les auteurs des rapports, communications et argumentations présentés à la Section et en avoir escompté les résultats au point de vue de la recherche de la perfection dans les mé-



thodes d'enseignement, *M. Fourquet* tient à affirmer que la section d'enseignement, quoique la XV<sup>e</sup> au point de vue numérique, n'en méritait pas moins d'être considérée comme une des principales, puisque c'est de l'enseignement des Ecoles et Facultés dentaires, ou de l'exercice de ce dernier, que sont sortis tous ces chercheurs et brillants techniciens qui sont l'honneur de nos Congrès nationaux et internationaux professionnels.

Après avoir émis le vœu de la création d'un Congrès exclusivement réservé aux progrès des méthodes d'enseignement, *M. Fourquet*, au nom des cinq Ecoles dentaires françaises réunies, remercia nos collègues étrangers d'avoir bien voulu, en acceptant leur invitation amicale, les honorer de leur haute estime et de solidarité professionnelles et leva son verre à la cohésion morale et technique de tous les centres pédagogiques du monde.

Après lui, ont pris la parole, dans des termes particulièrement cordiaux : MM. *Nakahara Ichigoro*, directeur du Nippon Dental College de Tokio, président d'honneur de la section, dont le discours en japonais fut traduit par son collègue *Yamasaki*, professeur à la même Université ; *Ch. Turner*, doyen de la Thomas Evans Institute, Dental School of University of Pennsylvania, de Philadelphie ; *Eudore Dubeau*, doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Montréal (Canada) ; *Gilmour*, directeur de la Dental School of University of Liverpool (Angleterre) ; *Métral*, professeur à l'Institut dentaire de Genève ; *Budtz-Iorgensen*, directeur de l'Ecole Dentaire de Copenhague ; *Watry*, directeur de l'Ecole dentaire belge ; *Douglas Radford*, professeur à l'Edinburg Dental School (Ecosse) et *Dion Clawson*, professeur à l'American Dental School of University of Beirut (Syrie).

Enfin, *M. W. Guy*, doyen de l'Edinburgh Dental School, qui avait accepté la présidence du banquet, a clôturé la série des allocutions, en adressant à ses hôtes ses remerciements pour leur si amicale réception. Puis, en un français fortement nuancé de cet humour britannique qui lui est particulier, *M. W. Guy*, termina en exprimant toute son admiration aux organisateurs du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International pour le grand succès qu'ils avaient obtenu.

---

#### RECTIFICATION

Le compte rendu sommaire de la VIII<sup>e</sup> Section publié dans notre numéro de février porte p. 82, 5<sup>e</sup> ligne, que la communication du Dr *Levanowitsch*, de Berlin, sur *l'application de la prothèse aux édentés* n'a pu être lue au Congrès par son auteur.

M. le Dr *Levanowitsch* vient de nous écrire pour nous dire qu'il a lu personnellement ce travail le dernier jour des séances au début de l'après-midi et nous demande de rectifier la mention.

Nous le faisons bien volontiers.

## SEIZIÈME SECTION

HISTOIRE. — Législation. — Déontologie.  
PRESSE PROFESSIONNELLE. — DOCUMENTATION

(Communiqué par M. FRINAULT, secrétaire)



M. BLATTER, président.

La nature toute spéciale des travaux de la XVI<sup>e</sup> Section et l'immense intérêt immédiatement pratique présenté par les travaux des autres sections du Congrès ont fait que le public attiré dans notre salle fut peu nombreux.

Nous le regrettons vivement non seulement pour nous, mais surtout pour les nombreux confrères étrangers que ce genre de travaux semble intéresser bien plus que nos confrères nationaux, et qui ont présenté leurs communications.

Nous pourrions trouver dans les comptes rendus du Congrès un grand nombre de communications que l'évolution sociale et l'évolution de notre profession dans notre pays mettent à l'ordre du jour.

La première séance de notre section fut ouverte le lundi 5 août, peu après deux heures, par le président, M. Blatter, qui, en quelques mots, souhaita la bienvenue à tous les confrères présents.

La parole fut donnée à M<sup>me</sup> Lindsay (de Londres), qui présenta son rapport sur les *Origines de l'art dentaire moderne*. De l'argumentation de ce rapport, présentée par M. G. Viau, il ressort que M<sup>me</sup> Lindsay a traité l'origine de l'odontologie, ce mot étant pris dans le sens étymologique, science de la dent, et non dans le sens étendu, science de la dentisterie, de l'art dentaire.

Il s'ensuit qu'elle a étudié les services rendus à l'Odontologie par des savants, tels que Galien, Falope, Malpighi, Leeuwenock, Miller, Cuvier, Owen, Nasmyth, Tomes, etc..., et passa sous silence les praticiens de l'art dentaire.

Le Dr Schaeffer-Stuckert déposa le rapport de M. Greve sur le même sujet, et le Dr Anthony (de Philadelphie) lut le sien. Dans ces deux rapports traités dans le sens de la Dentisterie, nous entendîmes citer les noms familiers de Fauchard, Gardette, Lemayeur, ainsi que des fondateurs de la 1<sup>re</sup> Ecole Américaine : Harris et Hayven. Chacun des deux rapporteurs, suivant sa tournure d'esprit, estime différemment la valeur des fondateurs de l'Art dentaire, et M. Jaccard (de Genève), argumentant ces rapports, indique que les travaux purement scientifiques étant à la base des perfectionnements technique de notre art, il est très difficile de donner impartialement un classement dans l'importance des services rendus dans ces différentes branches par les pionniers de l'Art dentaire.

Deux auteurs de communications, MM. Proskauer et Papantonopoulos,

s'étant excusés, la fin de la séance fut consacrée à l'examen d'une superbe collection de planches, due à M. Weinberger (de New-York), montrant l'histoire de la dent et de l'art dentaire depuis la plus haute antiquité, jusqu'à nos jours, chez tous les peuples, des Egyptiens aux porteurs de bridges amovibles, en passant par les femmes à plateaux de l'Afrique Centrale. Nos confrères trouveront, en outre, dans les comptes rendus une étude des plus curieuses sur la pratique de la Chirurgie dentaire révélée par un papyrus, datant de 5.000 avant J.-C.

Le mardi 4 août, sous la présidence de M. Blatter, fut présenté le rapport de M. Huet, sur : *La Documentation dentaire*, travail des plus importants, puisqu'il constitue en même temps le compte rendu de l'œuvre de la F.D.I. et le programme de ses travaux futurs.

Ce rapport, argumenté par MM. Held, Bouland et Quintero, fut suivi d'une discussion à laquelle prirent part notamment M<sup>me</sup> Thalammer Beval (de Vienne) et M<sup>me</sup> Lindsay (de Londres). M. Huet clôtura la discussion en déposant des vœux qui furent adoptés à l'unanimité et qui doivent orienter la future action de la F. D. I.

La parole fut ensuite donnée à M. Bouland, qui excuse M. Carvalho (Brésil), et déposa la communication de ce dernier.

M. Tagger développe ensuite : *L'Organisation de l'ordre des Dentistes en Bulgarie*. Ce travail fut discuté par MM. Vincent, Bouland et Frinault. M. Vincent devant s'occuper de la création de l'ordre des Dentistes en France fut particulièrement intéressé par ce travail. De la comparaison entre l'ordre des Avocats et celui des Dentistes, il résulte que la Faculté de Droit donne la licence ou le doctorat en Droit, l'ordre des Avocats reçoit le serment du Licencié ou du Docteur et l'intronise dans ses fonctions d'avocat. La situation du Dentiste est toute différente, à l'heure actuelle : la Faculté de Médecine en donnant le diplôme installe le Chirurgien-Dentiste dans sa profession et il sera difficile de modifier en France la procédure actuelle.

Le Dr Poulyonousmit ensuite au courant des innombrables modifications de la législation de la pratique de l'Art dentaire en Yougoslavie qui est arrivée en dernier lieu à organiser un diplôme spécial pour l'exercice de chaque branche de la médecine y compris l'art dentaire.

Après l'intermède du mercredi, réservé aux excursions diverses, la XVI<sup>e</sup> Section reprit ses travaux le jeudi 6, sous la présidence de M. G. Viau, président d'honneur, assisté de M. Guébel, vice-président.

Nous entendîmes Miss Southard (de New-York) qui, en un français excellent, nous exposa la question des Infirmières dentaires, qui, en Amérique, a pris une très grande importance. Il serait à souhaiter, comme le fit remarquer M. L. Viau, que nous reprenions en France l'idée de créer une école d'infirmières spécialisées.

M<sup>me</sup> Sonia Weissenstein (de Vienne) nous lut sa communication sur : *L'identification des vivants et des morts*, par une sorte d'immatriculation portant sur les travaux effectués en bouche. M. Guébel rappela en quelques mots la thèse d'Amoëdo, à propos de l'identification des morts du Bazar de la Charité au moyen des dents.

Ce sujet, quelque peu lugubre, fut présenté par M<sup>me</sup> Weissenstein, avec tant d'élégance et de grâce que des applaudissements unanimes accompagnèrent le vœu qu'elle présenta de faire étudier un moyen international, tendant à permettre en tout lieu l'identification des humains à notre époque de déplacements nombreux.



M. Humble (de Glasgow) nous fit étudier ensuite un mode d'identification quelque peu différent, basé sur les traces dentaires laissées par les criminels ou les délinquants de toute nature dans les êtres ou les objets mordus par eux.

Les communications de MM. Linnert, Hatch, Læwe, Grey, Anbal et Yury Kuttler furent déposées sur le bureau.

Enfin, M. Justin Godart, visitant le Congrès, parcourut avec le plus vif intérêt l'exposition artistique et historique, organisée par M. Bouland, et qui réunissait une collection des plus importantes dues à la collaboration de nombreux collectionneurs.

---

### VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Un résumé étendu du compte rendu du Congrès est préparé par *L'Odontologie*, avec la collaboration des auteurs mêmes des conférences et communications des présidents de Sections et des Expositions.

Ce volume sera tiré à un nombre limité d'exemplaires et contiendra environ 200 pages avec des portraits et des illustrations. Il sera mis en vente au bureau de *L'Odontologie*.

---

## SECTION 3 A.

## CONTROLE DU TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES

(M. le Dr GOTTLIEB, *président*)M. GOTTLIEB, *président*.

La Section 3 A a fonctionné d'une façon très active, sous l'énergique direction de son président.

Dix rapports ont été lus et discutés.

*W. Stewart Ross* (Angleterre).

*M<sup>me</sup> P. Bernard* (d'après le Dr P. Bernard, de Paris).

*Dr Arpad Ritter v. Dobrzynicki* Budapest (Hongrie).

*Dr Heinrich Back*, de Prague (Tchécoslovaquie).

*J. J. Moffitt*, de Harrisburg (E.-U. d'Amérique).

*Prof. Ottesen Imm.*, d'Oslo (Norvège).

*Prof. Oscar Muller*, de Bâle (Suisse).

*Dr Jankowsky Ernst*, de Königsberg (Allemagne).

*MM. Rickert N. Garfield* et *C. Merle, Dixon Jr.*, d'Ann Arbor (Michigan, E. N. Amérique).

*MM. B. Gottlieb, B. Orban, G. Stein*, de Vienne (Autriche).

Tous les rapporteurs ont traité le même sujet : *Le contrôle du traitement des canaux radiculaires*.

L'importance de cette question est telle qu'elle domine aujourd'hui toute la dentisterie moderne.

Non seulement les complications d'ordre local, mais aussi le retentissement des infections apicales sur l'état général nous obligent à donner au traitement des canaux dentaires toute l'importance qu'il mérite.

Les travaux de la section 3 A n'ont pas la prétention d'avoir apporté une solution définitive à une question aussi complexe.

L'objet du rapport, du reste, n'envisageant que le contrôle, indique bien avec quelle méthode l'étude de ce sujet est poursuivie.

La méthode suivie peut paraître lente à certains esprits peu familiers avec les questions de bactériologie et d'histologie.

Nous sommes persuadés que sur l'active direction de son distingué Président, *M. le Dr Gottlieb*, la section 3 A a fait du bon travail, déblayant le terrain, n'avançant que pas à pas, afin de pouvoir présenter, comme elle l'espère, dans un jour que nous souhaitons proche, une méthode de contrôle dont nous profiterons tous.

Cette méthode doit être simple, facile à mettre en œuvre rapide, peu coûteuse ; l'énoncé de ces quelques desiderata essentiels nous permet de mesurer les très grandes difficultés à résoudre.

Nous sommes heureux de constater la très belle tenue scientifique de la section 3 A, c'est le plus bel éloge que l'on puisse faire à son distingué président, *M. le Dr Gottlieb* et à ses éminents collaborateurs.

## REVUE ANALYTIQUE

---

DECHAUME-OLLIER. — **Contribution à l'étude de l'anesthésie locale par injection en stomatologie.**

L'auteur reprend les critiques formulées contre l'anesthésie locale pour les réfuter. Elle discute les avantages des anesthésies générale et régionale pour arriver à conclure que l'anesthésie locale est la méthode de choix du stomatologiste. Les accidents, d'ailleurs exceptionnels, qui lui sont imputés, n'ont pas toujours été observés très rigoureusement. Ils seront évités le plus souvent par l'utilisation d'une technique minutieuse que l'auteur décrit longuement. Elle recommande :

Utiliser le minimum d'anesthésique. Trois centimètres cubes de scurocaïne à 2 p. 100 ou de butelline à 0,5 p. 100 suffisent pour une intervention assez importante (gros kyste par exemple) ;

Ne pas employer l'adrénaline chez les hypertendus ;

Ne jamais négliger la préparation morale du patient ;

Après stérilisation soigneuse de la seringue, son remplissage sera fait en évitant les contacts septiques. Pour une anesthésie importante, il est préférable de disposer de deux seringues, sinon il faudra stériliser l'aiguille avant de remplir à nouveau la seringue.

La solution doit, au moment de l'injection, être à la température du corps.

Parmi les méthodes utilisées, l'auteur retient surtout les injections intraligamentaires et sous ou périostées.

Dans l'une et l'autre méthodes, les précautions essentielles sont les suivantes :

- 1° Désinfection minutieuse du champ opératoire avec l'eau oxygénée ;
- 2° La certitude que l'aiguille est en bonne position est donnée par la résistance opposée au doigt qui presse le piston ;
- 3° Pousser très lentement l'injection et quelques gouttes seulement pour éviter les douleurs et le décollement de la fibro-muqueuse ;
- 4° Ne pas faire l'infiltration dans les tissus enflammés, mais dans la zone saine, à la périphérie du foyer septique ;
- 5° A chaque nouvelle piqûre, désinfecter l'aiguille.

L'auteur termine en indiquant la technique suivant les diverses interventions pratiquées.

(Thèse de Paris, Imprimerie Danzig, 1931).

ULRICH (P.). — **Le traitement des anthrax graves de la lèvre par le bactériophage.**

L'auteur signale les bons effets du bactériophage dans les anthrax graves de la lèvre inférieure et supérieure. Sur quatre malades, trois traités aux vaccins, avant et après débridement chirurgical au thermocautère ou au bistouri diathermique sont morts ; le quatrième, une petite malade, traitée par le bactériophage, a, au contraire, guéri.

Après avoir débridé le gros furoncle au bistouri diathermique l'auteur larde



toute la région atteinte avec des piqûres de bactériophage. L'état ne s'améliorant pas, on pratique une injection intraveineuse de 0 gr. 05 de bactéstaphyphage. Un phlegmon du plancher buccal a été ponctionné en plusieurs endroits au bistouri, un pus épais en sortit par expression et, à travers les orifices, des injections furent pratiquées de bactéstaphyphage.

Dix jours après le début du traitement, la malade était hors de cause et elle guérit complètement, en dépit d'une congestion pulmonaire double qu'elle fit peu après. Il convient de rappeler que tous les antiseptiques doivent être abandonnés quand on utilise le bactériophage.

(*Bulletin Soc. Méd. de l'Elysée*, Avril 1931).

MATHIEU et RIBADEAU-DUMAS. — **Un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse.**

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse chez une petite fille.

Ce médicament étant prescrit couramment et fréquemment, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation.

L'enfant était dans un état assez accentué de torpeur et d'asthénie ; elle vomissait et souffrait du ventre ; faciès assez particulier, mélange de cyanose et d'ictère ; foie et rate très gros ; température normale. Urines noires, en petite quantité, contenant de l'albumine, du sang, des traces de pigments biliaires ; tandis que l'examen microscopique y décelait des polynucléaires, des cylindres et des cellules pyéliquies. Cet ensemble de symptômes faisait penser à un empoisonnement, mais la recherche de substances toxiques dans les urines est restée négative.

Le diagnostic d'intoxication par le chlorate de potasse a été fait grâce à une sœur aînée de la petite malade qui l'avait vue sucer des pastilles roses pour la gorge.

L'examen hématologique est incomplet, car on n'a pu pratiquer ni l'examen spectroscopique, ni la mesure de l'hémolyse ; mais on a pu noter une anémie sérieuse avec diminution du nombre des globules rouges et des polynucléaires. Cette observation confirme les notions classiques :

1° Rapide disparition du toxique chlorate de potasse qui ne se trouvait plus dans les urines 36 heures après l'injection.

2° La profonde et subite anémie avec destruction des globules rouges et grosse hypertrophie de la rate.

3° La rétention uréique qui allait de pair avec une émission de cylindres, de cellules pyéliquies et d'une petite quantité d'albumine.

4° La guérison assez rapide en trois semaines.

Les auteurs terminent cet exposé en s'étonnant qu'une substance toxique, susceptible de provoquer de pareils accidents, soit délivrée sous forme de pastilles roses, ayant pour les enfants l'aspect d'une sucrerie.

(*Société de Pédiatrie*, Paris, Mars 1931).

(*Journal des Praticiens*, 18 Juillet 1931).

D<sup>r</sup> PAUL FILIPPI. — **La technique des injections.**

Les anesthésies locales, régionales et loco-régionales ont vu depuis quelques années leur domaine s'agrandir considérablement. Dans la pratique oto-rhino-laryngologique en particulier, l'anesthésie générale n'est désormais plus réservée

qu'aux seules grandes opérations de la spécialité. Aussi la nécessité s'est-elle de plus en plus manifestée impérieusement de disposer d'un matériel simple, d'un maniement facile et d'une sécurité absolue pour pouvoir réaliser l'anesthésie locale.

Le matériel actuellement employé comprend :

- 1° une seringue,
- 2° une aiguille,
- 3° le liquide à injecter.

A la seringue de Pravaz ordinaire la plupart des O. R. L. ont, depuis longtemps, substitué la seringue dite « Impériale », entièrement métallique, assez facilement maniable et qui a l'avantage appréciable de pouvoir utiliser des aiguilles fines et longues, par conséquent à peu près dépourvues de toute action traumatisante vis-à-vis des muqueuses que l'on veut insensibiliser. Quant au liquide à injecter, on se sert généralement d'une solution de Novocaïne additionnée d'adrénaline au millième (une goutte d'adrénaline par centicube de la solution de Novocaïne, qui, selon les cas, est concentrée à un, deux, trois, quatre pour cent, et parfois plus).

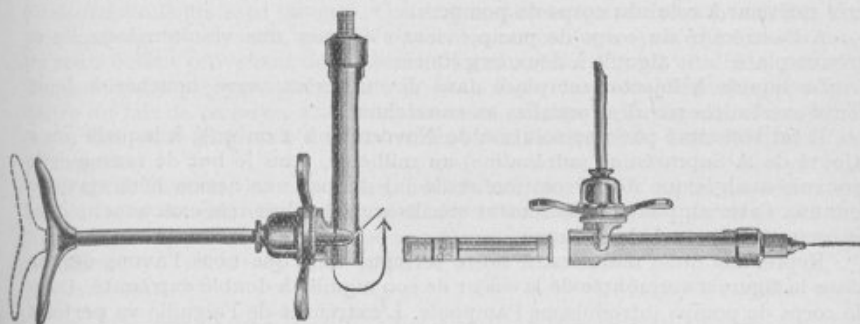


FIG. 1.

FIG. 2.

Mais la seringue dite « Impériale » fonctionne exactement comme la seringue de Pravaz. Comme elle, elle doit être entièrement stérilisée et comme elle surtout, il faut la remplir par aspiration en introduisant l'aiguille dans l'ampoule ou le récipient contenant la solution à injecter. Ces manœuvres longues et désagréables sont la cause d'une perte de temps appréciable. Il est au surplus difficile de les exécuter avec une asepsie rigoureuse.

Aussi, en présence de ces inconvénients, avons-nous délibérément adopté pour notre pratique de l'anesthésie en O. R. L. le procédé d'injection dit système « Carpule ». En France, nous avons été les premiers à expérimenter ce procédé et notre expérience repose aujourd'hui sur une vingtaine d'interventions chirurgicales que nous avons pratiquées en deux mois, soit : six résections sous-muqueuses de la cloison nasale, dix amygdalectomies totales chez l'adulte et quatre autres interventions de moindre importance.

Le système « Carpule » se compose, lui aussi, de :

- a) une seringue,
- b) les aiguilles,
- c) le liquide à injecter.

La seringue est une seringue tout à fait spéciale. C'est en elle que réside l'originalité du procédé et c'est d'elle que découlent tous les avantages que

nous allons signaler tout à l'heure. Elle est, comme la seringue « Impériale », entièrement métallique. Elle se compose d'un piston et d'un corps de pompe. Piston et corps de pompe sont attachés l'un à l'autre à angle droit ainsi qu'on le voit dans la figure ci-contre.

Vous voyez le corps de pompe présentant deux larges fenêtres diamétralement opposées. A la partie supérieure de ce corps de pompe vient s'adapter à la façon d'un fer à cheval un système spécial que le piston occupe dans sa partie centrale.

Si, en tenant le corps de pompe dans la main gauche, on exerce avec la main droite une pression horizontale sur le piston tendant à écarter celui-ci du corps de pompe, on constate que le piston peut effectivement s'écarter du corps de pompe d'un centimètre environ et que le piston peut alors basculer autour du point A dans le sens indiqué par la flèche.

Finalement, l'ensemble du piston vient se placer dans le prolongement du corps de pompe.

Dans un troisième temps, par une simple pression digitale, le piston s'enfonce dans le corps de pompe. Notons en passant que le calibre du piston est très inférieur à celui du corps de pompe.

A l'extrémité du corps de pompe vient s'adapter une vis dans laquelle se trouve placée une aiguille à deux extrémités.

Le liquide à injecter est placé dans des tubes en verre bouchés à leurs deux extrémités par des rondelles en caoutchouc.

Il est constitué par une solution de Novocaïne à 2 ou 4 % à laquelle on a ajoutée de la Suprarénine (adrénaline) au millième, dans le but de renforcer le pouvoir analgésique de la solution et de lui donner une action hémostatique intense. Cette ampoule parfaitement stérilisée s'introduit très exactement dans le corps de pompe de la seringue.

Reprenons donc maintenant notre seringue telle que nous l'avons décrite dans la figure 1 surmontée de la vis et de son aiguille à double extrémité. Dans le corps de pompe introduisons l'ampoule. L'extrémité de l'aiguille va perforer le caoutchouc et va venir baigner dans la solution, quelques gouttes de liquide s'échapperont par l'extrémité extérieure de l'aiguille.

Faisons basculer notre piston dans le sens indiqué, de façon qu'il vienne se placer dans le prolongement du corps de pompe et nous aurons alors notre seringue prête à fonctionner.

\* L'ensemble de ces manœuvres qui ont nécessité une longue et fastidieuse description se fait en quelques secondes.

On remarquera :

a) qu'il n'est pas nécessaire de faire bouillir ou de stériliser la seringue puisque le liquide à injecter n'est jamais en contact avec le corps de pompe. Il suffira de faire flamber la vis surmontée de son aiguille ;

b) qu'il n'y a plus besoin d'aspirer le liquide dans la seringue. Cette opération fastidieuse est remplacée ici par l'introduction de l'ampoule dans le corps de pompe, ce qui se fait en une seconde. Cette ampoule une fois vidée, il ne faut pas plus d'une seconde pour la retirer et en placer une nouvelle si besoin en est ;

c) que le produit à injecter étant toujours isolé de l'extérieur par le tube en verre dans lequel il est contenu et par les deux tampons de caoutchouc qui bouchent celui-ci à ses deux extrémités, il restera toujours parfaitement stérile.

Tels sont les avantages considérables que présente le système d'injections dit système « Carpule ».

Il simplifie d'une façon remarquable la technique de l'anesthésie. Pour notre



part, en O. R. L., il nous a toujours fait réaliser un gain de temps très appréciable et nous a permis de pratiquer des anesthésies locales absolument parfaites dans des conditions d'absolue sécurité.

Nous pensons que le système d'injections « Carpule » est destiné à se généraliser et que son emploi n'est pas forcément limité à la technique des anesthésies en O. R. L. ou en chirurgie dentaire.

MORRIS (L.). — **La névralgie du Trijumeau. — La technique de Hartel.**

L'alcoolisation du ganglion de Gasser à travers le trou ovale tend à se généraliser à l'étranger, et les résultats publiés semblent indiquer qu'il s'agit là d'une méthode facile, efficace et sans danger, qui supplantera rapidement la gassérectomie.

La technique la plus couramment employée est celle de Hartel, qui consiste à enfoncer une aiguille obliquement depuis l'angle de la bouche vers le trou ovale. L'auteur a étudié sur le cadavre les rapports de l'aiguille au cours de ce trajet, et a constaté que celle-ci est presque entièrement dans la boule graisseuse de Bichat, le seul organe pouvant être blessé étant l'artère maxillaire interne (blessure d'ailleurs sans danger). Quant à la découverte du trou ovale, elle est plus facile qu'il ne paraît, puisque l'auteur a réussi l'opération 388 fois sur 400, les seuls échecs provenant de l'absence de trou ovale (8 fois), ou d'une ossification anormale ptérygo-sphénoïdale (4 fois). Cependant des difficultés peuvent naître du fait de certaines anomalies osseuses, comme de l'existence d'une fosse sur la face sous-temporale du sphénoïde, ou de l'exiguïté de l'aile interne de la ptérygoïde.

D'après l'auteur, la voie haute, horizontale, partant à 2 cm. au-dessus de l'angle de la bouche, est supérieure à la voie basse, verticale, parce qu'elle est plus facile et qu'elle atteint, non le ganglion de Gasser lui-même, mais sa racine sensitive.

(*The Lancet*, 17 Janvier 1931).

VINCENT (R.). — **Le clapier pyorrhéique ; interprétation, traitement.**

L'auteur étudie la pyorrhée microbienne à l'exclusion des alvéolyses aseptiques ; ses recherches lui permettent d'énoncer les conclusions suivantes :

1° Le prélèvement aseptique dans la gencive cliniquement atteinte, au stade de congestion locale, permet d'obtenir les colonies d'une seule et même espèce et par ordre de fréquence, le staphylocoque parvulus, blanc, doré, le streptocoque viridans, hémolytique et l'entérocoque. Le microbe est le même que celui trouvé dans d'autres foyers infectieux de l'organisme.

2° Le clapier pyorrhéique est occupé au contraire par une flore polyvalente.

3° L'infection gingivale n'est pas primitive, d'origine buccale. Elle est au contraire secondaire à un état infectieux localisé loin de la bouche. La gencive joue le rôle d'émonctoire, de porte de sortie. Cette hypothèse est basée sur l'unicité du germe retrouvé par ponction de la languette gingivale, sur l'analogie entre le tissu gingival lymphoïde et les autres éléments lymphoïdes du tube digestif, sur la disposition anatomique des artères dentaires, sur le tropisme du streptocoque, du staphylocoque, de l'entérocoque pour la gencive.

4° La prophylaxie ne paraît pas avoir un rôle prépondérant dans la pyorrhée. Pour qu'elle produise des effets nocifs, il faut un fléchissement de la barrière gastrique et une altération de la muqueuse intestinale.

5° La vaccinothérapie donne de bons résultats au début, au stade de congestion. Elle est moins favorable et moins durable dans les formes à marche rapide.

Elle est suivie de peu d'effets apparents sur les clapiers pyorrhéiques constitués lentement.

6° Les seuls traitements efficaces sont ceux qui, détruisant la zone inflammatoire du clapier, transforment les tissus profonds en tissus scléreux de cicatrisation. Vincent donne sa méthode qui consiste en des injections d'un produit à la fois sclérosant et antiseptique.

(*Revue de Stomatologie*, N° 5, Mai 1931).

#### DENTAL COSMOS

*Résumé des articles de Février 1932*

##### RUDOLF KRONFELD. — **Résorption des racines des dents temporaires.**

L'auteur s'est livré à une étude complète de la résorption des dents temporaires, ce qui lui permet de jeter un nouveau jour sur cet important sujet. Ses conclusions semblent justes en se plaçant à son point de départ.

Il paraît y avoir plusieurs forces actives jouant un rôle à l'extérieur et à l'intérieur des dents elles-mêmes.

Les racines de ces dents seraient résorbées par le tissu conjonctif entre les dents permanentes et les dents temporaires, le stimulant provenant des premières quand elles font éruption. On observe en même temps dans la dent temporaire, une sorte de sénescence qui tend à favoriser la résorption quand il n'y a pas de dents permanentes successives. La résorption ne serait pas continue, mais serait interrompue par des périodes de repos.

La valeur de ce travail est rehaussée par quelques-unes des magnifiques photomicrographies qui l'accompagnent.

##### GEORGES EVANS. — **L'acide sulfurique ; son histoire et son emploi en dentisterie.**

L'auteur traite la question à partir du moment où l'usage précoce de cet agent provoque la formation d'un séquestre dans les cas de nécrose jusqu'à son emploi dans le traitement de la pyorrhée, si fréquent il y a 10 ans environ, ainsi que son emploi bien connu par Tallahan pour le nettoyage du traitement des canaux. M. Evans décrit en particulier son emploi de l'acide sulfurique aromatique dans la pyorrhée pour contribuer à dissoudre les incrustations formées sur les racines et faciliter beaucoup leur enlèvement.

##### CH. M. MAC NEELY. — **Les bases du fonctionnement d'un dentier complet.**

L'auteur traite particulièrement ce qu'il considère comme les deux objets fondamentaux d'un dentier : l'esthétique et le fonctionnement. Pour obtenir la première, il conseille d'étudier soigneusement le patient et ses besoins ; pour le second, d'examiner la bouche à fond, en prêtant une attention méticuleuse à chaque phase de la construction. Il donne une description détaillée de sa technique pour établir les rapports d'occlusion, monter les parties, etc. En fin de compte il recommande de s'attacher à instruire le patient sur l'emploi du dentier, et surveille avec soin le cas pour corriger ce qui entrave l'occlusion.

##### HERMANN PRINZ. — **La sérostomie.**

C'est le premier d'une série d'articles sur des maladies de la bouche, peu familières au dentiste général.

M. Prinz examine l'historique, définit les termes, l'étiologie, les variétés,

la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic de la maladie et finalement le traitement basé sur une grande expérience de toutes les affections de la bouche.

Cette fois il parle de la *bouche sèche*, rebelle aux méthodes habituelles de traitement.

Il signale un cas extrêmement intéressant d'érosion accompagné de sérotonomie.

W. D. N. MOVRE. — **La perte et le remplacement des dents naturelles.**

L'auteur expose le remplacement des dents par les diverses méthodes employées et en discute les qualités et les défauts. Il discute l'ouverture de l'articulation et signale la raison de nombreuses difficultés sérieuses provenant de l'exécution de ce genre de restauration sans avoir égard aux changements naturels survenant dans les mâchoires.

Il est partisan des bridges fixes dans des cas choisis et explique très logiquement l'élargissement apparent des extrémités apicales et ce qu'on considère fréquemment comme une hypercémentose, par des efforts de la nature pour remédier à une surcharge en cas de bridge. Il examine les divers procédés de fixation par crochets et propose des moyens fort ingénieux d'adaptation suivant les besoins individuels.

JOHN G. NILES. — **La résorption alvéolaire interstitielle comme moyen de reconnaître de bonne heure le diabète sucré.**

L'auteur rapporte une série de cas dans lesquels il a pu, de bonne heure, aider le diagnostic du diabète sucré en étudiant de près les tissus alvéolaires buccaux. Ses conclusions l'amènent à penser que la résorption alvéolaire interstitielle est un des symptômes les plus précoces de cette affection, avec relation étiologique possible.

Dr en médecine MILTON C. WINTERNITZ. — **Médecins, occupez-vous des dents.**

En présence de l'agitation générale, pour ne pas dire l'appréhension, touchant divers changements dans les méthodes d'enseignement, il est satisfaisant d'apprendre les idées du Dr en médecine Winternitz sur la question. Ces déclarations devraient contribuer beaucoup à éclairer les conceptions des dentistes sur ce sujet.

En analysant l'opinion de l'auteur, on arrive à la conclusion que son but principal est de faire de meilleurs dentistes, et la profession dentaire devrait se féliciter de ce qu'une personnalité si haut placée dans l'enseignement de la médecine s'intéresse à l'enseignement de la dentisterie.

J. ELPHINSTONE. — **Prise de l'occlusion pour les dentiers artificiels.**

L'auteur s'occupe d'une des phases les plus difficiles de la prothèse. Il expose une méthode fort ingénieuse et pratique de prendre l'occlusion en présence des changements continus des rapports anatomiques et la nécessité qu'en résulte de refaire les dentiers.



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 1<sup>er</sup> mars 1932

PRÉSIDENCE DE M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 21 heures.

*M. le Président.* — Mes chers Confrères,

J'ai le plaisir de vous annoncer que quelques confrères, membres de la Société d'Odontologie, ont été nommés Chevaliers de la Légion d'honneur : M. le Dr Vais, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris ; M. Ferrand, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris ; M. Tacail, professeur à l'Ecole Odontotechnique ; M. Raymond, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris ; M. Fabret, de Nice, et M. Spira, de Colmar.

Au nom de la Société d'Odontologie, nous adressons nos bien vives félicitations à ces confrères.

#### I. — NOMINATION DE MEMBRES HONORAIRES

*M. le Président* rappelle qu'il y a deux mois un vœu a été émis, sur la proposition de M. le Dr Solas, tendant à ce qu'un certain nombre de confrères étrangers qui se sont dévoués pour la profession et bien connus pour leurs travaux soient nommés membres honoraires de la Société d'Odontologie.

Sur la demande de *M. le Dr Roy*, l'Assemblée fixe pour cette année à vingt le nombre des confrères étrangers qui seront nommés membres honoraires de la Société d'Odontologie.

#### II. — RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PARADENTOSE ATROPHIQUE PRÉCOCE, par M. HULIN

*M. Hulin* donne lecture de la communication (v. p. 197).

##### Discussion

*M. le Dr Roy.* — M. Hulin vient de nous décrire, comme résultat de ses recherches, un processus très intéressant à étudier au point de vue du mécanisme par lequel se produirait l'atrophie alvéolaire précoce. Je ne veux pas le discuter ce soir, voulant l'étudier plus amplement après sa publication. Néanmoins, je fais dès maintenant une constatation qui me fait plaisir, c'est que M. Hulin, après avoir longtemps combattu l'atrophie alvéolaire sénile précoce, dont j'ai toujours fait la lésion initiale de la pyorrhée, veut bien aujourd'hui étudier ce processus ; cela ne me surprend pas, car vraiment toutes les recherches que j'ai faites m'ont toujours ramené vers cette notion primordiale dans l'évolution de la pyorrhée.

Je me bornerai aujourd'hui à lui faire quelques remarques, au sujet des radiographies qu'il nous a présentées.

Je regrette de lui dire que, pour moi, les cas qu'il nous a montrés ne sont pas probants et voici pourquoi : il nous montre des radiographies prises sur des individus à différents âges et qu'il nous dit être sains. Je lui ferai observer que l'absence de tout état inflammatoire de la bouche ne me permet pas, quant à moi, de me prononcer sur l'absence de phénomènes pyorrhéiques, de paradentose pour prendre ce terme si vous aimez mieux, parce que du moment qu'il y a atrophie alvéolaire précoce, il y a paradentose.

Or, à part la première radiographie où il semble, en effet, ne pas y avoir d'altération alvéolaire, tous les autres cas qu'il nous a montrés présentent un degré d'atrophie alvéolaire très notablement supérieur à celui de leur âge, y compris la seconde radio d'un individu de trente-deux ans, qu'il nous présente comme un sujet non pyorrhéique.

Voilà mon impression ; elle peut être fausse mais alors je vais vous indiquer le moyen de nous départager et de trancher le débat ; ce n'est pas une question de polémique en aucune manière. Hulin comme moi nous cherchons la vérité et ce n'est pas si commode que cela.

Si l'on veut entrer dans le domaine des comparaisons, comme Hulin vient de le faire ce soir, je ne crois pas qu'il soit possible d'établir des affirmations sur des faits aussi réduits où chacun de nous, suivant ses impressions personnelles, pourra apporter une interprétation différente.

Dans l'argumentation que j'ai présentée au Congrès sur les rapports relatifs à l'étiologie de la pyorrhée, répondant à Hulin, qui niait, à ce moment, le bien-fondé de la théorie que j'ai toujours défendue de la sénilité précoce des bords alvéolaires, en disant que nous marchions tous, dans notre vie, vers la sénilité et que celle-ci étant une processus physiologique, ne pouvait être un processus pathologique, je lui disais justement que, si la sénilité était un facteur physiologique qui marquait la fin naturelle de la vie, nous ne nous acheminions pas tous vers elle avec la même rapidité, et tous nos organes pris individuellement non plus ; par conséquent, quand un individu présente des phénomènes de sénilité générale ou d'un organe déterminé à un âge où la moyenne des individus de ce même âge, n'en présente pas, la sénilité n'est plus un phénomène physiologique, mais bien un phénomène pathologique, au même titre que l'impuissance sexuelle ou la disparition de l'ovulation et du flux menstruel chez de jeunes sujets, bien que ces phénomènes soient physiologiques chez le vieillard.

Il y a donc là un facteur de relativité qu'il serait intéressant d'établir pour que nous puissions dire, en nous basant sur des documents précis, que tel individu, quant à ses bords alvéolaires, présente une résorption supérieure à la moyenne des individus du même âge et a, par conséquent, de la résorption alvéolaire sénile précoce.

Mais, pour établir ces moyennes, il faudrait que l'on nous apporte un nombre très important de radiographies d'individus de chaque âge pris indistinctement, *dans toutes les catégories humaines*, et que l'on fasse alors une moyenne pour chaque âge considéré.

Or, ce n'est pas le cas pour les radiographies qui nous ont été présentées par vous, M. Hulin, et c'est pourquoi je vous fait cette remarque, que pour moi, sauf le premier cas, tous les sujets dont vous avez présenté les radiographies présentent de l'atrophie alvéolaire sénile précoce parce que, d'après mon expérience et mon impression, ils présentent une résorption alvéolaire supérieure à celle de la moyenne des individus de leur âge non pyorrhéique, et je le dirai même du cas de l'individu de 66 ans que vous nous avez présenté en dernier.

Pour vous montrer combien il faut faire attention dans l'appréciation de ces données, je vous citerai le cas suivant :

Il s'est présenté à ma clinique de pyorrhée de l'Ecole, l'année dernière, un homme de 74 ans qui venait demander qu'on le soigne ; cet homme était extraordinaire, il n'avait pas de pyorrhée et il avait à peine de résorption ; c'était un homme qui était remarquablement jeune par ses alvéoles. Je ne n'ai pas pu faire prendre de radiographie de ses mâchoires, mais j'estime que cet homme-là avait des bords alvéolaires presque égaux à ceux du premier cas que vous nous avez présenté. Ceci pour vous montrer qu'il y a des différences considérables ; par conséquent on ne peut tabler que sur une moyenne.

Maintenant ceci dit, puisque M. Hulin a essayé d'expliquer dans son travail de ce soir le processus de résorption alvéolaire dans la pyorrhée, je lui signalerai qu'il y a, au point de vue de la physiopathologie de la pyorrhée, un élément extraordinairement important à noter et dont il faut tenir le plus grand compte : c'est que, de même que la dent se différencie profondément de l'os (c'est pourquoi, quand on assimile la calcification dentaire avec la calcification osseuse, je pousse toujours les hauts cris, car il n'y a pas d'assimilation possible entre les deux processus), de même, dis-je, il faut se garder de faire une assimilation entre la calcification des bords alvéolaires et celle des autres os, car la vie de ceux-là est entièrement conditionnée par la vie des dents, et *vice versa*. En effet, de même que la dent est un tissu unique dans l'économie, l'alvéole est une région unique dans le tissu osseux. Les os longs, par exemple, peuvent se décalcifier d'une façon profonde ; nous en avons un exemple dans l'ostéomalacie dans laquelle les os deviennent extrêmement mous comme du cartilage pouvant entraîner des déformations formidables. Il y a une résorption considérable de sels calcaires, mais au bout d'un temps X, cette déperdition s'arrête, la recalcification se fait et les os reprennent leur structure calcaire primitive normale. Ce processus de déperdition et de reprise de sels calcaires du système osseux général peut s'observer également dans nombre d'états pathologiques, en dehors de l'ostéomalacie qui en marque la forme extrême ; mais il ne me semble pas pouvoir se produire dans les mêmes conditions pour la portion alvéolaire des maxillaires. L'os alvéolaire, en effet, doit sa vie à deux éléments : un périoste externe, périoste commun des os et un périoste interne, le ligament alvéolo-radulaire. Or, du seul fait qu'il y a résorption osseuse, résorption de l'alvéole, l'os se détache de ce périoste interne, de cette membrane péri-radulaire qui le relie au ciment de la dent et qui n'est pas seulement



un ligament, mais aussi un périoste ; elle procède du ligament par ses fibres de tissu élastique qui suspendent la dent et maintiennent celle-ci dans son alvéole, mais elle procède également du périoste, car c'est cette membrane qui alimente l'os d'une part, par sa face externe, et le ciment, d'autre part, par sa face interne.

Eh bien, quand cette paroi alvéolaire a subi un travail de résorption, elle s'est détachée de ce périoste interne, de ce ligament alvéolo-radiculaire et du jour où elle s'est détachée de ce ligament, celui-ci subit un processus d'atrophie et d'après les observations que j'ai pu faire, cliniques et radiographiques, il ne semble pas que cette membrane périradiculaire puisse se recoller et reprendre vie sur cette face cémentaire de la dent.

Ce sont ces conditions anatomo-physiologiques qui conditionnent toute la pathologie des bords alvéolaires et qui font, ainsi que je le disais tout à l'heure, de cette portion des maxillaires, une région tout à fait particulière dans l'ensemble du système osseux. C'est ainsi que le périoste du maxillaire qui est susceptible de reformer des portions considérables de l'os, est incapable de reformer la moindre portion alvéolaire.

Par contre, tant que cette portion alvéolaire et la fibro-muqueuse qui en assure la vie ne sont pas touchées, la vie de l'os maxillaire est assurée dans des conditions remarquables.

J'ai signalé ici il y a bien longtemps, trente ans peut-être, le cas d'un malade que j'ai soigné pour des accidents phlegmoneux du menton à la suite de l'infection d'une prémolaire ; il avait fait une énorme collection purulente qui avait dénudé toute la partie antérieure de la mâchoire qui s'est trouvée à nu jusqu'à la pointe du menton. J'avais tout d'abord porté un pronostic assez sombre en présence d'une chose comme celle-là et je craignais que ce malade ne fit une nécrose extrêmement étendue ; il n'en fut rien ainsi que je vous l'ai conté à l'époque ; ce malade n'a rien perdu de son maxillaire, sauf une parcelle insignifiante au niveau de la prémolaire cause des accidents initiaux. Pour quelle raison ce maxillaire a-t-il résisté malgré cette dénudation considérable ? C'est que ce décollement s'était fait sans que la fibro-muqueuse gingivale ait été touchée. Le processus qui allait jusqu'à la pointe du menton, *s'arrêtait, à la partie supérieure, exactement au niveau du bord inférieur de la fibro-muqueuse*. Eh bien, grâce à cela, ce malade a réparé exactement tous ses tissus ; cet os s'est recouvert d'une façon complète et s'est guéri sans aucune perte de substance. Mais si au contraire il y avait eu une destruction, si minime soit-elle, de cette fibro-muqueuse, la chose eût été différente.

La portion basilaire de l'os était complètement dénudée, mais l'alvéole n'était pas touchée et les lésions osseuses se sont réparées. Si, au contraire, il y a la moindre lésion du bord alvéolaire des phénomènes de destruction *irréversible* se produisent. C'est ce que l'on observe dans la gingivite ulcéreuse, qui détruit les bords alvéolaires, sans régénération possible.

Vous voyez donc ainsi, encore une fois, qu'il y a une constitution anatomique et physiologique de l'alvéole tout à fait particulière, qui conditionne toute la pathologie alvéolaire dont il nous faut tenir compte, et par consé-

quent, il ne serait pas exact de procéder par assimilation complète entre ce qui peut se passer au niveau des autres os de l'organisme et de l'os alvéolaire lui-même.

M. P. Housset. — Il est intéressant de constater la tendance de l'auteur à élargir le cadre nosologique de la paradentose et il nous donne déjà les prémices d'une classification.

Il conviendra donc d'ajouter des qualificatifs décrivant les modalités étiologiques et pathogéniques. Cependant, je fais une réserve pour le terme « paradentose » je préférerais parodontose, plus correct dans son étymologie.

Dans la résorption osseuse on emploie les termes d'ostéolyse et d'ostéoclasie, or Leriche et Policard ont bien démontré que l'action de destruction des ostéoclastes n'existait pas.

Le Dr Roy a soulevé la question du périoste et là encore Leriche et Policard, par des expériences très précises, ont prouvé que le périoste n'avait pas d'action ostéogénétique. Son rôle est simplement de maintenir la forme de l'os, d'aider à sa reconstitution en modelant ses contours. Contrairement à ce que croyait Ollier, le périoste ne fait pas d'os. Cet auteur prélevait, en raclant fortement, un morceau de périoste, en faisant l'inclusion circulaire du fragment dans le tissu musculaire, il se reformait en peu de temps une bague osseuse. Leriche et Policard, reprenant cette expérience, ont montré que cela n'était possible que si des particules osseuses adhérentes étaient enlevées avec le périoste. Si avec une rugine très coupante, on n'enlève que du périoste, il ne se refait pas d'os dans le tissu d'inclusion.

Il conviendrait de vérifier les acquisitions récentes dans nos observations quotidiennes et de tenter d'en tenir compte dans nos discussions au sein de cette Société. Notre Président serait, je crois, heureusement inspiré en mettant à l'ordre du jour le problème des phénomènes de calcification et de décalcification. Hulin nous présente des radiographies d'os sain et d'os pathologique et ces images comparatives sont nécessaires car elles permettent de bien fixer dans l'esprit les caractères radiographiques des différents états de l'os.

Dans l'os alvéolaire sain les trabécules forment une trame homogène plus serrée que dans l'os basilaire. Le septum interdentaire ou interradiculaire est limité par une « *lamina dura* » très nette et l'espace rempli par le ligament est étroit et régulier. La paroi dentaire, l'épaisseur ligamentaire, la « *lamina dura* » se suivent régulièrement et leurs contours sont précis. La « *lamina dura* » circonscrit bien la masse du septum, même dans sa partie libre, sous la papille gingivale interproximale. Nous pouvons donc admettre que si la « *lamina dura* » présente une solution de continuité, au bord du septum l'os ne peut plus être considéré comme sain et le plus souvent, dans ce cas, une désagrégation existe dans le tissu trabéculaire, c'est déjà l'effraction du septum. Les radiographies doivent être examinées très attentivement avant de décréter que l'os est sain.

Hulin indique les conditions de l'emploi prudent de l'ergostérine et il a bien raison, car ce traitement de recalcification est délicat, des calcifications peuvent s'opérer là où elles ne sont pas désirables. En réalité, les traitements

intensifs ou efficaces de recalcification ne peuvent être entrepris qu'avec la collaboration du médecin traitant et selon les indications générales que celui-ci peut relever d'après le métabolisme basal, en général.

Le Dr Roy, reprenant la question de la décalcification de la dent, il faut en revenir à la controverse soulevée entre nous à une séance précédente.

Le distinguo entre la décalcification de l'os et de la dent n'est pas possible, à mon sens, que si l'on néglige les questions de quantité et de durée. Il est évident que les phénomènes de décalcification sont plus difficiles à déceler dans la dent que dans l'os, ce n'est pas une raison pour les nier *a priori*.

Nous avons beaucoup à étudier dans ce domaine et le Dr Frey (1) dans un travail qui n'est pas ancien et qui n'est pas très cité, malheureusement, a bien mis en lumière (à son habitude) l'essentiel, appliqué aux os et aux dents, des travaux de Leriche et Policard.

Le Dr Roy dit que l'os alvéolaire ne se reconstitue pas sur son bord libre et ceci paraît être un fait exact, mais cela ne prouve pas qu'il ne s'établit pas des mutations calciques de voisinage comme partout ailleurs dans l'os et de nombreuses radiographiques dentaires montrent, à côté d'une zone alvéolaire condensée, une zone alvéolaire raréfiée.

Si l'os lamellaire alvéolaire ne se reforme pas sur son bord libre ne peut-on faire intervenir les deux raisons suivantes :

Si la gencive a suivi la résorption, l'os ne peut se reformer sans tissu de protection, tissu exerçant en outre, une action modelante (voir Leriche et Policard). Si la gencive ne suit pas la résorption, il se forme le recessus que nous désignons sous le nom de clapier et dans lequel la pullulation microbienne favorise plus une nouvelle résorption qu'une ostéogénèse.

On invoque aussi les troubles de nutrition provoqués par une vascularisation très faible dans l'os lamellaire, je crois que la vascularisation est proportionnée dans sa quantité au tissu qu'elle irrigue, d'ailleurs l'excès de vascularisation est plus dangereux pour l'os que son insuffisance.

Le Dr Roy fait intervenir le rôle du périoste alvéolaire. Existe-t-il ce périoste ? Son existence est même niée par des auteurs comme Retterer et certains admettent que le tissu inter-dento-alvéolaire attache ses fibres directement dans l'intervalle des trabécules osseuses. L'existence du périoste n'est pas prouvée et son rôle ostéogénétique n'est plus admis.

M. G. Villain. — Un simple mot sur la dénomination qu'a prise M. Hulín qui est proposée par Weski : « Paradentose atrophique précoce ». Il a utilisé le mot « horizontal ». Je trouve que ce terme « horizontal » est bien gênant, parce que je me demande où vous faites la délimitation *horizontal* et *vertical* ? Lorsque vous regardez verticalement, l'os disparaît ; il disparaît en hauteur, donc verticalement. La dénomination « horizontal » devrait être remplacée par « linéaire ».

---

(1) Os et dents. Dr Frey.



*M. Hulin.* — *Linéaire*, en effet, serait mieux, c'est-à-dire à égalité par-tout.

*M. G. Villain.* — M. Roy faisait remarquer que l'alvéole ne se reproduit pas, c'est évident ; mais cela n'est pas expliqué. Il y a une chose qui nous a frappés, pendant la guerre, lorsque les lésions balistiques faisaient des plaies ouvertes dans la cavité buccale, la réparation osseuse était infiniment plus lente, se compliquant de suppuration prolongée, que lorsqu'on se trouvait en présence d'une fracture avec plaie ouverte extérieure.

Est-ce que le fait que le tissu alvéolaire dénudé est en contact avec le milieu septique buccal n'aurait pas une influence sérieuse qu'expliquerait l'absence de formation de nouveau tissu alvéolaire ? Lorsqu'il opère sur le maxillaire, le chirurgien cherche toujours à le faire par voie externe.

*M. le Dr Roy.* — Il y a des faits que je ne serais pas fâché de signaler à Hulin pour renforcer ce que je viens de dire, et je répondrai en même temps un peu aux objections de Housset.

Ceci se rapporte à ce que vient de dire Villain à propos des plaies de guerre. Je viens déjà de vous citer un cas dans lequel je vous ai montré, dans la guérison d'une lésion grave du maxillaire, l'importance de l'intégrité de la région fibro-muqueuse. Cette région fibro-muqueuse conservée a permis la guérison intégrale d'une grosse lésion osseuse comme celle que je vous ai décrite.

Eh bien, corroborant ceci, Villain se rappellera peut-être d'un cas, où je le lui ai fait remarquer d'une façon très nette. Le souvenir du cas que je vous ai cité tout à l'heure, qui m'avait permis, pendant la guerre, d'attacher chez mes blessés une grande importance à la conservation des lambeaux fibro-muqueux dans la bouche, et voilà pourquoi je disais toujours : « Quand vous avez dans une plaie des maxillaires, des lambeaux fibro-muqueux, avec une portion osseuse adhérente, conservez-les avec soin car l'os se régénérera d'une façon beaucoup plus parfaite et plus rapide ». Georges Villain se rappellera peut-être qu'un jour, à l'ambulance de Saint-Cloud, nous avons vu ensemble un zouave qui avait eu un fracas effroyable de la mâchoire ; il semblait qu'il allait la perdre entièrement ; et j'ai dit à Villain : « Je porte un diagnostic favorable sur ce malade, car il a quantité de fragments osseux adhérents à des lambeaux fibro-muqueux et vous verrez que cet homme-là va guérir d'une façon remarquable ». J'ai épluché ses plaies, j'ai enlevé des esquilles assez nombreuses, mais j'ai respecté toutes celles qui adhéraient à des fragments fibro-muqueux dans la bouche et il a guéri de façon remarquable, sans pseudarthrose, refaisant un arc mandibulaire complet, contrairement à ce qu'il eut semblé possible à un observateur non averti en présence d'un maxillaire complètement broyé comme celui que présentait ce blessé.

Vous voyez l'importance dans la nutrition de l'os de cette région fibro-muqueuse.

A propos de l'objection qu'a faite Housset tout à l'heure, en déniaut la qualité de périoste à la membrane alvéolo-radiculaire, je lui répondrai que, si je ne méconnais pas les travaux de laboratoire, je ne méconnais pas

non plus, en clinicien averti, l'importance des rapports entre la pathologie et la physiologie, et il ne faut pas oublier que c'est la pathologie qui a permis d'élucider un très grand nombre de points de physiologie ; or, c'est justement par une observation pathologique que je veux justifier l'affirmation que j'ai apportée tout à l'heure quant aux fonctions périostiques de la membrane périradiculaire.

Lorsque, par suite d'une infection radiculaire, il y a inflammation de la membrane périradiculaire, cette inflammation, si elle revêt le type chronique, peut entraîner dans les tissus auxquels elle est rattachée, soit un processus régressif, soit un processus hypertrophique. Dans le processus régressif, c'est la résorption de la racine que l'on observe ; dans le processus hypertrophique, c'est une hypercémentose de la racine avec une hyperostose correspondante de l'alvéole, ce qui montre bien que, dans ses réactions pathologiques, la membrane périradiculaire se comporte exactement comme un périoste osseux, que c'est bien elle qui assure l'irrigation et la nutrition de l'os alvéolaire par sa face externe et du ciment radiculaire par sa face interne.

Je dis donc que non seulement cette membrane péri-radriculaire est bien un ligament de par l'existence et la disposition de ses fibres élastiques, mais qu'elle est aussi un périoste comme les anciens le décrivaient et ils avaient raison. C'est une membrane exerçant une double fonction et le fait que je viens de vous exposer en apporte, à mon avis, une démonstration péremptoire.

*M. Hulin.* — Je voudrais répondre à M. Roy. Dans ce cas, on est supposé croire, avec raison, que c'est une membrane périostale qui a fait cette portion osseuse, dans un cas pathologique type et toujours infecté. Or, nous savons très bien que dans l'infection il y a toujours dégénérescence cellulaire, que le processus se passe dans un muscle, dans un périoste ou dans une membrane périradiculaire.

Or, dans ces processus de dégénérescence cellulaire, la première que nous constatons toujours, c'est la dégénérescence mucoïde et la dégénérescence graisseuse. Toujours nous trouvons dans ces cas-là une coloration intense au muci-carmin. Cette hypercémentose que vous voyez ne représente que la fixation du calcium environnant sur les cellules en voie de dégénérescences.

Vous avez toujours à la base de ces ossifications pathologiques une dégénérescence mucoïde qui se calcifie, mais ce n'est pas un périoste qui fabrique de l'os comme dans l'ossification normale.

*M. le Dr Roy.* — Permettez que je vous cite un cas dans lequel ces phénomènes d'hypercémentose et d'hyperostose se produisent sans qu'intervienne un processus infectieux, sans phénomènes pathologiques pourrait-on dire. Vous n'avez qu'à examiner les racines de toutes les dents présentant une grosse anomalie de position, ayant fait une évolution vicieuse, notamment des dents incluses, des canines qui ont poussé dans le palais, des dents de sagesse en ectopie. Eh bien, ces dents sont saines et n'ont pas présenté de phénomène pathologique ; la pulpe en est vivante. Examinez-en les raci-

nes, vous verrez que toutes ces dents ayant fait une évolution vicieuse, même sans aucun processus infectieux surajouté présentent toutes une hypercémentose qui est due évidemment au travail, à la tendance, à la force qui ont amené cette dent à chercher à prendre une place qu'elle n'a pu trouver, suractivité fonctionnelle de la membrane périradiculaire, au moment de la formation de la racine, qui se traduit par de l'hypercémentose et une hyperostose de l'os environnant ; et c'est pourquoi ces dents sont difficiles à extraire parce que non seulement leurs racines sont plus ou moins renflées à l'apex, mais aussi parce que celles-ci sont incluses dans un os qui est aussi hypertrophié que le ciment l'a été et par suite du même processus.

*M. P. Housset.* — Je ne voudrais pas prolonger une discussion qui devient une digression, mais l'interprétation de l'hypercémentose admise par le Dr Roy s'oppose aux conceptions des travaux modernes.

L'hypercémentose peut être produite par une mutation calcique, décalcification apicale et du fond alvéolaire comme le dit le Dr Frey et fixation du calcaire sur le ciment de voisinage, ceci sous l'influence de l'irritation cellulaire.

Cette irritation cellulaire peut être d'ordre infectieux, elle peut aussi être d'ordre traumatique et le plus souvent on observera au pourtour de ces zones de condensation osseuse et cémentaire des zones de raréfaction.

*M. Hulin.* — Il y a une question de principe que je veux fixer concernant l'interprétation des faits et je désire poser une question à M. Roy. Ce dernier admet-il la résorption alvéolaire physiologique ?

*M. Roy.* — Oui, chez le vieillard.

*M. Hulin.* — Je n'ai jamais, pour ma part comme me le prête M. Roy, combattu le processus de l'alvéolyse, je n'ai combattu que l'identification de cet état à la forme clinique connue sous le nom de pyorrhée alvéolaire.

M. Roy admet, d'une part, la résorption alvéolaire physiologique chez le vieillard, et d'autre part, il nomme pyorrhée toute résorption alvéolaire. Il nous faut admettre que chez le vieillard cette résorption n'est pas spontanée !! elle vient *progressivement*. Alors, à un moment de sa vie, un homme peut présenter une résorption pouvant être prise pour une résorption précoce, c'est-à-dire alors qu'il n'est pas un vieillard, car nous le répétons, la résorption du vieillard ne vient pas d'un seul coup, elle vient lentement et suit progressivement le nombre d'années.

Il en est alors tout autrement lorsque cette périodontolyse se manifeste dans le jeune âge, c'est-à-dire qu'à 20 ou 25 ans, l'étiage atteint celui qui est réalisé à 65 ou 70 ans. Là il y a un cas pathologique, là il y a une lésion dont nous tentons de donner l'origine par ce travail.

*M. Roy.* — Donc, il s'agit bien d'un malade.

*M. Hulin.* — En effet, c'est là que ce sujet fait de la sénilité précoce et dans ce cas seulement, dans cette période de 20 à 25 ans. Pour pouvoir faire la part de ce qui est physiologique et de ce qui est pathologique, c'est-à-dire ce qui est sénile ou sénile précoce, il faudrait pouvoir suivre un malade



à toutes les périodes de sa vie, faire des radiographies à 20 ans, 35, 40, 50, 60 ans, sur le même sujet.

*M. le Président.* — Et vous n'êtes pas assez vieux pour cela.

*M. Hulin.* — Entendu, mais si nous laissons des films dans des archives radiographiques, nous arriverons, par le travail de plusieurs, à bénéficier de ces recherches et à établir ce qui revient à l'un ou l'autre processus, et nous ne classerions plus pyorrhéique un homme de 71 ans qui fait effectivement de la résorption alvéolaire, car, à cet âge, il est permis de se considérer comme un vieux, ou alors, à quel âge désarmera-t-on ?

*M. Roy.* — On a l'âge de ses artères et peut-être l'âge de ses alvéoles.

*M. Hulin.* — D'autre part, on ne peut dire que la réparation entraîne une structure de néoformation de l'alvéole. Non, une fois l'étiage atteint, c'est fini. Par contre, une simple irritation de l'épithélium sus-jacent peut amener une raréfaction sensible à la radiographie, et lorsque la gingivite est guérie, quelques mois après vous assistez à la reformation de la lame dure un instant disparue. Pour notre part, nous en avons vu beaucoup. Mais on ne peut, en vérité, voir là une réparation alvéolaire ayant contribué à relever l'étiage de la périodontolyse.

Je trouve que M. Housset a parfaitement raison. Vu la labilité de l'os, celui-ci devient dur ou mou selon les besoins du sang en calcium et ce, avec une grande facilité.

Les dents n'échappent certainement pas à ces phénomènes puisqu'elles ont la même structure histo-chimique que l'os.

Il est évident que dans ces décalcifications dentaires, il faut voir un trouble du métabolisme du conjonctif, lié à une diminution du taux du calcium sanguin.

Pour ce qui est de la suppuration, comme le fait remarquer M. G. Villain, il faut ne voir là qu'une question de quantité ; une fracture non infectée guérit certes, mais un peu de suppuration active la réparation alors qu'une suppuration intense l'empêche.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier tout particulièrement M. Hulin de sa communication si intéressante. Ses communications ont l'avantage de provoquer toujours de longues discussions, même assez vives ; c'est là la valeur d'une bonne communication.

### III. — POUR UNE SÉLECTION DE NOS SUBSTANCES D'OBTURATION, par M. BROCHIER

*M. Brochier* donne lecture de la communication (v. p. 205).

#### *Discussion*

*M. Hulin.* — Quelques mots simplement au sujet de la solution de Ringer-Look que M. Brochier a expérimentée. C'est une solution qui ne contient aucune albumine, que des minéraux dissous. Mais on ne peut pas comparer le degré d'acidité obtenu dans une telle solution à une acidité dans une quantité égale de salive ; pour faire varier l'acidité salivaire, on est obligé

d'ajouter des quantités énormes d'acide. Il y a peut-être des phénomènes électrolytiques au point de vue de la désagrégation des amalgames de cuivre. Je ne pense pas que ce puisse être très nocif. Et si ce n'est pas très nocif, cela peut être thérapeutique pour certains !

*M. G. Villain.* — J'ai été très heureux d'entendre la communication de M. Brochier, ainsi que ses conclusions. Malheureusement, ce qui nous manque en France, c'est l'argent, parce que nous ne savons pas en trouver.

Les Américains, les Anglais, les Allemands se sont organisés et ils ont dans ces trois pays, au point de vue professionnel, des laboratoires d'essais. Les Américains avaient constitué un laboratoire auquel on pouvait soumettre toutes les fournitures ou matières destinées à la profession, et ce laboratoire donnait des estampilles après essais. Le produit estampillé était plus recherché de la profession. Ce laboratoire était alimenté, je crois, par l'American Dental Association qui compte 60.000 membres et qui a beaucoup d'argent.

Les Anglais ont réussi par un moyen tout différent ; il leur a été fourni par l'Etat.

Lorsqu'en 1921 la loi a réglementé l'exercice de la profession, puisque avant l'exercice était libre, l'Etat anglais a imposé à tout praticien une patente payée mensuellement. Une partie de l'argent ainsi perçu va à une organisation qui est composée de praticiens, désignés par l'Etat, d'une part, et élus par la profession, d'autre part. Tous les membres de la profession sont obligés de participer à cette élection et il se fait une espèce d'organisation professionnelle obligatoire pour tous les praticiens ; cette organisation a diverses attributions : surveillance de l'enseignement dentaire, exercice illégal, etc., et entre autres, entretien de laboratoires de recherches comprenant l'étude des produits. Une certaine somme, importante, est annuellement prélevée sur cette patente et réservée à ces expériences. C'est une chose relativement récente ; vous avez pu voir les résultats de cet organisme, relativement aux recherches sur les acétates de cellulose.

*M. Roy.* — Cette Commission a fait notamment des recherches sur le plâtre, très intéressantes, dont la traduction a été publiée il y a quelques années, dans *L'Odontologie*.

*M. G. Villain.* — Les Allemands pratiquent d'une façon différente qui donne de bons résultats. Chaque confrère doit verser une somme mensuelle et cette somme va à une caisse centrale ; ils étudient aussi la question des recherches appliquées aux produits pour pouvoir déterminer la valeur de ceux-ci.

On pourrait donc trouver dans ces différents pays, qui ont déjà expérimenté la chose, des renseignements qui pourraient être utiles.

Je crois que M. Brochier a tout à fait raison en disant qu'une Commission pourrait être nommée. Il est évident que, tout au moins pour les recherches d'ordre mécanique, les laboratoires d'essai des Arts et Métiers seraient tout à fait outillés pour le faire et aucune suspicion ne pourrait être portée sur ces Laboratoires ou sur les personnes qui y sont occupées. Je suis d'avis

que la Société d'Odontologie doit l'encourager et l'aider à poursuivre le but qu'il s'est donné.

*M. P. Housset.* — Comme vient de le dire M. G. Villain, il serait intéressant de nommer une commission d'études et de vérifications, en rapport avec les laboratoires existants ou avec des laboratoires à créer, pour l'examen des produits et même des méthodes.

Nous ne saurions trop nous élever contre la tendance de certains fournisseurs à créer des méthodes « standard » avec des produits, une instrumentation et une technique uniforme et généralisée, procédé de traitement « omnibus » dangereux.

La conclusion de M. Brochier montrant qu'après nos études et préparations thérapeutiques nous retombons dans l'empirisme par l'emploi de substances obturatrices mal connues est absolument juste et troublante et les praticiens ont là une tâche certaine à accomplir, avec la collaboration intelligente des fournisseurs, certes, mais non pas sous la tutelle de ceux qui tentent de transgresser leur rôle par une exploitation commerciale inadmissible dans le fond et dans la forme.

Félicitons M. Brochier de montrer l'importance de ces questions.

*M. le Président.* — Actuellement, on tend à nous conseiller un petit excès de mercure. Mais il y a la méthode classique qui consiste en ce qu'il n'y ait pas d'excès de mercure, à doser la quantité d'alliage ou de mercure à l'aide d'une balance, de le triturer et il ne doit pas y avoir d'excès de mercure. Je regrette que M. Brochier n'ait pas fait ses expériences suivant cette méthode qui lui aurait peut-être donné de meilleurs résultats.

*M. Brochier.* — Je remercie M. Hulin dont l'observation me donne à la fois tort et raison. Tort, puisque j'ai pu mal interpréter le résultat de certaines expériences ; raison, puisqu'en dépistant mon erreur personnelle, il démontre la nécessité d'une collaboration.

Je remercie M. Villain de ses bonnes paroles. J'ignorais qu'il existât des laboratoires d'essais dans d'autres pays. Cela montre qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Il y a un intérêt évident à étudier ce qui a pu se faire par ailleurs, de manière à élargir son champ d'action.

Au Dr Roy, je répondrai la même chose puisque son intervention avait au fond le même sens.

Quant à M. Housset, il a certainement raison ; les maisons de fournitures ont tendance à exagérer leur droit à l'enseignement. Elles ont pris au sérieux leur rôle éducatif, du fait surtout que trop de praticiens se désintéressent des préparations dont ils se servent. Beaucoup de praticiens se plaignent de leurs produits parce qu'ils s'en servent mal. Alors les fournisseurs ont été conduits à préciser le mode d'emploi de leurs produits et, étendant leur sujet, font véritablement de l'enseignement. Quelquefois ils le font bien, d'autre fois mal. Je n'en veux pour preuve qu'un article destiné au grand public et détaché d'un journal qui s'appelle *Je sais tout*, (n° 310, page 385), dans lequel je trouve la phrase suivante, inspirée par une maison de fournitures dentaires : « Et pour les dentistes, quelles facilités accrues qui font



de tous les traitements, à coup sûr, des réussites ! » C'est là sans doute dépasser les bornes...

M. Lubetzki me demande pourquoi je n'ai pas fait d'expériences avec des amalgames qui comporteraient la proportion rigoureuse de mercure nécessaire. Je l'ai fait cependant, mais cette proportion nous est donnée par le prospectus accompagnant le produit ou bien par la balance spéciale à cet usage. Il faudrait poursuivre des essais successifs d'amalgame avec quantité de mercure variable pour savoir à quel moment il n'y a plus d'excès, car les balances ont été réglées par les fabricants.

M. le Président. — Je remercie M. Brochier de sa communication intéressante et originale et lui demande de bien vouloir présenter ses vues au Bureau de la Société de façon que nous puissions prendre des décisions en vue de la nomination d'une Commission.

Séance levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire général :  
D<sup>r</sup> LEBLAN.

\*\*\*

Séance du 6 Avril 1932

(Résumé)

I. — M. le Professeur Carnot (de l'Académie de Médecine) : *Les complications digestives de la septicité bucco-dentaire.*

Belle leçon magistrale dans laquelle le Prof. Carnot traite des méfaits à distance de la septicité bucco-dentaire. Cette question, d'abord traitée par les Français, est reprise par les Américains et revient ensuite en France légèrement modifiée.

Les affections constatées sont : les ulcères gastriques, les néphrites, les cholites et appendicites, les cholécystites, le rhumatisme articulaire aigu et les endocardites.

Ces accidents proviennent de trois causes : 1<sup>o</sup> des racines à granulomes ; 2<sup>o</sup> des gingivites, stomatites et de la pyorrhée alvéolaire ; des amygdalites.

Les germes microbiens vont se fixer dans les différents points de l'organisme par un tropisme spécial à chaque catégorie microbienne, soit par la voie digestive (gastrites septiques), soit par la voie sanguine (endocardites).

Les chirurgiens-dentistes, par des soins minutieux, mettront donc leurs patients à l'abri de ces graves affections.

II. — M. le D<sup>r</sup> Lemeland (Accoucheur des Hôpitaux) : *Influence grave de l'état puerpéral sur le développement de la carie.*

Il signale l'état lamentable de la denture des femmes qui accouchent dans les hôpitaux.

Une femme enceinte est toujours en déficience calcique, elle est sans défense contre l'infection. Elle lutte donc mal contre l'envahissement de la carie dentaire et, partant, se nourrit mal. Un tel état l'expose à l'infection puerpérale. Elle met au monde des enfants tarés, privés de chaux.

Il termine sa vigoureuse communication en émettant le vœu suivant, espérant que les Pouvoirs Publics écouteront son appel : « Un service dentaire doit être adjoint à toute consultation maternelle pour soigner les accidents de la bouche et des dents en cours de la puerpéralité et collaborer avec le médecin

et le laboratoire pour en rechercher les causes et surtout le traitement préventif et curatif ».

III. — M. Morineau (Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris) : *Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-placage à recouvrement.*

Notre éminent confrère, dont la compétence en prothèse est au-dessus de tout éloge, soumet à l'assistance une ingénieuse invention de contre-placage à l'américaine des facettes Steele sur dents à pivot avec bridges.

La glissière en or est un peu plus haute qu'une glissière normale, ce qui lui permet d'insinuer entre le contre-placage et la facette de porcelaine une plaque dont on rebrousse le bord libre sur le biseau de la facette de porcelaine. Ainsi protégée, la dent résiste à tous les chocs de la mastication. D'un emploi facile, mais délicat, cette méthode est une véritable révolution dans l'application des dents interchangeables.

Le Secrétaire général :  
D<sup>r</sup> LEBLAN.

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 Janvier 1932

MM. Lhironde et Gorensky présentent une malade chez laquelle ils ont pratiqué l'extirpation complète d'une grenouillette sublingale et en profitent pour discuter des indications de l'extirpation totale de la marsupialisation dans ces tumeurs.

MM. Ponroy et Déchaume présentent un ingénieux appareil de contention destiné à maintenir une dent réimplantée.

M. Régis présente des modèles d'anomalies de dentition.

La discussion sur la définition de Parulie, commencée à une séance précédente, est reprise. M. Déchaume nie son existence et, se basant sur les considérations histologiques, prétend qu'à la gencive il ne peut y avoir que des abcès sous-périostés. Pour MM. Lhironde et Crocquefer, et d'autres auteurs, la parulie est une entité clinique bien établie.

MM. Berclier et Fleury apportent un travail dans lequel, après avoir rappelé les rapports anatomiques entre le sinus maxillaire et les dents, ils traitent des douleurs dentaires uniquement sous la dépendance de lésions sinusales. Ils précisent les caractères des douleurs et envisagent les différentes thérapeutiques possibles.

M. Minière (de Rouen) rapporte un cas d'hémostase par le muscle de poulet et rappelle les principes de la méthode qui lui ont permis d'arrêter instantanément une hémorragie alvéolaire à la suite d'extraction dentaire.

MM. Carvallo et Rey : « Kyste paradentaire du maxillaire inférieur à évolution liante sur la face externe de la branche montante et compliquée de fractures mandibulaires post-opératoires ». Il s'agit d'un cas relativement rare où un kyste du maxillaire inférieur détermine des lésions telles qu'elles entraînent une fracture mandibulaire.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(A. F. A. S.)

CONGRÈS DE BRUXELLES. — 24-29 Juillet 1932

SECTION D'ODONTOLOGIE (XIV<sup>e</sup> Section)

Cher et Honoré Confrère,

Dans mon appel à la Profession du 1<sup>er</sup> février dernier, et me basant sur le grand nombre de communications déjà inscrites à cette date et la notoriété scientifique de leurs auteurs, j'affirmais que le succès de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. à Bruxelles pouvait être, d'ores et déjà, considéré comme assuré. La lecture de la liste ci-dessous vous convaincra, je l'espère, que mon optimisme s'étayait sur une réalité.

Quoique, en apparence très chargé, ce programme s'accomplira de bout en bout, sans précipitation (les orateurs pouvant disposer d'un maximum d'une demi-heure pour la présentation de leurs travaux) et les discussions pourront se dérouler suivant un tour de parole strictement réglementé.

Pour cela, *deux* salles contiguës seront mises à la disposition de la section d'Odontologie, — grâce à la vigilance de nos Amis belges du Comité local.

Enfin, le Comité exécutif de la XIV<sup>e</sup> Section vous adressera, personnellement, dans le courant de la première semaine de Juillet, un programme complet, comportant notamment les ordres du jour détaillés de chacune des séances scientifiques et de démonstrations pratiques. Une superbe Exposition de matériel et fournitures dentaires se tiendra au cours du Congrès et près des salles de conférences de notre Section.

Comptant sur votre présence à Bruxelles, dès le dimanche 24 juillet (réception amicale par le Comité local), je vous prie d'agréer, cher et honoré Confrère, l'assurance de ma haute considération et de mes sentiments cordialement dévoués.

*Le Président de la XIV<sup>e</sup> Section de l'A.F.A.S.,*  
E. FOURQUET.

*Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.*

*Listes des communications déjà inscrites à l'ordre du jour :*

I. — PATHOLOGIE. — BACTÉRIOLOGIE. — DIAGNOSTIC

*MM. le Professeur agrégé Dr Ch. Grandclaude, chef de Laboratoire de Recherches biologiques à l'Ecole Odontotechnique de Paris, et le Dr Ph. Lesbre. — « Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de l'as-*



sociation fuso-streptococcique à point de départ dentaire » (Projections).

*M. le Dr Mathieu Pierre Weil*, médecin des Hôpitaux de Paris. — « Dents et rhumatismes ».

*MM. le Médecin lieutenant-colonel Bercher*, chef du Service de Stomatologie du Val-de-Grâce, et *le Dr Fleury*, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — « Les résorptions radiculaires ou Rhizalyses » (Projections).

*M. le Dr Gibier-Rambaud*, de l'Institut Pasteur de Paris, ancien directeur de l'Institut Pasteur de New-York. — « Rôle de l'infection focale dans les psychoses ».

*M. le Dr Pont*, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon. — 1<sup>o</sup> « Nouvelle note sur les affections apicales en canon de fusil » ;

2<sup>o</sup> En collaboration avec *M. Gendre*, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Lyon. — « Rapports entre le système endocrinien et la carie dentaire ».

*M. le Dr Vichot*, professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon. — « Ostéome du maxillaire inférieur ».

*M. le Dr R. Boissier*, stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — « Séméiologie de la langue ».

*M. le Dr Maurice Roy*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — « Les pseudo-odontalgies ».

*M. J. Lubetzki*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — « Les réactions dentinaires avant et après l'obturation ».

*M. P. Dubois*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Névrites pulpaire consécutives au traitement de la carie pénétrante ».

*MM. Lebrun*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris, et *Naar*, aide de clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Contribution à l'étude de la pathogénie de la carie dentaire » (Projections).

*M. le Dr Jaccard René*, de Genève. — « Nécessité d'une collaboration internationale pour les recherches sur la paradentose ».

*M. le Dr Schindler*, professeur à l'Institut dentaire de Berne. — « La carie des racines et radiographie dentaire » (Projections).

*MM. le Dr Bouland, D.E.D.P.*, et *René Sudaka*, chef de clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — 1<sup>o</sup> « Contrôle radiographique des affections locales et lésions alvéolaires ». — 2<sup>o</sup> « Etude radiographique des complications tardives des fractures alvéolaires ».

*M. Maurice Sapet*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Considérations embryologiques à propos d'anomalies et malformations dentaires » (Présentation de pièces).

*M. Filderman Jacques*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Cas d'angine de Ludwig ayant déterminé la perte de toutes les dents du maxillaire inférieur ».

*M. A. Marmasse*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Lésions oculaires d'origine dentaire ».

*M. P. Tacail*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Dents incluses et égat général » (Observation clinique).

*M. le Dr G. Lonneville*, professeur à l'Ecole Dentaire belge. — « La chimio-

thérapie, ses rapports avec le système réticulo-endothélial, ses applications en odonto-stomatologie ».

*M. John Ceulemans*, chirurgien-dentiste à Anvers. — « Accidents de dents de sagesse supérieures incluses ».

*M. Seimbille*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Pathologie dentaire et crétinisme ».

## II. — TECHNIQUE. — DENTISTERIE OPÉRATOIRE

*M. le Dr L. Frison*, Directeur de l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Considérations sur les traitements de la Pyorrhée alvéolo-dentaire ».

*M. le Dr Van den Berg*, d'Amsterdam. — « Préparation simplifiée des cavités pour inlays au point de vue histologique ».

*M. Nivard*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « L'action thérapeutique des radiations des arcs polymétalliques dans les affections bucco-dentaires ».

*M. le Dr Polus*, professeur à l'Institut Belge de Stomatologie. — « La Pyorrhée alvéolo-dentaire et son traitement ».

*M. le Dr James Quintero*, professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon. — « Les précautions à prendre avant, pendant et après les interventions intra-buccales ».

## III. — CHIRURGIE ET PROTHÈSE MAXILLO-FACIALES

*MM. les Drs Dufourmentel*, chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, et *Marcel Darcissac*, stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — « Le traitement chirurgical et orthopédique des rétrognathismes mandibulaires » (avec projections).

*M. le Dr Gérard Maurel*, stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — « Les adénites et les adéno-phlegmons cervico-faciaux d'origine bucco-dentaire en chirurgie maxillo-faciale » (Etude clinique et thérapeutique).

## IV. — ORTHODONTIE

*M. le Dr F. Watry*, directeur de l'Ecole Dentaire belge. — « L'orthophonie en orthopédie dento-maxillo-faciale ».

*M. le Dr de Costers*, professeur à l'Institut Belge de Stomatologie : « Les dernières données relatives au problème du traitement orthodontique ».

*M. Henri Villain*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris — « Le suçage du pouce »

## V. — PHYSIO-MÉCANIQUE ET PROTHÈSE DENTAIRES

*M. Georges Villain*, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. — « Rétention, articulation et stabilisation des prothèses ».

*M. le Dr Ackermann*, ancien chef démonstrateur à l'Institut dentaire de Zurich. — « Conclusions théorico-pratiques concernant les travaux de prothèse complète présentés au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris » (Projections).

*M. le Dr Solas*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — « Présentation d'un nouveau porte-empreinte ».

*M. E. Fourquet*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — « Les forces inter-dento-ligamento-maxillaires. Leur détermination en direction d'après la morphologie des dents et les lois de la mécanique rationnelle, par la théorie des résultantes des forces concourantes composées ».

*M. Roger Fraenkel*, chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris. — « Equilibre proximal des dents dans les travaux à pont ».

*M. Vercing Lapierre*, chirurgien-dentiste à Lyon. — « Quelques cas de prothèses faciales articulées ».

#### VI. — ENSEIGNEMENT

*M. le Dr Caumartin*, directeur de l'Ecole Dentaire de la Faculté de Lille. — « Chirurgiens-dentistes et Stomatologistes ; nécessité de leur collaboration avec les médecins chirurgiens et spécialistes ».

*M. le Dr Solas*, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris. — « Préparation à l'Enseignement technique. »

#### VII. — PRÉSENTATIONS ET DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

*M. M. Raton*, professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon. — « Emploi et utilité du mannequin propédeutique pour l'enseignement de la pathologie buccale ».

*M. Charlier*, professeur à l'Ecole Dentaire Belge. — « Contribution à l'étude de l'acier inoxydable » :

- 1<sup>o</sup> « Technique des barres linguale et palatine » ;
- 2<sup>o</sup> « Soudure électrique de l'or et acier par enrobage » ;
- 3<sup>o</sup> « Adhérence des appareils complets en acier inoxydable » ;
- 4<sup>o</sup> « Technique perfectionnée ».

*M. de Vriendt*, professeur à l'Ecole Dentaire Belge. — « Démonstration du montage d'un dentier complet à l'aide d'un nouvel articulateur ».

*M. R. C. Vieilleville*, chirurgien-dentiste à Paris. — « Extension de l'emploi de la couronne Jacket : Bridges de porcelaine ».

*M. le Dr J. Rosenthal*, professeur à l'Ecole Dentaire belge. — « Prothèse amovible unilatérale ».

*M. E. Fourquet*, professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris. — 1<sup>o</sup> « Technique de la décortication » ; 2<sup>o</sup> « Technique de la couronne métallique par la bande à contours anatomiques » ;

\* \*

Le Congrès se tiendra dans les locaux de l'Ecole Moyenne A, rue Ernest-Allard, mise à la disposition du Comité local par la Ville de Bruxelles.

#### EXPOSITION :

Une grande exposition de fournisseurs (Appareils, instruments scientifiques, ouvrages) sera organisée au siège du Congrès à l'Ecole moyenne A, 49, rue Ernest-Allard. Le commissaire général est M. le Dr Baudoux, 342, avenue Louise, à Bruxelles, qui, sur demande, fournira plans et conditions aux commerçants et industriels que l'activité du Congrès peut intéresser.



## LOGEMENT :

Le Bureau officiel de renseignements de tourisme du Syndicat d'Initiative de Bruxelles se chargera gratuitement du service de logement. En temps voulu, les adhérents recevront tous renseignements et formules à ce sujet.

D'autre part, pour les personnes désirant se loger par leurs propres soins, nous publierons prochainement une liste des hôtels et restaurants de Bruxelles.

---

EN ITALIE

Nous apprenons avec plaisir qu'une entente entre les stomatologistes et les odontologistes italiens vient d'être conclue et a abouti à la création d'une Association confédérative entre la Fédération stomatologique italienne et la Fédération odontoïatre italienne sous le nom d'*Association confédérative entre les Fédérations stomatologique et odontologique*.

Cette nouvelle association est dirigée par un Conseil exécutif dont la composition est la suivante :

*Président* : Prof. Dr Amedeo Perna.

*Secrétaire* : M. Amedeo Goia.

*Membres* : Prof. Dr Beniamino de Vecchis ; Prof. Dr Giulio Giorrelli ; M. Arturo Mingoli ; Prof. Dr Silvio Palazzi ; M. Theodoro Pavarino.

Ce Conseil exécutif, qui est aussi chargé de l'organisation du XX<sup>e</sup> Congrès stomatologique italien, a déjà commencé son travail en formant divers Comités.

L'Association confédérative stomato-odontologique italienne serait très heureuse de voir le plus grand nombre possible de praticiens étrangers participer au prochain Congrès qui aura lieu à Rome lors de l'inauguration de l'Institut supérieur George Eastman. La date exacte du Congrès sera ultérieurement fixée.

Les confrères qui désirent des renseignements peuvent s'adresser à : M. Amedeo Goia, Via Bertola, 49, Turin.

. . .

*Nous nous réjouissons que la profession italienne ait réalisé cette entente, grâce aux efforts de plusieurs de ses membres.*

*L'article publié par La Stomatologia du mois d'août 1931, sous la signature du Prof. Palazzi, reproduit dans notre numéro de décembre dernier, nous l'avait fait prévoir et il nous est extrêmement agréable de constater que l'événement a répondu à notre attente.*

---

## LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

6-13 AVRIL 1932

Le 43<sup>e</sup> Congrès dentaire annuel, qui constitue la Semaine Odontologique, vient de tenir ses assises avec un grand succès.

Certes le Comité d'organisation n'avait pas épargné ses efforts pour assurer, dans ses moindres détails, la réussite de cette admirable manifestation, chaque année plus importante. Tout avait été prévu et discuté à l'avance dans les nombreuses séances qu'il avait tenues durant toute l'année.

Le programme scientifique a été particulièrement étudié et fut des plus intéressants.

A côté de l'utile il y a eu l'agréable : diverses fêtes, toutes bien réussies.

L'éclat de cette Semaine fut considérablement rehaussé par la présence, en grand nombre, de nos chers et fidèles amis les Belges, auxquels a été consacrée une journée d'amitié franco-belge.

Trois innovations à signaler cette année :

1<sup>o</sup> Le Comité des Dames qui a déployé un zèle remarquable, et s'est occupé de distraire les femmes des Congressistes ;

2<sup>o</sup> L'Association des Femmes Dentistes, de création récente, qui a tenu durant la « Semaine » son Assemblée Générale, suivie d'un banquet.

3<sup>o</sup> Le Comité des Etudiants s'est acquitté de sa tâche avec un dévouement qui dénote chez lui un avenir brillant.

Dans un cadre digne de cette exposition, le Grand Palais, les fournisseurs et fabricants de matériel dentaire avaient installé leurs Stands qui témoignaient de beaucoup de soins dans leur présentation et d'ingéniosité à faire ressortir les progrès les plus récents de cette industrie.

L'atmosphère de ce Congrès a été des plus chaudes et des plus gaies en dehors des heures de travail. La plus grande cordialité a régné entre les confrères venus de tous les points de la France, très heureux de se rencontrer, réunis soit par amitié, soit par l'intérêt qu'offrait la Semaine Odontologique.

Plusieurs délégués étrangers nous ont fait l'honneur d'y prendre part et le Comité s'est efforcé de les bien distraire après le labeur des réunions.

Une salle de conférences, vaste et accueillante avait été aménagée pour les réunions scientifiques qui furent toutes instructives au plus haut degré.

Une importante remarque à faire : *l'hygiène dentaire* a occupé une très large place et fut préconisée et étudiée sous toutes ses formes sans oublier la propagande par les moyens modernes du pigeon voyageur et du phonographe.

Nous commencerons dans notre prochain numéro le compte rendu détaillé de toutes les manifestations qui ont eu lieu durant la Semaine Odontologique.

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

La prochaine réunion de cette Société aura lieu à Lausanne (Suisse), les 6, 7 et 8 mai prochain, soit les jours suivant immédiatement l'Ascension. L'époque a été choisie de telle façon que les confrères puissent se déplacer avec le minimum de perte de temps, le jeudi, jour de l'Ascension étant férié et le Congrès devant se terminer dimanche à midi, afin que les confrères qui le désirent puissent encore prendre les trains de l'après-midi.

Le programme suivant est prévu : Vendredimatin et vendredi après-midi, samedi matin et dimanche matin, séances scientifiques. Le samedi après-midi est réservé à une excursion dans la contrée de la Riviera Vaudoise, jusqu'à Chillon où aura lieu une réception par l'Etat de Vaud. Les congressistes seront également reçus par la Municipalité de la Ville de Lausanne. Cette réunion semble devoir être très nombreuse et très intéressante à en juger par les communications déjà annoncées, entre autres par MM. de Coster, Korkhaus, Muzii, Pont, Villain, Watry, etc...

En outre, des conférences magistrales seront données par d'éminents professeurs de la Faculté de Médecine de Lausanne : le Prof. Delay, Chef de la Policlinique Universitaire et le Prof. Nicod, Orthopédiste, Médecin-Chef de l'Hospice Orthopédique Romand.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que la Maison Ulysse Nardin offre un chronomètre au Congrès et que ce chronomètre sera tiré au sort le soir du banquet (samedi) entre les congressistes.

Disons enfin que le nécessaire a été fait auprès des hôteliers pour obtenir les conditions de séjour les plus avantageuses. Des précisions sur ce point seront données par la suite.

Les confrères qui ont un travail à présenter voudront bien en communiquer le titre avant le 15 avril, au Dr Sylvain Dreyfus, 6, avenue de Rumine, à Lausanne.

---

### ÉCOLE DE CHIRURGIE DENTAIRE ET DE STOMATOLOGIE DE PARIS

La Société de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie et l'Ecole de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris ont décidé, dans leur séance du 7 janvier 1932, d'organiser une Journée Scientifique consacrée à l'Anthropologie et aux rapports que présente cette science avec l'Odonto-Stomatologie.

Cette journée aura lieu au Siège de la Société et de l'Ecole : 45-47, boulevard Voltaire, Paris (XI<sup>e</sup>), le 30 avril 1932.

*Comité d'Organisation :*

D<sup>rs</sup> Lebedinsky et Poiré, MM. Eymard, Maraninchi, Mazzella.



*Bureau :*

*Président* : M. Louis Marin, Député, ancien Ministre, Directeur de l'Ecole d'Anthropologie, Président du Congrès International d'Anthropologie.

*Vice-Président* : Dr Marcel Baudouin.

*Secrétaires* : MM. Maraninchi, Clavelin, Lévin.

*Comité d'Honneur :*

M. Louis Marin, *Président*. Dr Marcel Baudouin, *Vice-Président*.

Professeurs Boulé, Bourdelle et Champy, Dr Henri-Martin, Professeurs Georges Hervé, Jeanselme, Olivier, Papillault, Paul-Boncour, Eugène Pittard, F. Regnault, M. E. de Ribaucourt, Dr Roux, Prof. Henri Vignes.

*Communications annoncées :*

M. Hector Astié : « Considérations générales sur l'Anthropologie dans ses rapports avec le système dentaire ».

Prof. Bourdelle : (Sujet réservé).

Dr Lebedinsky : « Gœthe et l'Anthropologie ».

M. Maraninchi : *a*) « La denture dans l'Histoire Ancienne de l'Egypte » ;  
*b*) « Une obturation dentaire ayant deux siècles d'existence » (avec projections).

M. Armand Moreau : « Les dents des hommes fossiles ».

Dr Papillault : « Atavisme dentaire dans quelques races inférieures ».

Dr F. Regnault : « Les muscles temporaux du Pithécanthrope et du Néanderthalien ».

M. Eugène Pittard : (Sujet réservé).

Dr E. de Ribaucourt : (Sujet réservé).

---

## Correspondance

*La lettre du Dr Foveau de Courmelles, parue dans notre dernier numéro, nous a valu en réponse la lettre ci-dessous. Pour clore cet incident nous publions la lettre reçue en en supprimant toutefois une ligne que notre courtoisie vis-à-vis de notre premier correspondant ne nous permet pas de reproduire.*

LA RÉDACTION.

ÉCOLE DENTAIRE SUPÉRIEURE DE RADIOLOGIE ET DE PHYSIOTHÉRAPIE  
17-19, Avenue d'Orléans, Paris (14<sup>e</sup>)

Monsieur le Directeur,

Le Dr Foveau de Courmelles a, dans le numéro de Février de *l'Odontologie*, publié une lettre brève et calomnieuse, par laquelle il donne sa démission du poste *rémunéré* de Professeur à l'Ecole Dentaire Supérieure de Radiologie et de Physiothérapie — poste qu'il avait sollicité et accepté.

Je lui demande simplement plus d'esprit de discernement, surtout, je lui dénie le droit d'apprécier de la légalité d'une chose qui n'existe pas encore.

Sa démission tardive et motivée par des raisons que je ne veux pas analyser, pour l'instant, ne m'empêchera pas de lui rappeler le concours éloquent et éminent qu'il prêta à l'Ecole, alors que le programme original avait déjà été publié, et, ce, maintes fois.

Il a présidé avec majesté à la réception du Président du Conseil Municipal de Paris, a prononcé un magistral discours d'inauguration, conféré sur l'ionisation, etc. Il a même présidé un jury d'examen de Chefs de Clinique de l'Ecole dont la nomination urgente et choisie était rendue nécessaire par la création du cours supérieur (Doctorat en Electroradiologie Dentaire).

Je me réserve, au nom du Conseil d'Administration, de poursuivre M. le Dr Foveau de Courmelles par toutes les voies de droit pour obtenir réparation de la phrase diffamatoire par lui employée (inconsciemment ?) : « *qui a la prétention de donner (sic) illégalement des doctorats* ». (Je croyais qu'on devait écrire et dire : octroyer des diplômes de doctorat.)

Ne croyant pas nécessaire de vous rappeler le texte de la loi de 1881, quant au droit de réponse, et vous priant d'insérer, je vous prie d'agréer, Monsieur, le Directeur, ma considération distinguée.

*Pour le Conseil d'Administration :*

J. PLAGNES, *Avocat*,  
(l'un des Administrateurs).

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

*Assemblée Générale du 9 Avril 1932*

RAPPORT MORAL PAR M. HENRI VILLAIN, PRÉSIDENT.

Mes chers Confrères,

Vous avez tous reçu, et très certainement lu, le rapport de notre Secrétaire Général, relatant succinctement la vie de notre Association durant l'année écoulée.

Nous disons succinctement, car si notre collègue devait rentrer dans le détail de tous les faits qui marquent la vitalité de notre Syndicat, son rapport deviendrait une petite brochure, trop longue à lire pour beaucoup de nos confrères, et onéreuse pour notre trésorerie.

C'est ce qui nous a déterminés, cette année, à faire un compte rendu moral, destiné à mettre en lumière le travail accompli par ceux que vous avez mandatés ; les résultats obtenus, qui certes ne nous donnent pas pleine et entière satisfaction, mais qui marquent quand même un effort qui n'aura pas été vain, puisqu'il aura servi à démontrer le rôle du chirurgien-dentiste dans la vie sociale de notre pays.

Plus de lois d'exceptions, votées en hâte ou à dessein, par nos parlementaires, auxquels on rappelle souvent qu'il existe un Corps de praticiens dentistes, décidés à faire valoir ses droits, à ne pas se laisser oublier ou à se laisser mettre au second plan.

N'allez pas croire surtout que ce rapport est destiné à nous faire voter des félicitations ou des remerciements. Au cours de l'année, nos amis nous ont fréquemment reproché notre silence ; nos adversaires en ont d'ailleurs souvent profité. Nous avons nos raisons, vous le pensez bien et, malgré les critiques, nous sommes persuadés qu'il vaut encore mieux agir, agir utilement sans bruit, dans l'intérêt de notre profession, et attendre d'avoir obtenu des résultats pour les faire connaître. C'est, croyons-nous, la meilleure tactique à tenir devant la vigilance soutenue et constante de nos adversaires.

Aujourd'hui, nous venons vous exposer en toute franchise ce que nous avons fait. Après cet exposé, nous accepterons — si vous le jugez à propos — vos critiques, même sévères, pourvu qu'elles soient sincères et impartiales. Elles stimuleront davantage ceux que vous chargerez demain de la direction de vos intérêts, de défendre ou simplement de maintenir les prérogatives acquises.



Pour terminer ce préambule nécessaire, nous rappellerons le proverbe :  
*Les louanges sont stériles, seules les critiques sont une source de progrès.*

\*  
\* \*

Avant de parler de nos démarches personnelles, nous vous entretiendrons des travaux et des efforts faits au sein de la Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I.), qui se compose, comme son nom l'indique, de près de 200.000 intellectuels appartenant à 152 Groupements et répartis en 12 sections. Les chirurgiens-dentistes sont rattachés à la Section des professions libérales avec les médecins, les avocats, les vétérinaires, la Basoche, les chimistes, etc., etc...

La C. T. I. n'est pas assez connue dans nos milieux ; en prenant la défense des intellectuels en général, elle travaille pour le chirurgiens-dentistes en particulier, et c'est un devoir pour nous de le reconnaître et de l'en remercier.

Depuis plus d'un an, nous avons été appelé à suivre de très près ses travaux. Nommé membre adjoint de son Bureau et vice-président de la Section des Professions libérales, nous avons suivi assidûment les réunions qui se tiennent chaque mercredi.

A cette section des Professions libérales, où siègent nos délégués, furent étudiés différents rapports nous intéressant.

D'abord un remarquable travail de notre ami Haloua sur la nécessité du baccalauréat comme base à l'accession aux Etudes dentaires. Cette nécessité, après une longue et intéressante discussion, amena un vote unanime des membres de la Section, médecins compris, à l'exception des deux représentants stomatologistes.

En plusieurs occasions, le Bureau de la C. T. I. fit, auprès du Ministre de l'Instruction publique, des démarches pressantes pour appuyer cette revendication.

La proposition de loi Milan-Rio fut mise à l'ordre du jour, sur la demande de certains syndicats médicaux.

Trois rapports furent faits, par un médecin, par un stomatologiste et par un chirurgien-dentiste, votre président.

Il fut décidé de nommer une Commission chargée de trouver un terrain d'entente. Devant la carence des stomatologistes, la question en resta là.

La loi Armbruster fut étudiée par les syndicats médicaux, qui demandèrent l'appui de la C. T. I.

Sur notre instance, les chirurgiens-dentistes furent incorporés dans la loi ; cette dernière fut ainsi défendue auprès du Groupe parlementaire de la C. T. I., qui réunit un nombre important de sénateurs et députés, défenseurs des travailleurs intellectuels.

La modification de la patente des professions libérales, tant de fois, hélas, ajournée par les Pouvoirs publics, sera l'œuvre de la C. T. I.

Nous ne saurions passer sous silence le rôle très important joué par M<sup>e</sup> Sarran, avocat, membre du Conseil de l'Ordre et secrétaire adjoint de la C. T. I.

Si un jour nous obtenons satisfaction, et il faut bien l'espérer, nous le devons, certes, aux efforts répétés et soutenus de notre éminent collègue.

Le chômage chez les intellectuels, qui sévit déjà chez un très grand nombre, ne semble pas avoir atteint d'une façon angoissante notre profession. Cependant nous devons prévoir et nous associer au Comité Directeur de la C. T. I. qui étudie la crise du chômage en France et cherche encore actuellement le moyen de faire admettre, par les Pouvoirs publics, le droit des intellectuels au secours en cas de chômage, au même titre que les autres chômeurs.

Enfin, sur notre demande, nous étudiâmes, à la Section des Professions libérales, le projet de loi sur les *auxiliaires de la médecine*.

Un rapport fut fait au nom du Corps médical par le Dr Tissier-Guy, et un au nom des chirurgiens-dentistes par nous-même. Nous étudions en ce moment les points semblables dans les deux professions et, ensuite, nous agissons auprès du Parlement, d'un commun accord avec le Corps médical représenté au sein de la C. T. I., afin d'en arrêter les désastreux effets pour notre profession.

Nous noterons, avant de terminer, la facilité qui nous fut donnée de faire des conférences d'hygiène dentaire par la T. S. F. au Poste de la Tour Eiffel. D'après les lettres reçues, tant de Paris que de la Province, et de nombreux coups de téléphone, nous fûmes entendu et ces approbations spontanées nous engagent à continuer.

C'en est fini pour le rôle de la C. T. I. qui examina certes beaucoup d'autres problèmes intéressant d'autres intellectuels.

Pour notre profession, la meilleure manière de la remercier de son activité est de vous inviter à prendre des cartes individuelles qui vous donnent certains avantages, tels que : réduction chez certains commerçants, dans certains théâtres, cinémas, etc., etc... et enfin l'abonnement aux Bulletins mensuels et trimestriels publiés par la C. T. I.

#### PROPOSITION DE LOI MILAN-RIO

Depuis notre dernière assemblée générale, en février 1931, jusqu'en juin, en dehors de la préparation du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International que nous ne citons que pour mémoire, notre activité fut presque entièrement consacrée à lutter contre la loi Milan-Rio, envoyée pour avis à l'Académie de médecine, par le Ministre de la Santé Publique de l'époque. Nous avons pu joindre, avec quelques confrères réunis au sein du Comité de défense de la Confédération des Syndicats et Sociétés dentaires français, un très grand nombre d'académiciens. Nous avons suivi, lors de la discussion, toutes les séances du mardi après-midi à l'Académie, accompagné de quelques dévoués confrères et d'un sténographe. Le lendemain soir nous avions le compte rendu *in extenso* de la séance et nous pouvions réfuter les arguments pour la séance du mardi suivant.

Nos efforts furent couronnés de succès ; inutile d'insister auprès de vous, vous avez été tenus au courant des résultats obtenus par nos circulaires, ainsi que par nos journaux professionnels.

Qu'il nous suffise d'ajouter que depuis ce vote mémorable des académiciens, déclarant officiellement, du haut de la tribune des plus savants médecins de France, qu'il n'était pas opportun de supprimer les chirurgiens-dentistes, le Rapporteur de la loi auprès de la Commission d'Enseignement du Sénat déclara qu'il ne pouvait plus rapporter cette loi après l'avis donné par la plus compétente des assemblées.

Et cette loi, néfaste entre toutes, pour notre profession, dort d'un profond sommeil dans les cartons de la Commission sénatoriale. Nous ne pensons pas qu'elle puisse se réveiller de si tôt après avoir absorbé un soporifique aussi puissant.

En tout cas, si, par aventure, elle avait un sursaut, nous veillerons, croyez-le bien, sur son sort.

#### BACCALAURÉAT

Sur cette question, réclamée par nos Groupements depuis si longtemps, nous ne pouvons encore enregistrer un succès.

Nous ne comptons plus hélas les visites faites au Ministère de l'Instruction publique, au Ministre lui-même, au directeur de l'Enseignement supérieur, au chef ou au chef adjoint du Cabinet, accompagné par nos amis parlementaires : MM. Lamoureux, Maurice Vincent, Porterat, Ruccard, Picard, etc., etc...

Le ministre fit préparer un décret et l'envoya pour avis à la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Cette dernière, au sein de laquelle nous comptons des adversaires redoutables, prétendit s'éclairer d'abord en demandant à son tour l'avis de toutes les Facultés de médecine de France. C'est la manœuvre classique, lorsqu'on veut reculer la réalisation d'une réforme qui ne vous convient pas.

Il faut ajouter une autre résistance au Ministère de l'Instruction publique, de la part des hauts fonctionnaires de l'Enseignement primaire supérieur, qui voient en cette réforme la fermeture de la porte d'entrée d'une carrière libérale, une des seules encore ouvertes à l'enseignement primaire.

Nous ne nous découragerons pas pour cela ; la vérité et la justice parviendront bien un jour à se faire entendre.

#### LOI ARMBRUSTER

Cette proposition de loi fut déposée au Sénat par le Corps médical, dans le but d'interdire aux médecins étrangers munis d'un diplôme français de docteur en médecine d'Université, de changer ce diplôme d'Université en diplôme de Facultés par des équivalences accordées plus ou moins facilement par le Ministre de l'Instruction publique, poussé lui-même souvent par le Ministre des Affaires étrangères, et leur donnant ainsi le droit d'exercer la médecine en France.

Egalement pour éviter des équivalences données à certains étudiants étrangers, non munis le plus souvent du baccalauréat.

Les chirurgiens-dentistes souffrent des mêmes dispenses accordées trop



facilement sur des recommandations politiques, quelquefois par trop pressantes.

Dans un premier rapport, discuté devant la haute assemblée et présenté par M. Chauveau au nom de la Commission d'Hygiène, les chirurgiens-dentistes furent compris dans la loi.

Puis le rapport fut renvoyé pour nouvel examen à la Commission d'Enseignement, et, à notre grande stupéfaction, il n'était plus question des dentistes.

C'est ainsi que cette loi fut votée par le Sénat et transmise à la Chambre des députés. Le rapport à la Chambre fut confié à M. Bonnefous, qui, désirant aller vite, sur les instances des médecins, ne comprit pas non plus les dentistes.

Il fallut alors l'insistance et tout le dévouement, que nous lui connaissons à notre profession, de notre ami Maurice Vincent, député du Nord, pour obtenir du rapporteur le dépôt d'un rapport supplémentaire, où tous les avantages accordés au Corps médical seraient appliqués au corps dentaire.

Nous préparâmes pour notre ami Vincent un rapport complet de la question, que nous n'avions cessé de suivre depuis plusieurs mois dans ses moindres détails.

Nous devons, à la vérité, d'ajouter que certains syndicats médicaux, et non des moindres, votèrent un ordre du jour en faveur de cette loi et se montrèrent favorables à son extension aux dentistes.

Enfin, la loi fut votée à la Chambre des Députés, nous donnant pleine satisfaction et renvoyée au Sénat, puisqu'elle venait d'être modifiée à notre profit.

Nous journaux professionnels vous en ont donné le texte intégral.

Nous avons, depuis, rendu visite au rapporteur du Sénat, M. Dentu, avec lequel nous sommes complètement d'accord sur l'ensemble de la loi, ainsi que sur quelques points qu'il y aurait lieu de modifier ou tout au moins d'expliquer plus clairement dans le rapport qui doit précéder le texte même à faire voter définitivement par le Parlement.

#### LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un projet de loi est actuellement à l'étude à la Commission de l'Hygiène du Sénat sur les : « Responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes ».

Parmi les praticiens appelés à donner leurs soins aux accidentés du travail, seuls les stomatologistes sont qualifiés. C'est encore une injustice infligée à notre profession ; il faut s'efforcer de la faire disparaître. De nombreux confrères traitent souvent par humanité ces accidentés et se voient refuser le paiement de leurs honoraires par les Compagnies d'assurances.

Après avoir étudié le rapport qui contient plus de 200 pages, d'ailleurs très documenté, qui a été fait au sein de la Commission par son Président et rapporteur M. Chauveau, nous fûmes reçus en délégation par la Commission.

En qualité de délégué général de la Confédération des Syndicats et Sociétés dentaires français, nous déposâmes un rapport fortement motivé réclamant, pour les chirurgiens-dentistes, le droit de traiter, au même titre que les autres praticiens de l'art de guérir, les accidentés du travail.

Notre rapport a paru être bien accueilli, nos justes revendications furent écoutées avec attention et nos légitimes observations acceptées par la Commission. Nous avons tout lieu d'espérer que, là encore, cette iniquité maintenue contre notre profession ne saurait durer bien longtemps.

#### LOI SUR LES SOINS AUX MUTILÉS

Depuis la loi du 31 mars 1919, les chirurgiens-dentistes qui durant toute la guerre donnèrent leurs soins aux blessés des maxillaires sont exclus de donner ces soins et d'appareiller ces mêmes hommes devenus les mutilés de la catégorie A, c'est-à-dire des mutilés dotés de prothèses restauratrices simples.

Seuls, les médecins stomatologistes peuvent, en vertu des textes officiels, donner ces soins.

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, par la voix de MM. de Croës et Friteau, protesta dès le début de cette injustice ; malgré l'appui de nos amis Vincent, Dormann, Marquet et Cayrel et les nombreuses démarches, il ne put obtenir satisfaction.

De son côté, le Colonel Picot et M. Gelly des « Gueules Cassées » protestèrent énergiquement contre cette violation du libre choix du praticien.

Enfin, tout dernièrement, notre ami Lebrun s'occupa de la question qu'il porta devant la Fédération Nationale des Combattants Volontaires, qui fut émue de cette nouvelle injustice.

Tous ces efforts conjugués aboutirent à ce résultat :

M. Champetier de Ribes, ministre des Pensions, sur les instances de MM. Maurice Vincent et Dormann, députés, décida la nomination d'une Commission chargée d'étudier dans quelles conditions les chirurgiens-dentistes pourraient être habilités à donner leurs soins aux bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Lebrun et moi-même nous fûmes appelés à siéger dans cette Commission.

A l'unanimité, la Commission adopta les conclusions suivantes :

« La Commission constituée par le Ministre des Pensions en vue de formuler un avis sur les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourraient être habilités à donner des soins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 estime que les Chirurgiens-dentistes peuvent être admis à donner des soins au titre de l'article 64 dans les conditions fixées par le décret du 25 octobre 1922, sous réserve de l'approbation préalable de la Commission tripartite départementale. »

Nous espérons bien que le Ministre des Pensions, favorable à notre thèse,

va d'ici peu faire un décret qui réparera une fois encore une injustice qui n'a que trop duré (1).

Des remerciements particuliers vont, à cette occasion, à notre confrère Lebrun qui s'est consacré à cette question depuis plusieurs mois.

#### LOI SUR LES AUXILIAIRES DE LA MÉDECINE

Vous êtes tous au courant de cette proposition de loi déposée sur le Bureau de la Chambre des Députés par le Groupe socialiste et tendant à donner un statut aux auxiliaires de la médecine : masseurs, infirmières, infirmiers, etc...

Parmi ces auxiliaires, figurent nos mécaniciens, qui tentent, une fois de plus, d'obtenir le droit à la prise d'empreinte et à la pose d'appareils de prothèse.

Nous avons traité cette brûlante question dans un rapport mis à l'étude à la C. T. I. en complet accord avec le corps médical.

Le moment n'est pas opportun pour le publier, aussi nous nous bornons à vous assurer que nous suivons de très près ce sujet, que nous ne l'avons jamais abandonné et qu'en temps voulu vous en serez saisis.

#### ASSURANCES SOCIALES

Nous avons pu nous mettre d'accord avec les différentes confédérations et nommer enfin un seul délégué officiel qui représente la profession au sein du Conseil supérieur. Nos délégués qualifiés au courant de cette question s'en occupent activement, et particulièrement notre ami Charlet qui y travaille depuis le début.

#### COMMISSION CONSULTATIVE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE SUR L'IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES

Nous avons été appelé à siéger plusieurs fois au sein de cette Commission pour le département de la Seine. Elle se réunit au Palais de Justice, sous la présidence de M. le Président du Tribunal de première instance de la Seine.

Devant cette Commission sont cités : les membres des professions libérales qui n'ont pu se mettre d'accord sur la déclaration de leur bénéfice avec leur contrôleur.

Nous avons pu, à plusieurs reprises, faire rendre justice à certains de nos confrères taxés un peu arbitrairement. Par contre, nous nous sommes trouvé parfois devant des déclarations tellement ridicules, qu'il nous fut impossible d'obtenir de sérieuses diminutions.

Nous avons pu constater combien, dans ces cas, l'Administration fait des recherches, et par déduction peut arriver à soutenir ses exigences.

Profitons-en pour montrer aux confrères l'erreur qu'ils commettent en

---

(1) Nous apprenons en dernière heure que le Ministre vient d'adresser à tous les Préfets une circulaire, datée du 7 avril 1932, nous donnant pleine et entière satisfaction. (V. p. 274.)



voulant faire des déclarations par trop inférieures, qu'ils ne peuvent prouver par la suite, ce qui cause le plus grand tort à l'ensemble des professionnels.

#### BUREAU PARITAIRE DE PLACEMENT DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Membre de la Commission paritaire et de la Commission administrative, nous représentons l'A. G. S. D. F. et suivons mensuellement ses réunions. Avec les délégués des autres Groupements dentaires, nous faisons là une besogne utile, qui doit de plus en plus tenir compte des desiderata des employeurs et des employés.

#### CENTRE D'ÉTUDES DES MÉTIERS FRANÇAIS

En qualité de Président de l'A. G. S. D. F. nous avons été nommé membre de ce Centre, Certains collègues de notre Conseil d'administration ont pensé que nous devions être représentés à ce Centre puisque d'autres professions libérales y étaient invitée.

Nous ne pouvons encore vous parler de résultats tangibles, notre nomination étant trop récente.

#### 3<sup>e</sup> EXPOSITION DU PREMIER OUVRIER DE FRANCE

Nous avons été appelé pour la deuxième fois au Comité de cette exposition comme président de la Classe II, Groupe XI.

Cette exposition peut intéresser nos mécaniciens, au même titre que tous les ouvriers de France. Les programmes et règlements vont paraître prochainement dans nos journaux professionnels.

Nous rappellerons qu'à la dernière Exposition en 1927, deux ouvriers mécaniciens ont été promus « Premiers Ouvriers de France ».

#### CONVENTION AVEC LE SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

Cette question fut l'objet, durant toute l'année, de toute notre préoccupation et d'une étude approfondie et minutieuse.

Nous avons pu réunir nos deux Conseils d'administration et nous mettre d'accord à l'unanimité sur un texte que nous allons vous soumettre.

Il est temps que deux Syndicats nationaux aussi importants ne continuent pas à travailler chacun de son côté et toujours dans le même but, c'est-à-dire pour le bien de la Profession.

Nos revendications sont communes, et, sans aliéner notre liberté d'action, nous n'avons — pensons-nous — qu'à gagner à étudier ensemble certaines questions pour le plus grand profit de nos deux sociétés et pour celui de notre chère Profession.

Voilà mes chers confrères, résumé peut-être un peu trop longuement, le compte rendu d'une année de labeur. Ceux qui nous ont reproché de ne pas assez faire connaître nos travaux seront cette fois satisfaits, et comprendront qu'au cours de l'année il nous est très difficile, par manque de temps

et pour de multiples autres raisons, de porter à votre connaissance le fruit de nos diligences.

Pour terminer, laissez-moi citer une phrase prononcée par un médecin, lors d'une réunion de la Fédération Corporative des Médecins de la Région parisienne (séance du 3 juillet 1931) :

En faisant le compte rendu de la discussion sur la proposition de loi Milan-Rio à l'Académie, le Dr Tissier-Guy s'exprime ainsi :

« Il vient de se révéler que les Odontologistes possèdent dans certains milieux, et en particulier à l'Académie de Médecine, une influence supérieure à celle de tout le Corps des Médecins français ; *cette influence, ils la doivent à leur dévouement passionné à leur profession...* »

C'est là le plus bel éloge que pouvait nous faire un de nos plus irréductibles adversaires.

Qu'il soit rassuré, nous ne faillirons pas à notre devoir.

## LES MUTILÉS MAXILLO-FACIAUX ET LE LIBRE CHOIX DES PRATICIENS

Comme conclusion au rapport sur cette question paru dans notre numéro de mars 1932 sous les signatures de nos confrères E. Lebrun et H. Villain, nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. le Ministre des Pensions vient de reconnaître officiellement le droit de soigner les mutilés aux Chirurgiens-Dentistes.

Pour obtenir ce résultat, il a fallu batailler pendant 13 années, c'est dire qu'il ne faut jamais désespérer et surtout pas se décourager.

Nous adressons nos bien vifs remerciements à tous ceux qui se sont employés pour obtenir ce si beau résultat, et nous donnons ci-après la circulaire adressée à tous les Préfets de France par M. le Ministre des Pensions et des Régions libérées.

MINISTÈRE DES PENSIONS  
et des  
RÉGIONS LIBÉRÉES

—:—  
*Cabinet du Ministre*  
N° 88.823

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 7 Avril 1932.

Le Ministre de Pensions et des Régions  
Libérées à Messieurs le Préfets,

Conformément à l'avis de la Commission Supérieure de Surveillance et de Contrôle des Soins médicaux gratuits, les Chirurgiens-dentistes seront habilités, à partir du 1<sup>er</sup> avril 1932 :

1<sup>o</sup> A donner, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les soins dentaires énumérés à l'article 78 du décret du 25 octobre 1922.

2<sup>o</sup> A établir des prescriptions pharmaceutiques au titre dudit article 64, ces prescriptions étant strictement limitées aux soins buccaux immédiatement consécutifs aux interventions ci-dessus indiquées.

Les Chirurgiens-Dentistes qui donneront des soins au titre de l'article 64, devront, dans chaque cas d'espèce, sauf urgence motivée, obtenir l'autorisation préalable de la Commission Tripartite Départementale, seule qualifiée pour apprécier si les soins dentaires réclamés peuvent bénéficier de la gratuité au titre dudit article 64.

Ils seront remboursés sur production, dans les conditions déterminées par le décret du 25 octobre 1922, de mémoires du modèle n° 1, prévu pour les médecins par le tableau annexé au décret du 2 avril 1925.

A. CHAMPETIER DE RIBES.



---

## NÉCROLOGIE

---

THOMAS LEWIS GILMER

Le Dr Thomas Lewis Gilmer, doyen de la *Northwestern University Dental School of Chicago*, est décédé le 28 décembre 1931, à Los Angeles, à l'âge de 82 ans.

Dernier survivant du groupe des fondateurs de cette école, il était le descendant d'une famille de médecins pratiquant dans l'Amérique du Nord depuis 1731. Diplômé en 1879 par le Missouri Dental College, il reçoit en 1884 le diplôme du Quincy College of Medicine. Professeur de pathologie buccale à l'Illinois Dental College, en 1889, il prend avec G.-V. Black, en 1891, la direction de la Northwestern où il enseigne, pendant 40 ans, la clinique de chirurgie de la bouche.

\*\*\*

M. Beauregardt, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par le décès de son fils Bertie, survenu à l'âge de 20 ans, le 11 mars 1932.

M. de Ruggiero, démonstrateur à l'E. D. P., vient de perdre prématurément sa mère, M<sup>me</sup> de Ruggiero, à 41 ans.

M<sup>lle</sup> Odette Lautier, de Nice, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvée par le décès de son père, M. Ernest Lautier, survenu le 19 avril, à l'âge de 55 ans.

Nous leur adressons l'assurance de notre sympathie émue et nos sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

**Distinctions honorifiques.** — Nous sommes heureux de relever dans le *Journal Officiel* du 7 de ce mois<sup>e</sup> la promotion au grade d'officier de l'Instruction publique de notre confrère M. Vasserot, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Notre confrère M. H. Baumann est compris dans la même promotion comme Officier d'académie.

Nous leur adressons nos bien vives félicitations.

---

**Amicale des Dentistes des Armées de terre et de mer.** — Le Conseil d'Administration a chargé notre confrère Hermann de s'occuper de la constitution d'une équipe pour participer à la coupe de F. L. Weiller.

L'épreuve aura lieu les 7 et 8 mai, de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures, au Stand National de Tir de Versailles (armes de guerre).

Pour tous renseignements complémentaires et pour adhésion, s'adresser à M. Hermann, 6, rue Jehan-du-Bellay, Paris (4<sup>e</sup>). — Tél. : Gobelins 65-49.

**Mariages.**— Le mariage de M. Jean Maignien, chirurgien-dentiste à Dijon, avec M<sup>lle</sup> Gisèle Destronchez, a été célébré le 29 mars.

Le mariage de M<sup>lle</sup> Odette Frinault, fille de M. P. Frinault, démonstrateur à l'E. D. P., avec M. Malta-Bey, a été célébré le 21 avril 1932.

M. et M<sup>me</sup> Henri Villain annoncent le prochain mariage de leur fils Roger avec M<sup>lle</sup> Paulette Gachet.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur.

---

**Naissances.**— M. et M<sup>me</sup> Paul Alexandre-Witvoet, d'Arras, nous font part de la naissance de leur fils Michel.

M<sup>me</sup> et M. Maurice Poulet, démonstrateur à l'E. D. P., nous font part de la naissance de leur fils Philippe.

Nos félicitations.

---

## AVIS

---

La Direction de *L'Odontologie* a décidé cette année, d'offrir gratuitement à ses abonnés et aux membres de l'A. G. S. D. F. l'insertion d'une petite annonce : achat ou vente de cabinet ; demandes ou offres d'emploi, etc...

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LES COMPLICATIONS DIGESTIVES DE LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE

Par M. le Professeur CARNOT

*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 6 avril 1932.*

Mesdames, Messieurs,

Mes premières paroles seront des paroles de remerciements pour M. le Président et pour le Bureau de la Société d'Odontologie qui m'ont fait le grand honneur de me prier de vous dire quelques mots ce soir.

J'ai choisi comme sujet les complications digestives de la septicité bucco-dentaire, précisément parce que ce sujet intéresse à un titre égal les deux professions et que c'est un exemple remarquable des liens si étroits qu'il y a entre l'odontologie d'une part et les autres branches de la médecine.

En particulier, moi qui suis gastro-entérologue, j'ai grand souci de reconnaître combien l'odontologie est précieuse pour combattre un certain nombre de troubles digestifs qui ont leur point de départ dans la cavité buccale.

Depuis bien longtemps, on sait qu'un grand nombre de troubles digestifs, gastriques ou intestinaux, sont dus au mauvais état de la cavité buccale et aux troubles de mastication qui s'en suivent. C'est une notion très ancienne que, souvent, les dyspeptiques ne le sont que parce qu'ils ont de mauvaises dents : la première indication thérapeutique est de les envoyer chez le dentiste pour que leur mastication se fasse dans des conditions convenables.

Il y a, bien souvent, des troubles mécaniques qui empêchent la mastication et qui, par là même, exagèrent le travail de l'estomac, qui empêchent la pénétration, par les sucs digestifs, de bouchées non divisées préalablement et qui provoquent de grosses déficiences, voire



même, à la longue, de grosses lésions ; mais ces faits, trop souvent oubliés d'ailleurs, sont si connus que je ne vous en parlerai pas ce soir.

Je ne parlerai pas, non plus, des troubles de sécrétion salivaire ou gastrique, eux-mêmes consécutifs à une bonne ou mauvaise mastication. Nous savons bien, depuis le grand physiologiste Pawlow, que tout ce qui se passe dans la cavité buccale a une répercussion réflexe sur la sécrétion gastrique : il suffit de faire mastiquer un aliment ou un morceau de caoutchouc pour déterminer une sécrétion gastrique abondante. C'est la sécrétion psychique que Pawlow a étudiée chez le chien après abouchement de l'œsophage au dehors et que nous avons appliquée chez l'homme à l'épreuve du repas fictif, en faisant simplement mastiquer des aliments que le malade n'avale pas et rejette au dehors : on extrait alors, de l'estomac, un suc gastrique abondant, pur, non mélangé d'aliments et facile à analyser.

Quand la mastication ne se fait pas dans de bonnes conditions, la sécrétion même de l'estomac ne se fait pas, non plus, normalement et c'est tout l'ensemble de la digestion qui est troublé.

J'ai l'intention de parler ici seulement des répercussions que les infections de la cavité buccale ont sur les divers segments digestifs, notamment sur l'estomac, l'appendice, le côlon et les voies biliaires.

Le rôle, à distance, de la septicité buccale est fort anciennement connu et ce serait une erreur de croire que nos connaissances datent seulement des travaux, si intéressants soient-ils, des Anglo-Américains.

On trouve mention, jusque dans Hippocrate, du rôle des dents cariées dans le développement des maladies. Jean-Louis Petit, au XVIII<sup>e</sup> siècle, a insisté sur ce point avec force.

Le chirurgien Chassaignac surtout, en 1857, a décrit les infections d'origine dentaire et la cachexie qui en est parfois la conséquence. Depuis, un grand nombre d'auteurs français se sont occupés de cette question, et, en particulier, Alfred Richet, Lejars, Sebileau, Galippe, etc., etc...

Mais plus récemment, les Anglo-Américains ont redécouvert cette vieille question et lui ont donné une importance extrême. Ce sont surtout les travaux de William Hunter, de Billing, de Rosenow, de Mayo, de Duke, etc., qui ont fait entrer la question dans une phase nouvelle et lui ont donné toute sa valeur, au triple point de vue bactériologique, radiologique et thérapeutique.

Cette extension — je m'empresse de le dire — paraît même très

exagérée ; car on a attribué un très grand nombre de maladies à la septicité bucco-dentaire, en rattachant à ces troubles le rhumatisme chronique, les néphrites, les endocardites infectieuses, les ulcères de l'estomac, bref une grande partie de la pathologie.

Pour combattre ces maladies, ils ont extirpé un très grand nombre de dents et d'amygdales ; ils ont cureté la bouche, le nez ; ils ont combattu les infections focales un peu partout. Mais, sauf quelques exceptions, ces extirpations n'ont pas guéri les maladies en cause, parce que la question est plus compliquée et que, même si le point de départ de l'infection est dans la bouche, les foyers secondairement ensemencés à distance continuent à évoluer après suppression du foyer buccal initial. Aussi, après avoir admiré les travaux anglo-américains, a-t-on réagi : peut-être même un peu trop, car ces conceptions ont une grosse part de vérité dont nous devons tenir grand compte.

Il y a à exécuter maintenant un travail de mise au point, et c'est ce travail que je voudrais exposer, à propos des infections gastro-intestinales.

\*  
\* \*

Si nous étudions, d'abord, quels sont les éléments de la septicité buccale, nous voyons qu'il y a à distinguer trois sortes de germes, de provenances un peu différentes.

1° La bouche normale héberge un très grand nombre de *micro-organismes saprophytes* qui ne provoquent ni lésions buccales, ni infections à distance, bien que, parfois, ils ne soient pas complètement dépourvus de virulence. En effet, quand on extrait un pneumocoque ou un streptocoque de la bouche, et qu'on les inocule à la souris, au lapin, on constate qu'ils ont une certaine virulence. Cependant, à l'état normal, l'organisme les tient en respect ; mais, si cet organisme fléchit, les saprophytes prennent le dessus et peuvent devenir pathogènes.

Par conséquent il y a, à l'état normal et sans aucune lésion spéciale de la bouche, des saprophytes inoffensifs, mais qui peuvent brusquement remonter leur virulence et envahir l'organisme, de la bouche vers les voies respiratoires ou digestives, notamment.

C'est ainsi qu'un enfant athrepsique, un tuberculeux, qui ont depuis longtemps, dans leur cavité buccale, des germes d'oidium, font du muguet comme complication ultime, lorsque leur organisme est très débilité. De même, à la suite d'un traitement par le mercure ou le bismuth, il peut se produire une stomatite mercurielle ou bismuthique,

qui n'est pas purement toxique, mais qui est due à une extrême prolifération des fuso-spirilles préexistant dans une cavité buccale en mauvais état.

Ceci nous montre que la flore habituelle de la bouche peut prendre une grande virulence lorsque l'organisme fléchit ou lorsque, par les glandes salivaires, sont éliminés tels ou tels poisons. Ceci montre aussi combien il faut tenir une bouche en bon état avant une intervention médicale ou chirurgicale.

2° Un deuxième cas concerne les *germes pathogènes*, persistant dans la bouche, après une infection antérieure : on dit que les malades restent « porteurs de germes ». Il y a des porteurs de germes buccaux, après une diphtérie, une pneumonie, par exemple, qui restent contagieux et qui, eux-mêmes, sont exposés à une récurrence d'infection dans certaines circonstances : on sait, notamment, que la pneumonie est une maladie récidivante dont les germes, les pneumocoques, se sont conservés dans la bouche ; c'est aussi le cas d'un érysipèle à répétition dont les streptocoques sont restés dans le naso-pharynx.

3° Enfin, dans un troisième cas (et c'est celui-là surtout qui a fait l'objet des discussions), il s'agit d'« *infections focales* » de « *focal diseases* » : des lésions infectieuses persistent au niveau des racines dentaires, des gencives, des amygdales, où subsistent les micro-organismes pathogènes et d'où ils peuvent essaimer à tous moments.

a) **Au niveau des dents**, les infections focales ont été très étudiées : je me garderai bien d'entrer dans le détail des lésions dentaires, que vous connaissez bien et que je connais mal. Je ne me hasarderai donc pas sur ce terrain.

Mais les travaux de ces vingt ou trente dernières années nous ont montré l'importance des infections péri-apicales chroniques, qui se traduisent par des granulomes autour de l'apex, c'est-à-dire des masses charnues vasculaires enfermées dans une cavité osseuse, constituant par là-même une cavité close où la virulence peut se renforcer : ces granulomes sont faciles à reconnaître par la radiographie, grâce à leur zone claire caractéristique.

Si on cultive ces granulomes, on y trouve parfois des germes pathogènes d'une extrême importance, notamment le streptocoque viridans que l'on trouve aussi dans les lésions de l'endocardite maligne infectieuse, de certains ulcères digestifs, etc...



On s'est donc demandé si ce n'était pas de ces granulomes anciens qu'était partie l'infection redoutable due à ce streptocoque viridans.

Ajoutons cependant que, dans nombre de cas, on ne trouve pas ces granulomes infectants. Même, dans beaucoup d'autres cas, l'ensemencement reste stérile ; d'ailleurs, très souvent ceux-ci ne se présentent pas, cliniquement, sous la forme d'une lésion infectieuse ; ils ne paraissent pas en évolution active.

C'est là la grosse objection que l'on peut faire à la théorie de l'infection apicale, comme génératrice de certaines infections secondaires, telles que le rhumatisme chronique, l'ulcère gastrique ou la néphrite.

b) **Au niveau des gencives**, un autre foyer important est beaucoup plus riche en germes, mais généralement en germes assez banaux, au cours de la pyorrhée alvéolaire particulièrement. L'origine de la pyorrhée n'est pas encore bien définie et sa nature infectieuse est contestée par beaucoup. Mon ami Roy, en particulier, m'a souvent fait part de ses idées à cet égard : la pyorrhée lui paraît être, surtout et avant tout, une maladie de la nutrition générale. Mais, quelle que soit la nature même de cette pyorrhée, il y a un fait certain, c'est que (secondairement peut-être, et non pas primitivement) pullule à ce niveau une flore microbienne extrêmement riche ; il se produit de véritables clapiers infectés : il y a donc là une infection focale d'une grosse importance pour la propagation possible des germes à distance.

Il en est de même pour les autres variétés de gingivite : en particulier, les gingivites des diabétiques sont toujours infectées ; les stomatites ulcéro-membraneuses, même d'origine mercurielle, sont, nous l'avons vu, des fusospirillose...

Donc il y a, au niveau des gencives, des infections focales, qui peuvent être l'origine d'une prolifération microbienne et d'un essaimage à distance.

c) **Au niveau des amygdales** se trouve le troisième grand foyer infectieux de la bouche. Les infections amygdaliennes sont extrêmement fréquentes. Chez les enfants, en particulier, qui ont de grosses amygdales, ce tissu est riche en germes : on n'arrive pas à le nettoyer : c'est un foyer infectieux permanent.

MM. Worms et Lemée, l'année dernière, ont fait une enquête très minutieuse, non seulement parmi les médecins et stomatologistes français, mais encore parmi les étrangers de tous les pays, au sujet des con-

séquences lointaines des infections amygdaliennes : l'unanimité a été bien loin de se faire à cet égard.

Si, parmi les *focal diseases*, les Américains ont tendance à donner le rôle prépondérant aux infections dentaires, les Anglais, au contraire, ont tendance à mettre au premier rang les infections amygdaliennes.

En tous cas, dents et amygdales sont les deux foyers infectieux principaux. Pour fixer les idées par des chiffres, on peut dire avec Nichols et Briant, qu'on trouve des micro-organismes virulents (le streptocoque hémolytique notamment) dans 50 % des cas au fond des cryptes d'amygdales saines, et dans 75 à 90 % des cas d'amygdalite chronique. Même dans des amygdales d'apparence saine, on trouve une fois sur deux ces germes au fond des cryptes.

A côté du streptocoque, on y trouve d'ailleurs aussi bien d'autres microbes et notamment le pneumocoque, le bacille de Friedlander, les spirochètes, etc...

\*  
\* \*

Dans les nombreux cas où les infections buccales provoquent, secondairement, des infections digestives, comment se fait la pénétration des germes ? A cet égard, il est deux théories, qui ont chacune leurs défenseurs et qui ne sont peut-être à rejeter complètement ni l'une ni l'autre.

a) Dans la *théorie de l'ensemencement digestif direct*, les germes de la cavité buccale sont déglutis avec la salive, avec les aliments, passent dans la cavité stomacale, dans l'intestin grêle, puis jusqu'au gros intestin. Par conséquent, le transport des germes virulents se produit directement d'un point à l'autre du tube digestif suivant le sens même du mouvement digestif. La cavité buccale étant la première partie de ce tube digestif, on comprend sans peine qu'en suivant le cours naturel des aliments, ces germes descendent et s'arrêtent en tel ou tel point du trajet digestif. Mais ils sont en partie détruits dans l'estomac, aux moments tout au moins où est sécrété le suc gastrique, acide et microbicide. C'est la théorie de la voie digestive directe, très certaine pour un grand nombre de cas de *troubles digestifs par pyrophagie*.

On sait très bien, par exemple, qu'en avalant le pus naso-pharyngien, riche en microbes, ou encore le pus venant d'une gencive, d'une dent, d'un sinus, on infecte les muqueuses gastrique, intestinale, appendiculaire. Cette théorie, très simple, apparaît entièrement logique.

b) L'autre théorie, la *théorie sanguine*, plus tard venue, apparaît plus compliquée à imaginer, mais il semble bien qu'elle soit exacte dans un grand nombre de cas. La transmission se ferait, non pas directement par transport digestif, mais indirectement par le sang, après une phase de septicémie ; autrement dit, les micro-organismes buccaux passant par la voie sanguine font, avec le sang, le tour de l'organisme et se fixent ou s'éliminent dans tel ou tel organe.

C'est ainsi qu'on peut expliquer la transmission du streptocoque viridans aux jointures des rhumatisants chroniques pour lesquelles on ne peut invoquer une transmission canaliculaire. Il en serait de même pour le tube digestif.

Cette théorie est prouvée par nombre de cultures où l'on a trouvé des microbes en voie d'évacuation, par la bile notamment, celle-ci ensemençant ensuite le tube digestif.

Pour expliquer la localisation microbienne au niveau de la muqueuse gastrique, de l'appendice ou des voies biliaires, il faut admettre, avec Sanarelli, une attirance de certains organes pour certains microbes, ce « tropisme » expliquant la localisation des germes buccaux dans l'estomac, parfois dans l'intestin ou les voies biliaires d'autres fois.

D'ailleurs un certain nombre de germes passés dans la circulation s'éliminent les uns par la bile, d'autres par l'intestin, d'autres par l'appendice ou le cæcum, d'autres par la voie biliaire. Des expériences, déjà anciennes, de Ribadeau-Dumas et Harvier, de Charles Richet fils, ont mis cette élimination microbienne par la voie digestive tout à fait hors de conteste.

Mon ami le Professeur Sanarelli (de Rome) a beaucoup insisté sur l'entéro-tropisme de certains germes, notamment de ceux du choléra et de la fièvre typhoïde, qui circulent, se fixent ou s'éliminent dans l'intestin après une phase plus ou moins longue d'infection sanguine.

\*  
\* \*  
\*

Quelles sont les AFFECTIONS DIGESTIVES pour lesquelles on peut incriminer initialement une infection focale partie de la bouche ?

1<sup>o</sup> Hunter a décrit sous le nom de *gastrite septique* une infection de l'estomac après déglutition septique de pus, après pyophagie : l'enfant ou l'adulte ont ainsi des lésions aiguës de l'estomac avec symptômes de gastrite ; en tubant l'estomac notamment, Turck a retiré des



germes semblables à ceux que l'on trouve simultanément dans telle ou telle lésion de la cavité buccale.

Très souvent, on a constaté la co-existence de lésions de l'amygdale pharyngo-nasale et d'une gastrite. Triboulet, Aviragnet, Quénu ont insisté sur ce point.

Le Professeur Lœper a parlé de lésions de *pylorite*, dont certaines seraient d'origine buccale.

Je dois dire qu'en gastro-entérologie, une technique nouvelle, celle de la gastro-photographie, montre, avec une grande fréquence, les lésions de gastrite, qui sont seulement soupçonnées par l'examen clinique : on voit, notamment sur les gastro-photographies, de gros plis œdématisés et de petites ulcérations qui prouvent que la gastrite infectieuse est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait jusqu'ici. Ces lésions de gastrite, dans un très grand nombre de cas, semblent liées à des infections antérieures de la cavité buccale, qu'il s'agisse des dents, des gencives ou des amygdales.

2° La question des *ulcères digestifs gastro-duodénaux* est la plus importante. Les Américains, notamment dans le centre de travail des frères Mayo à Rochester, ont insisté sur ce fait que beaucoup d'ulcères digestifs montrent, à l'examen bactériologique, une grande quantité de streptocoques qui semblent bien être d'origine bucco-dentaire. Rosenow, en particulier, a beaucoup insisté sur ce fait : même, en utilisant des streptocoques qui avaient été isolés au niveau de la cavité buccale ou des dents, il est arrivé à reproduire des ulcères gastriques expérimentaux.

En fait, il semble bien que, pour l'ulcus comme pour la pyorrhée dont je parlais tout à l'heure, le fait de trouver des germes infectieux au niveau de la lésion ne prouve pas que l'ulcère soit directement infectieux ; car il est certainement infecté secondairement : quand, au niveau de la cavité gastrique, il y a une partie ulcérée qui ne se défend pas, si l'on avale une salive septique ou si les germes septiques de la bouche circulent dans le torrent circulatoire, la lésion est dans des conditions telles qu'elle s'infecte facilement : ainsi l'ulcère, même s'il n'était pas microbien au début, le devient secondairement.

En tous cas, dans l'évolution de l'ulcère, la septicité joue un rôle considérable ; elle produit des suppurations, des adhérences périlésionnelles qui compliquent souvent gravement la lésion initiale.

Aussi ne devrait-on jamais faire opérer un ulcère sans, aupa-

ravant, faire très soigneusement désinfecter et nettoyer les dents, origine d'infections post-opératoires graves.

3° Ce que j'ai dit pour les ulcères digestifs, je le dirai également pour les *colites* et, particulièrement pour l'*appendicite*. Il semble bien, ici encore, que dans le cas d'*appendicite*, on trouve souvent des relations nettes avec des lésions précédentes de la cavité buccale et, tout particulièrement, avec des lésions des amygdales. A cet égard, Martin, a relaté une observation très intéressante déjà ancienne du reste :

Sur un navire-école allemand, en pleine mer, Martin a vu un premier cas d'*appendicite* se déclarer chez un élève-officier quelques jours seulement après une amygdalite aiguë. Peu après, on lui amène un deuxième sujet qui, lui aussi, était en pleine crise d'*appendicite* et avait eu antérieurement une amygdalite. Dans l'intervalle de deux à trois mois, sur le même bateau, il a suivi ainsi six cas d'*appendicite* aiguë qui s'étaient développés consécutivement à des angines et qui paraissaient s'être propagées de l'un à l'autre. Il semble bien, dans ces cas, qu'il y ait eu une filiation nette, entre le premier stade amygdalien et le deuxième stade appendiculaire.

Cela est d'autant plus logique que le tissu lymphoïde de l'*appendice* est très proche de celui de l'amygdale.

On admet qu'il y a eu filiation de l'angine et de l'*appendicite* dans 81 cas sur 173 : ce qui est une proportion imposante.

4° Pour terminer cette énumération, je vous dirai encore quelques mots des *angio-cholécystites* consécutives à des infections focales de la bouche.

Un certain nombre sont dues à l'élimination, par les voies biliaires, de microbes septicémiques qui très souvent ont leurs lieux d'origine au niveau d'un premier foyer buccal. J'ai vu, récemment, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, un sujet atteint de cholécystite, puis de péri-cholécystite. Or, l'ensemencement des germes de la cavité buccale et celui des germes de la bile extraite par tubage duodénal ont donné exactement la même flore. Ici encore, il s'agissait d'un streptocoque, c'est-à-dire d'un micro-organisme qui n'existe pas habituellement dans les voies biliaires. Par conséquent, au point de vue bactériologique, il semble bien qu'il y ait eu une relation directe entre la flore microbienne de la bouche et celle des voies biliaires infectées.

D'ailleurs, bien souvent, la cholécystite est combinée à l'appendi-

cite et les arguments pour l'infection focale d'origine buccale se cumulent pour les deux lésions digestives.

\* \*

Si l'on examine dans son ensemble, la question des infections focales digestives, on retient d'abord un certain nombre de preuves appuyant la thèse de l'origine bucco-dentaire de toute une série d'infections digestives, mais chacune de ces preuves a été contestée et doit être vérifiée.

a) AU POINT DE VUE CLINIQUE, dans un assez grand nombre de cas, il y a filiation nette entre certaines lésions de la cavité buccale et certaines lésions de gastrite, d'ulcus, d'appendicite, de colite ou de cholécystite.

Cependant on a fait remarquer que les statistiques ne sont pas très probantes, parce que (et surtout au fur et à mesure que l'on avance en âge) il est bien rare que chaque malade n'ait pas à son actif une lésion de la cavité buccale. C'est ainsi qu'après 50 ans, on peut admettre que plus de 90 % des individus, même sains, ont des lésions de la cavité buccale : si, par conséquent, on trouve chez eux du rhumatisme chronique, une endocardite, un ulcère digestif ou une néphrite, on peut fort bien admettre qu'il y a seulement coïncidence des lésions étant donné le pourcentage indiqué.

b) AU POINT DE VUE BACTÉRIOLOGIQUE, il est également assez difficile souvent de conclure.

Je vous ai dit que, dans un certain nombre de cas, on cultive, aux dépens des granulomes, de la pyorrhée ou des cryptes amygdaliennes, certains germes, même parmi ceux qui ne sont pas des plus banaux, comme le streptocoque viridans. Si on les retrouve dans les lésions digestives, par là même on peut admettre un parallélisme et une filiation entre les deux groupes de lésions.

Mais ceci a été également contesté : d'une part parce que, dans un assez grand nombre de cas, on a trouvé ces germes sans graves lésions à distance ; d'autre part parce que, dans certains cas de granulomes, on n'a pas trouvé de germes ; en tous cas, on n'y a trouvé souvent qu'une flore extrêmement minime, ou même nulle ; par conséquent, la théorie est en défaut, au moins pour ces cas-là.

On a alors cherché à tourner la difficulté par différents artifices. Pour avoir des arguments plus probants, on a cherché avec Lœper à



faire des intra-dermo-réactions avec les germes venant des dents, chez des gastro-entéropathes.

Lorsque l'organisme est sous l'influence de la même infection, il réagit par une papule, laquelle a une importance d'autant plus spécifique qu'elle ne se produit pas sur un sujet témoin. Mais l'épreuve de la cuti-réaction des ulcères ou des rhumatismes vis-à-vis des germes d'origine buccale n'a pas donné, le plus souvent, de résultats probants.

On a alors cherché, grâce à une autre méthode, classique en bactériologie, la déviation du complément, à faire la preuve du pouvoir pathogène du streptocoque viridans d'origine buccale. Mais ici encore, si, dans un certain nombre de cas, on a obtenu de bons résultats, l'épreuve a été maintes fois négative, en sorte que la question n'est pas encore tranchée par cette technique.

Les Anglais et les Américains ont utilisé une troisième méthode, qu'ils ont appelée: « *selective pathogen culture* ». Ilsensemencent les germes buccaux dans deux tubes ; dans l'un, ils mettent, de plus, 5 centimètres cubes de sérum du sujet ; ils admettent qu'il y a vis-à-vis de ces germes une action bactéricide, spécifique du sang de l'organisme lorsque cet organisme est infecté par le germe examiné : par conséquent si dans l'un des deux, le streptocoque dentaire pousse et s'il ne pousse pas dans le tube additionné de sérum du malade, il y aurait une preuve sérologique en faveur d'une infection de l'organisme par ce germe, ayant provoqué cette réaction d'immunité.

En réalité, j'ai eu l'occasion de faire répéter ces expériences par mon chef de laboratoire, le Dr J. Dumont, et nous avons vu qu'il y a là de très grosses causes d'erreurs ; car il n'est pas nécessaire qu'un sujet soit infecté par un germe donné pour que son sérum en gêne le développement. Les arguments bactériologiques sont donc, pour une grande part, contestables.

c) Au POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE, on a apporté des arguments solides, mais qui, eux aussi, ont été contestés.

Si l'on admet que tel rhumatisme, telle néphrite, telle gastrite, tel ulcère, telle cholécystite, telle appendicite est d'origine bucco-dentaire, le nettoyage de la bouche, en supprimant l'infection, doit modifier rhumatisme, néphrite, gastrite, ulcère, cholécystite ou appendicite.

C'est, en effet, ce qu'un certain nombre d'auteurs ont obtenu : il semble bien qu'il y ait, dans cette voie, des résultats cliniques carac-

téristiques. En particulier, on a signalé le fait que, après nettoyage de la bouche, les poussées de rhumatisme chronique ont été enrayerées.

Le regretté Duverney, qui soignait, à Aix-les-Bains, nombre de rhumatisants chroniques, a publié, notamment des faits démonstratifs.

Par contre, dans la très grande majorité des cas, quand la lésion est ancienne, quand on a affaire à un ulcère, un rhumatisme chronique, une endocardite infectieuse déjà évoluée, la suppression des infections bucco-dentaires ne change pas la marche de la lésion à distance. Cela ne peut nous étonner : car, comme on l'a dit, en termes pittoresques, il ne suffit pas d'éteindre une allumette qui a allumé un incendie, pour éteindre cet incendie ! Evidemment : pourtant la théorie des infections focales suppose que celles-ci, non seulement ont allumé, mais encore entretiennent l'incendie : éteindre l'allumage devrait donc empêcher la reprise de l'incendie.

Vous voyez que, malgré les très intéressants arguments, d'ordre clinique, bactériologique ou thérapeutique, donnés par les défenseurs des infections focales, il y a, encore, sur presque tous les points, des contestations.

Mais si cette importante question reste encore en discussion, elle n'en a pas moins un très gros intérêt pratique.

Elle illustre, en tous cas, cette thèse que bien des problèmes communs se posent pour les dentistes et les gastro-entérologues, qui exigent entre eux une symbiose féconde.

# VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

## COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES SECTIONS SCIENTIFIQUES (Suite) (1)

### LES DÉMONSTRATIONS

(Communiqué par M. FILDERMAN, Secrétaire de la Commission).



M. FRISON, président.

Les séances de démonstrations ont fonctionné sous la présidence du *D<sup>r</sup> Frison*, qui avait assumé la lourde charge de les organiser. Trois matinées leur avaient été consacrées, celles du jeudi, du vendredi et du samedi.

La première matinée était exclusivement réservée aux démonstrations américaines ; la seconde aux démonstrations européennes et la troisième concernait les démonstrations illustrant des communications, ainsi que les démonstrations pédagogiques.

Tout le monde sait que le grand inconvénient des démonstrations est de ne permettre qu'à quelques privilégiés de voir et de profiter de la démonstration, car, généralement, ceux qui ne sont pas au premier rang ne peuvent rien distinguer.

Il fallait donc éviter, dans la mesure du possible, cet inconvénient et la difficulté à résoudre était d'autant plus grande que le programme comportait près de deux cents présentations. D'autre part, comme on était limité par le temps, l'organisation devait permettre aux démonstrateurs de trouver facilement et rapidement leurs places et permettre aussi aux Congressistes de trouver, sans perte de temps, la ou les démonstrations qui les intéressaient plus particulièrement. Tous ceux qui ont participé à ces séances, et ils furent nombreux, ont pu se rendre compte que, grâce aux organisateurs et, en particulier au *D<sup>r</sup> Frison* et à son dévoué collaborateur, *Jacques Filderman*, lesquels au cours de ces journées de labeur intensif, se sont dépensés sans compter, les choses ont bien marché.

Il faut reconnaître, il est vrai, que la salle d'honneur du Grand Palais, se prêtait merveilleusement à l'organisation des démonstrations.

Sur les murs, des pancartes facilement visibles, indiquaient l'emplace-

---

(1) Voir numéros d'octobre 1931 à avril 1932.



ment de chaque pays, tandis que des numéros placés, devant chaque table, permettaient aux démonstrateurs de trouver instantanément la place qui leur était réservée. Autour des tables, des banquettes très basses étaient alignées et permettaient au moins à deux rangs de congressistes de suivre, sans difficulté, ni gêne, les démonstrations.

La Journée américaine avait attiré une foule considérable de confrères, tous avides de voir les plus grands maîtres du nouveau continent, leur présenter, eux-mêmes, les travaux dont ils ne connaissaient jusque-là que les descriptions.

En effet, l'Amérique s'était fait inscrire pour soixante-quatorze démonstrations des plus intéressantes, présentées par des cliniciens appartenant à quatorze Etats différents, parmi lesquels, la Californie, l'Illinois, New-York et Massachusetts groupaient le plus grand nombre d'adhérents.

A ce propos, il faut adresser de sincères remerciements au *Dr William H. G. Logan*, qui fut en Amérique l'ardent préparateur de cette manifestation ; il proposa le groupement par Etats, pour créer entre eux une noble émulation, et à ce point de vue son objectif fut pleinement atteint.

Donner la description de toutes ces présentations serait difficile, car étant donné leur nombre, cela demanderait une place dont nous ne disposons pas ici, sans compter qu'une telle description ne fournirait qu'une idée imprécise de l'intérêt des travaux présentés.

Bornons-nous donc à rappeler que ces démonstrations concernaient toutes les branches de notre spécialité, mais plus particulièrement les travaux à ponts avec *MM. F. G. Conklin, W. L. Mc Neil, W. Willman, J. R. Schwartz, F. G. Neurhor, J. K. Burgess, F. R. Getz, Ph. L. Kneutzen, W. E. Mendel, A. T. Palmer, J. D. White, C. W. Carrick, H. W. Mac Milan, Don W. Evans et C. H. Schott.*

Le dentier complet semblait, aussi, avoir retenu l'attention de nos distingués confrères d'outre-mer, avec *MM. E. Ray Brownson, K. F. Knudtson, V. P. Perisho, E. H. Smith, R. O. Schlosser, B. Kesler, D. H. Young, S. Millard et U. Adams.*

La porcelaine, toujours, et de plus en plus, à l'ordre du jour, a été traitée avec art, par *MM. J. F. Hovestad, I. H. Doane, D. S. Gardner, W. A. Spring et Mrs S. N. Bolotny.*

En ce qui concerne l'Orthodontie, elle a été l'objet de nombreuses présentations faites par *MM. J. Rush Mac Coy, F. E. Sharp, F. Bl. Rhobotham, W. S. Singer, A. F. Jackson, Ph. Adman, Ch. A. Spahn, Ch. S. Hardy et L. W. Snuggins.*

Des démonstrations concernant la pyorrhée ont été faites par *MM. W. F. Lauwrenz, A. F. James, Mme L. Barkann, I. S. Miller, L. M. Waugh, W. F. Barry et W. E. Minghini.*

Des nouveaux appareils et instruments concernant les extractions ont été présentés par *MM. B. J. Svoboda, H. Feldman, N. E. Perret, G. B. Winter et F. W. Rounos.*

Les inlays et aurifications, ainsi que les coulées, ont été étudiés par *MM. A. Lockwood, H. True, Z. W. Moss, A. B. Henderson et L. J. Dunn.*

Enfin de nombreuses autres démonstrations ont été faites par *MM. W. Thompson, W. E. Redlich, G. H. Wandel, R. Kronfeld, W. H. G. Logan, L. Pollock, R. S. Voorhees, H. S. Dunning, Th. P. Mac Nulty, L. M. Waugh, L. Winter, F. J. Bronner, H. Bear, J. J. F. Gibbon, F. J. Martin, M. F. Wielage, R. H. Johnson, E. Kennedy et Mme R. Zucernikoff.*

Mais si la journée des Américains avait attiré beaucoup de monde, celle des Européens n'eut pas moins de succès, au contraire. Est-ce parce que les démonstrations européennes les intéressaient plus, ou est-ce plutôt parce que la première séance les a remplis d'enthousiasme, et les a encouragés à continuer? Toujours est-il que la matinée du vendredi a attiré un plus grand nombre de congressistes que la veille.

Et cependant, grâce à l'organisation, tout s'est passé dans le plus grand calme et l'ordre le plus complet régnait partout sans aucune bousculade.

Ainsi que cela se conçoit aisément, ce sont les confrères français qui ont fait le plus grand nombre de démonstrations. Mais les confrères allemands, les confrères anglais et les confrères danois (par l'active propagande de nos aimables confrères *Schaeffer-Stuckert, Rowlett et Haderup*) ont fait aussi un très grand effort, grâce auquel le nombre des démonstrations européennes a réussi à égaler celui des Américains.

Si les praticiens du vieux continent n'ont pas négligé le problème du dentier complet, avec MM. *Spreng, Dreyfus, Georges Villain, Margueritte, M<sup>lles</sup> Deschamps et Engel, MM. Saupiquet, Richard, Kelly, Bataille et Cohen, de Vriendt, R. N. Bragg, Haber et Trebitsch*, il semble encore que plus que les Américains ils attachaient une importance considérable aux travaux en porcelaine, puisque le nombre des démonstrations concernant la céramique était plus de deux fois supérieur à celui des Américains, grâce à MM. *Fehr, Scheer, Rothschilds, Gilmour, Kenneth, Hooper, Douglas S. Clodgg, Mallory F. Rous, Webb, Sapet et Vieilleville*.

Mais les extractions et notamment les extractions difficiles semblent beaucoup préoccuper nos confrères.

Doit-on conclure qu'en Amérique, comme en Europe, on supprime plus de dents qu'autrefois? Nous croyons plutôt le contraire. On en enlève beaucoup moins que naguère. Mais comme ces organes sont conservés jusqu'à la dernière limite, ces opérations deviennent très laborieuses et nécessitent la création de nouveaux instruments permettant la recherche et l'extraction des apex difficiles. Elles ont donc été l'objet des présentations faites par MM. *Pfluger, Schoenwald, Bowder Henry, Rowlett, Webb, Charlier, Nivard, Pont, Lafite, Dupont et Palmgren*.

La pyorrhée avait retenu l'attention de MM. *Elbrecht* (remplacé par *Frau Dr. Gross*), *Neumann, Thielemann, Herbert, M. Roy et Paxton Bayliss*, tandis que les travaux à pont et les couronnes ont été étudiés par MM. *Schoenwald, J. A. Roon, Charlier, Cherpain, Godefroy, Bossard, Hamon, Housset, Lakermance, Mathieu et Chevallard, Selbmann, Tacail et Gottlich*.

L'Orthodontie, loin d'être négligée dans notre continent, a été aussi, l'objet de nombreuses présentations avec MM. *Tryfus, F. Boquet Bull, Budz-Jorgensen et Webb*.

Il en fut de même de la prothèse maxillo-faciale, avec les travaux de MM. *Simon, Housset, Marcel Darcissac, Debray et Blanchet, L. Frison, Moreau et Fouère*.

Enfin, nombre de démonstrations diverses furent faites par MM. *Ehrlicke, Cubie, Lentulo, de Greave, Mercier, Chapey, Dumont, Achlijecher, Van den Berg, Tumarkin et Brenneisen*.

Ces démonstrations furent, d'autre part, complétées par des présentations, concernant la Chirurgie maxillo-faciale et les travaux de laboratoire, faites par des maîtres tels que les D<sup>rs</sup> *Dufourmentel et Gérard Maurel*, ainsi

que le *Prof. Grandclaude*, dont les Ecoles Dentaires Françaises sont si fières de s'honorer.

La matinée du samedi a eu lieu dans la salle faisant suite à l'exposition de l'Autriche, la salle d'honneur ayant été réservée à la séance plénière.

Elle était consacrée aux démonstrations, suite de communications faites par des confrères, parmi lesquels figuraient les plus hautes célébrités des deux continents ; tels que MM. *Percy Howe, Price Weston, Rosenzweig, Trebitch, Bruske, Pinault, Margueritte, Salazar, Vignale, Burkhart R. H., Cole, Cowan Chas, Franekel, Gordon, Hruska, Lentulo, Lewald, Loos, Morineau, Grieve, Lidji, Goeffrion, Oliver, C. Wood et G. H. Wright.*

Enfin des présentations aussi instructives qu'intéressantes concernant les méthodes et le matériel d'enseignement, furent faites par MM. *Bjennegaard, Budtz-Jorgensen, Chapéy et Bertrand, Charlier, Fourquet, Housset, Malcolm, Knott, Marseillier, Rolland, Lebrun et Sudaka, Solas.*

Toutes les démonstrations, aussi bien les américaines que les européennes, ont révélé le souci de la perfection dans le travail et la recherche du fini. Si dans l'ensemble on n'a pas eu à noter des nouveautés sensationnelles, toutes ont prouvé que notre profession progresse d'une façon merveilleuse et qu'au cours de ces dernières années, une grande amélioration a été apportée à notre technique.

La céramique semble être à l'ordre du jour, plus que jamais et la tendance à la suppression de la visibilité de l'or dans la bouche se manifeste de plus en plus.

P.-S. — Il est bien entendu que les manifestations scientifiques et techniques de nos Congrès professionnels, au cours desquels les Confrères des différents pays ont l'occasion de se mieux connaître et de s'apprécier, sont toujours accompagnées de réunions récréatives, plus ou moins intimes, où de sincères amitiés se lient. Pour ne pas manquer à cette tradition, le Président de la Commission des Démonstrations réunit le mardi 4 août, à l'Hôtel Ambassador, quelques confrères de différents pays et leurs femmes à un dîner pendant lequel la plus grande cordialité et une franche gaieté n'ont cessé de régner. *Pascal Dubois*, président de la III<sup>e</sup> section, et *J. Zzaoui*, secrétaire de la XV<sup>e</sup> section, professeurs à l'Ecole Odontotechnique, s'étaient joints à lui, pour donner plus d'animation à cette fête en y conviant des membres de leurs sections et leur famille.



## LES PROJECTIONS ET LE CINÉMA

(Communiqué par M. BROCHIER, Secrétaire de la Commission).



M. BROCHIER, secrétaire.

La Commission des Projections devait assurer :

1<sup>o</sup> La projection des films cinématographiques en spectacle permanent ;

2<sup>o</sup> La projection des clichés illustrant les communications dans les salles de conférences.

CINÉMATOGRAPHE. — La présentation des films a eu lieu dans une salle spéciale comportant 200 places assises. Deux appareils de projection fonctionnant alternativement évitaient toute interruption dans la présentation des films en plusieurs bobines.

Un appareil avait été obligeamment prêté par le Ministère de la Santé Publique (Comité National de défense contre la Tuberculose) grâce à l'obligeance de M. Viborel, l'autre avait été gracieusement

prêté également par son fabricant (1).

Ces appareils pouvaient s'arrêter sur une image du film, voire même revenir en arrière pour faciliter les commentaires.

Du lundi 3 août après-midi au vendredi soir, 7 août, matin et soir, les films des auteurs suivants ont été présentés par roulement, selon un horaire affiché devant la salle, quotidiennement :

*Haber* (Berlin), *Kazandjian* (Boston), *Konrad Kohn* (Berlin), *Cieszynski* (Lwow), *Sapet* (Paris), *Fehr* (Berlin), *Kostecka* (Prague), *Pont* (Lyon), *Darcissac* (Paris), *Charlet* (Paris), *Philipps E. Adams* (Boston), *Morineau* et *Leblan* (Paris), *Adrion* (Berlin), *Dreyfus* (Lausanne), *Devraigne* (Paris).

En outre :

Une sélection des films d'hygiène du Comité National de défense contre la tuberculose ;

Une sélection des films scientifiques du Ministère de l'Instruction publique (Musée Pédagogique) ;

Le film des « Gueules Cassées », etc...

PROJECTIONS FIXES. — Il s'agissait de projeter, dans des salles fortement éclairées, les clichés dont les auteurs de communication désiraient illustrer leurs discours. Douze salles avaient été munies d'écrans très lumineux entourés d'un vélum de tissu noir pour augmenter la visibilité des projections dans des conditions spécialement défavorables. Dix puissantes lanternes de projection, réparties selon les besoins, n'ont pas suffi à assurer partout, à l'heure précise, la présentation de clichés de toutes dimensions, parce qu'au dernier moment de nombreux confrères ont apporté des clichés à projeter dont ils n'avaient pas en temps voulu révélé l'existence.

La bonne volonté de chacun a permis de donner satisfaction à tous.

(1) Etablissements Debie, 111, rue Saint-Maur, Paris.

## LES EXPOSITIONS



M. H. VILLAIN, *commissaire général*

Les Expositions du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International ont eu une grande importance. Elles étaient au nombre de cinq, organisées par M. Henri Villain, commissaire général, dont la compétence est bien connue en la matière, assisté de M. Morineau, avec la collaboration de M. Fould, pour l'exposition scientifique ; de M. Fourquet, professeur à l'Ecole Odontotechnique, pour l'Exposition pédagogique ; de M. Bouland, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris, pour l'Exposition rétrospective ; de M. Ferrand, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour l'Exposition d'hygiène.

Une cinquième Exposition, celle des fournisseurs, la plus brillante qu'on ait vue depuis longtemps, avait été admirablement installée par M. Salas, le distingué secrétaire général du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, le grand animateur de la Semaine Odontologique.

### EXPOSITION SCIENTIFIQUE



M. MORINEAU

L'exposition scientifique d'un Congrès International a une importance considérable puisqu'elle procure aux congressistes l'occasion unique de trouver rassemblés des documents de grand intérêt, qu'il leur serait, autrement, très difficile de connaître.

Par la quantité et par la qualité des envois, cette exposition représente un magnifique effort de la science dentaire mondiale, auquel ont collaboré des collectivités comme les Ecoles Dentaires et les laboratoires de recherches et de savantes personnalités professionnelles.

L'organisation en fut dès le début assurée par M. Morineau, commissaire de l'Exposition scientifique que suppléa par la suite M. Fould, qui prit une part active

et dévouée à l'aménagement des salles du Grand Palais et à l'installation des documents.

Cette exposition a réuni un nombre très considérable de pièces du plus haut intérêt. Elle occupait dix grandes salles au premier étage du Grand Palais.

Treize nations étaient représentées.

A côté de présentations classiques ayant trait à la prothèse, et qui ont

été particulièrement brillantes, le fait dominant semble être la très grande place donnée un peu partout à la pathologie des canaux dentaires. Des milliers de microradiographies, de microphotographies exposées dans différentes salles indiquent bien nettement l'importance attachée de plus en plus à la stérilisation des espaces périapexiens. Les différents laboratoires spécialisés ont apporté tous des contributions importantes à cette étude. Nous espérons qu'un prochain Congrès nous donnera dans le domaine de la thérapeutique un aussi bel effort pour le plus grand bien de nos futurs patients.

Cette exposition a été dirigée tout d'abord par M. Morineau, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris ; une grave maladie ayant éloigné quelque temps M. Morineau de l'activité professionnelle, il a été remplacé par le fils d'un de nos confrères, M. Fould. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette double collaboration.

Le succès remporté par l'Exposition scientifique fait le plus grand honneur à l'initiateur, M. Morineau, et au réalisateur, M. Fould.

### EXPOSITION SCIENTIFIQUE ALLEMANDE

*(Communiqué par MM. le Prof. ADRIEN et le Dr MUNZESHEIMER)*

L'exposition scientifique allemande avait été organisée par le Zentralverein deutscher Zahnärzte, au nom de la collectivité des représentants de la profession dentaire, et était sous la direction du Prof. Adrien et du Dr Münzesheimer, chargé de cours, de Berlin.

Le but que la direction de l'exposition s'était proposé était de montrer tout le domaine de la dentisterie dans ce qui le rattache à la médecine générale par des images, des modèles, des moulages et des appareils. Un grand nombre de praticiens allemands avaient collaboré à cette exposition.

Celle-ci occupait deux grandes salles, divisées en compartiments. Les diverses sections se trouvaient ainsi pour ainsi dire closes, mais la vue d'ensemble de la totalité de l'exposition en souffrait peut-être un peu. Elle commençait par la section d'anatomie, réunie par le Prof. Fabian (de Hambourg) et présentait d'une façon extraordinairement instructive par un grand nombre de crânes et d'images l'influence de la nourriture, de la race et des mœurs sur la formation des crânes et des maxillaires. Les particularités anatomiques des dents et des maxillaires humains offrant de l'intérêt pour l'anesthésie et le traitement des racines étaient montrées sur des préparations et l'enseignement dentaire, en ce qui concerne l'anatomie des dents, était esquissé.

A cette Section était annexée la grande collection microphotographique du Prof. Meyer (de Breslau), embrassant d'une façon remarquable l'histologie, l'embryologie et la pathologie.

Pour la section « Pathologie de la gencive, du périodonte, du procès alvéolaire et de la cavité buccale », le Prof. Siegmund (de Stuttgart) avait rassemblé une collection de 160 épreuves positives.

Le traitement des racines par la diathermie, qui offre actuellement tant d'intérêt en dentisterie, était représenté par un grand nombre de dessins de couleurs et de microphotographies.

Dans ce compartiment étaient également placées dans des vitrines la Section céramique, groupée par le Dr Fehr (de Berlin) et la Section de dentisterie conservatrice, réunie par le Dr Schweitzer (de Berlin). Dans la même



salle se trouvait aussi la section Paradentose, préparée par l'A. R. P. A. ; actinothérapie, préparée par moi et dans laquelle les divers rayons étaient représentés : rayons caloriques, ultra-violets faibles avec rayons caloriques, ultra-violets forts et purs, au moyen des diverses lampes, Sollux, Vitalux, Poire Vitalux avec Multalux, Solarca, soleil artificiel ; des explications instructives pour le visiteur étaient données clairement au visiteur. Enfin cette salle contenait la section chirurgie, constituée par des tableaux des Prof.



EXPOSITION ALLEMANDE

Ernst et Robert Neumann (Berlin) et la section de radiographie qui, arrangée par le Dr Weski (Berlin), mettait en rapport d'une façon instructive des constatations histologiques avec la radiographie.

La salle voisine était consacrée à la prothèse chirurgicale, organisée par le Prof. Schröder (Berlin) et offrait à la vue des traitements de fractures des maxillaires et des prothèses de résection.

Une grande exposition étrangère, due au Prof. Ritter (Berlin) et dont la valeur était augmentée principalement par la collaboration de M. Schwarz, chirurgien-dentiste à Berlin, montrait l'importance de la collaboration du dentiste dans beaucoup de préparations et d'images pour la découverte des

crimes, mais montrait aussi la difficulté qui réside dans la diversité de la forme des maxillaires et des dents et qui ne permettent que des conclusions réservées sur l'âge et le sexe, d'après la forme des maxillaires.

Dans le compartiment voisin étaient réunies les collections de moulages des Prof. Zinsser (Cologne), Friebös et Moral (Rostock), représentant les maladies de la peau offrant de l'intérêt pour le chirurgien-dentiste. Il n'est pas exagéré de dire que ces collections ont provoqué une attention justifiée par leur particularité.

Compartiment suivant : maladies professionnelles de la cavité buccale (Dr Baeder, de Berlin), représentées par une série de beaux tableaux muraux ; maladies du cou, du nez et des oreilles (Prof. Seifert, de Kiel), avec un grand nombre de planches en couleurs et une collection d'instruments fort instructive, employés pour l'enlèvement des corps étrangers des voies respiratoires et de l'œsophage.

Le compartiment suivant occupait un espace assez vaste avec les méthodes de coulage, empreintes, articulation, couronnes, ponts et prothèse partielle.

La section de coulage montrait, au moyen d'un grand nombre de coulages en or et de tableaux, comment on peut obtenir des coulages exacts au moyen d'un traitement approprié de l'or par la chaleur et d'un traitement approprié à la cire pour le coulage des plaques, surtout par le travail de têtes perdues. La section avait été préparée par le Prof. Fritsch (Francfort-sur-le-Main), Dr Elbrecht (New Isenburg), Dr Oettinger (Munich) et Dr Wichmann (Berlin).

A l'aide d'un grand nombre de modèles, le Dr Rehm montrait les diverses méthodes d'empreintes et le Dr Kirsten, les divers procédés de couronnes, surtout sans ruban et anneau. Le Dr Fritz Trebitsch avait organisé la Section de l'articulation qui présentait les étapes principales de la recherche de l'articulation et de la construction des articulateurs pratiques. Le développement des formes des dents artificielles montrait comment les premières dents artificielles étaient conformées, purement au point de vue des transformations, puis le côté masticatoire était étudié en exagérant la forme anatomique et en montrant comment les dents sont construites maintenant en se plaçant aux points de vue des transformations et de la mastication.

Trois modèles de mouvement sur des recherches d'articulation et leur développement pratique provoquaient spécialement l'intérêt des visiteurs.

L'intérêt était le même pour le développement des prothèses partielles du Prof. Schroeder (Berlin), qui montraient comment la muqueuse buccale était seule chargée d'abord, puis, comment la charge des dents à crampons une fois connue était évitée par l'introduction d'une articulation entre ceux-ci et les prothèses et comment maintenant on cherche à augmenter le plus possible l'effet utile de la plaque en mettant à profit la capacité de la muqueuse et des dents piliers de supporter ses efforts.

Dans le dernier compartiment, on présentait le travail de l'acier, que le Dr Hauptmeyer (d'Essen) avait préparé, dans lequel étaient montrées par des tableaux et des courbes, non seulement les propriétés de l'acier inoxydable, mais aussi les machines nécessaires à le fabriquer, ce qui donnait une belle vue d'ensemble de cette matière malléable si importante en dentisterie.

## EXPOSITION AUTRICHIENNE

*(Communiqué par M. le Prof. GOTTLIEB)*CENTRE MAXILLAIRE DE LA PREMIÈRE CLINIQUE CHIRURGICALE  
DE L'UNIVERSITÉ DE VIENNE (Prof. Dr A. EISELSBERG ;

Directeur : Prof. Dr H. PICHLER).

Cette exposition présentait quelques cas caractéristiques de toutes les branches de la chirurgie des maxillaires. La présentation était faite au moyen de tableaux muraux, de photographies avant et après l'opération, de prothèses, radiographies, de dessins, avec explications en allemand, français, anglais et espagnol. En outre des cas particulièrement intéressants et instructifs du domaine de la chirurgie de la bouche et des maxillaires étaient contenus dans des vitrines. Celles-ci contenaient également des épreuves positives de photographies, de radiographies et des préparations histologiques, des modèles en plâtre et des préparations d'opérations dans un liquide fixant. On remarquait, de plus, des moulages de quelques cas représentant clairement le succès d'opérations plastiques et fidèlement, d'après nature, de diverses affections des maxillaires. Une vitrine spéciale renfermait les instruments spéciaux usuels de la clinique.

L'exposition offrait notamment les particularités suivantes :

I. — *Vitrines.*

1<sup>o</sup> Fillette de 11 ans avec ankylose de l'articulation maxillaire et déplacement du menton vers la gauche à la suite d'une fracture du maxill. infér. mal guérie, causée par une chute à l'âge de 1 an. Guérison après résection de l'articulation et application d'une attelle de réduction consécutivement à l'opération.

2<sup>o</sup> Fillette de 10 ans. Cas analogue au précédent avec déplacement accentué du menton vers la droite à la suite d'une fracture spontanée mal guérie dans l'enfance. Ostéotomie, greffe osseuse, redressement.

3<sup>o</sup> Patiente de 20 ans avec ankylose et déformation du maxillaire inférieur après fracture du maxillaire inférieur mal guéri. Après résection de l'articulation maxillaire, pose d'un appareil de redressement et plastique, l'état normal s'est rétabli.

4<sup>o</sup> Patient de 23 ans, présentant avec ankylose de l'articulation maxillaire, une micrognathie par suite d'une inflammation de cette articulation pendant son enfance, consécutive à la rougeole. Par l'opération de l'articulation d'un côté et ostéotomie de la branche montante de l'autre côté avec propulsion de la rangée infér. de dents, un résultat fonctionnel et esthétique irréprochable put être obtenu.

5<sup>o</sup> Epithélioma de la joue et du maxill. sup. ; résection de ce maxill. pour plastique du lambeau occipital et prothèse de résection. Bon résultat.

6<sup>o</sup> Patient de 45 ans, adamantinome du maxill. inf. opéré non radicalement et traité ensuite par le radium, ce qui a donné un bon résultat.

7<sup>o</sup> Homme de 26 ans avec prognathie extraordinairement marquée. Ostéotomie sous-cutanée bilatérale de la branche montante, rétropulsion du corps du maxillaire et fixation des conditions d'occlusion ainsi obtenues jusqu'à la guérison. Résultat : amélioration notable des contours du visage et rétablissement d'une occlusion normale.



8<sup>o</sup> Garçon de 11 ans, atteint d'un ostéo-chondro-myxome du maxill. sup. droit, suivant un processus malin. Résection partielle du maxill. sup., prothèse de résection. Résultat fonctionnel et esthétique irréprochable depuis 3 ans.

9<sup>o</sup> Ostéome du maxill. sup. Femme de 49 ans, chez laquelle la tumeur était localisée dans la partie médiane de ce maxill. et faisait saillie, la bouche fermée, entre les lèvres. Enlèvement de la tumeur. Prothèse.

10<sup>o</sup> Ostéome du maxill. sup. Femme de 50 ans. La tumeur s'était localisée à l'arrière du maxill. supér. g.

11<sup>o</sup> Cas de tératome dans le raphé du palais dur.

## II. — Tableaux muraux.

Cas de lambeaux du front et du bras pédonculés des deux côtés, plastique remplaçant le menton et la lèvre inf., résection du maxill. inf. avec prothèse immédiate. Cas de résection du maxill. sup. avec prothèses de résection et plastique avec la peau du front, squelette nasal avec plastique nasale (greffe primaire du tibia, d'une greffe de la peau du front.) Un cas de pseudarthrose du maxill. inf. avec greffe osseuse. Un cas de sarcome du maxill. inf. chez une femme, désarticulation du maxill. inf., prothèse correspondante.

Pas de récurrence en 20 ans, résultat fonctionnel et esthétique irréprochable. Un deuxième cas analogue : sarcome du maxill. inf., résection de ce maxill., greffe osseuse prélevée sur le bassin, remplaçant la totalité de la moitié du maxill. inf. Guérison depuis 14 ans.

Cas de bec-de-lièvre et de fissures palatines opérés.

Fracture d'un maxill. inf. édenté ; guérison par des appareils extra-buccaux.

Statistique de 125 résections du maxill. sup. dans des tumeurs malignes.

## EXPOSITIONS ORTHODONTIQUES

## I

INSTITUT DE PERFECTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE VIENNE

(Directeur des Cours : Dr A. MARTIN SCHWARZ).

L'exposition avait pour but de présenter quelques appareils et moyens auxiliaires employés pour le traitement et l'enseignement indiqués par le Directeur des Cours ; elle comptait 52 modèles, 22 appareils, 37 tableaux muraux et 4 instruments spéciaux.

Trente-six modèles représentaient les appareils appliqués à des patients dans des buts différents avant et après le traitement. Les descriptions en trois langues annexées à chacun expliquaient, en partie avec des dessins, les grands avantages cliniques de l'arc de Merzhon et de l'arc labial de Lourie, combinés avec des ressorts à spirale, à étrier et autres ressorts de formes nouvelles, en insistant spécialement sur la simplicité de l'appareil, la grande économie de temps de traitement et l'indépendance relativement grande de l'âge du patient.

Une série d'appareils, provenant tous de patients, servait de comparaison entre les anciennes et nouvelles formes de ressorts. En outre, étaient exposés certains instruments spéciaux pour la confection et la manipulation des appareils décrits par le Directeur des Cours.

Une série de sept modèles montrait le traitement précoce et la prophylaxie de la classe II d'Angle, au moyen de couronnes pour occlusion en avant, avec des modèles de cas dont le traitement était terminé.

Dix modèles, sous forme d'un tableau clinique, montraient le procédé de confection d'appareils de caoutchouc pour orthodontie et la prothèse.

Six modèles étaient relatifs à l'étude de l'occlusion.

Les trente-sept tableaux muraux exposés étaient empruntés à l'enseignement de l'orthodontie : dix-huit s'appliquaient au développement normal, en tenant compte de certaines phases typiques, dangereuses, inconues jusque-là, pour la denture complète.

Cinq tableaux représentaient les changements de formes physiologiques de l'occlusion normale.

Trois étaient relatifs au diagnostic.

Six montraient les modifications histologiques typiques survenant avec l'emploi de petits ressorts auxiliaires.

Enfin, cinq planches en couleurs présentaient des détails dans la forme et la confection des appareils.

## II

## INSTITUT DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

Dans l'exposition d'orthodontie de l'Institut dentaire de l'Université de Vienne figuraient des modèles de cas traités et les appareils d'orthodontie les plus employés à l'Institut.

Soixante et onze modèles illustraient trente cas, avant et après le traitement. De plus, onze cas étaient illustrés par des modèles provisoires. Des extraits de l'anamnèse expliquaient en trois langues le mode de traitement.

Les modèles comprenaient quatorze cas de la classe I ; sept cas de la classe II, section I ; deux cas de la classe II, section I, sous-section I ; quatre cas de la classe II, section II et trois cas de la classe III d'après Angle. Les modèles choisis présentaient le traitement de la plupart des anomalies orthodontiques. L'âge des patients variait de 6 à 30 ans, ce qui permettait, dans quelques cas, de comparer les diverses mesures thérapeutiques pour la même anomalie, mais à des âges différents. On voyait aussi trois cas de récurrence après traitement, où la cause de la récurrence et sa suppression étaient illustrées. La durée du résultat montre la justesse du traitement suivi.

Pour celui-ci les appareils suivants furent employés : l'arc d'expansion d'Angle, le tube et l'éperon d'Angle, l'arc-ruban d'Angle, l'arc interne de Mershon et des plaques de caoutchouc de divers genres. Des photographies et des radiographies de presque tous les cas, avant et après le traitement, complétaient l'exposition.

Dans une section spéciale on pouvait voir les principaux appareils d'orthodontie en usage à l'Institut dentaire de Vienne, en douze modèles. Une description minutieuse en trois langues fournissait les instructions nécessaires à la confection des appareils. La position des appareils en bouche était indiquée par huit tableaux en couleurs.

Cette exposition avait pour but de recommander aux spécialistes et aux praticiens en général un traitement rationnel et systématique.

### III

#### SECTION D'HISTOLOGIE DE L'INSTITUT DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

(Directeur : Prof. Dr GOTTLIEB ; Assistant : Dr B. ORBAN ;

Doyen : Prof. Dr H. PICHLER)

L'exposition comprenait 326 microphotographies agrandies, résultat des recherches du laboratoire dans les six dernières années.

Les figures 1 à 140 montrent les résultats des essais de surcharge démesurée des dents de chiens. Ces essais avaient été faits de telle manière que des coiffes avaient été cimentées sur les canines pour relever l'occlusion.

Nous pouvons déterminer dans ces figures les divers degrés de modification des tissus d'une façon ascendante correspondant à la durée des essais et à l'âge des animaux.

Nous pouvons également observer la marche de la régénération après un certain dommage. Les modifications de tissus à la pression et à la traction survenues dans le cément et dans l'os sont classées dans des groupes différents. Dans un autre groupe nous voyons des adhérences entre dents et os. Les figures 141 à 150 permettent la comparaison entre la surcharge expérimentale et la surcharge des dents humaines. Puis viennent des figures de dents de rats soumises à l'action du vigantol. Suivant le laps de temps pendant lequel ces animaux ont reçu du vigantol, nous voyons les divers degrés de calcification et leurs résultats, favorables ou défavorables (fig. 151 à 173). Dans les figures 174 à 233 nous voyons des excroissances épithéliales et des poches gingivales. Ces figures montrent d'abord la structure de l'épithélium de la gencive proprement dite et nous voyons que celle-ci présente une



cornification normale. Dans l'excroissance épithéliale nous trouvons les influences fonctionnelles caractérisées par une propriété de la structure.

L'état de la question du traitement des canaux radiculaires est présenté dans les figures 234 à 311, qui montrent les résultats de recherches expérimentales.

Jusqu'à 323 les figures représentent le résultat de l'alimentation sodique de chiens, ainsi que les modifications scorbutiques produites dans les tissus.

Les trois dernières figures montrent un procédé de fixation de dents branlantes avec conservation de la pulpe.

## EXPOSITION SCIENTIFIQUE BELGE

### FONDATION DOCUMENTAIRE DENTAIRE

(Bruxelles. — Siège social : Palais Mondial)

*Participation à l'Exposition organisée à l'occasion du Congrès*

La Fondation Documentaire Dentaire a saisi avec empressement l'occasion qu'offrait le Congrès de Paris pour montrer à la profession dentaire de tous pays sa raison d'être, son but, ses résultats.

Le Comité de l'Exposition avait attribué à la Fondation une large place dans sa répartition, ne perdant pas de vue en cela que l'exposition des documents de la Fondation était en même temps celle des documents et archives de la Fédération Dentaire Internationale.

De larges pancartes en quatre langues disaient en effet ce qu'était la F. D. I. et l'organisation documentaire de la F. D. I.

Elles disaient :

1<sup>o</sup> Que la F. D. I. gérée par un Conseil Exécutif composé des délégués des différents pays étudie les différentes questions d'intérêt professionnel et d'ordre international.

2<sup>o</sup> Que la Commission de Documentation de la F. D. I. étudie les recommandations propres à faciliter les rapports entre auteurs et lecteurs, les meilleures méthodes de standardisation pour mettre la littérature dentaire à la disposition des travailleurs.

3<sup>o</sup> Que les Centres Documentaires de la F. D. I. conservent pour la Fédération tous les documents relatifs à l'art dentaire. Elle les classe et distribue tous les documents qui lui sont confiés et qui constituent un avoir collectif de la profession.

Ces Centres travaillent suivant les mêmes méthodes et s'envoient les documents par le Service International des Echanges.

Le Comité d'Administration des Centres Documentaires de la F. D. I. gère l'avoir matériel de la Fédération et s'occupe de créer partout où il est possible de nouveaux Centres Documentaires Dentaires.

Et enfin,

4<sup>o</sup> Ces pancartes disaient encore que la F. D. I. a confié les collections de son Centre International à la Fondation Documentaire Dentaire, association sans but lucratif, créée aux fins de pouvoir légalement recevoir les dons, les gérer, et en être responsable sous le couvert de la législation belge, très appropriée à ce genre de Convention.

Toute l'organisation de la documentation dentaire a été ainsi clairement exposée et a fait ressortir l'utilité et la raison d'être de la Fondation Documentaire Dentaire.

Celle-ci est outillée pour conserver tous les documents (livres, péri-

diques, gravures, films, tirés à part, clichés, etc.), les classer et les tenir à la disposition des travailleurs tout en les préservant de la destruction et de la dispersion.

Il y avait encore :

La collection des différents bulletins de la F. D. I. ;

Les publications faites par la F. D. I. ;

Quelques volumes retirés de notre bibliothèque, montrant les envois faits par différents pays ;

Le catalogue des périodiques ;

Des bibliographies dressées par les auteurs eux-mêmes ;

Des dossiers documentaires ;

La bibliographie sur fiches des quatre rapports principaux du Congrès ;

Le catalogue sur fiches des périodiques dentaires de la New-York Public Library.

Les diverses étapes des renseignements bibliographiques, etc...

L'iconographie était représentée par des dessins, schémas et gravures provenant de différents pays, et eut dû être complétée par les portraits des divers Présidents de la Fédération depuis sa fondation, ainsi que ceux des titulaires des prix Miller, documents qui doivent prendre place dans les archives de la profession.

Tout cela formait un ensemble déjà très complet de ce que peut être la documentation d'une profession et bon nombre de congressistes se sont arrêtés longuement au stand, demandant quantité de renseignements au personnel de la Fondation.

A maintes reprises, des congressistes que cette idée de la documentation n'avait jamais intéressés, se sont attardés très longuement aux diverses sections, pour offrir spontanément leur collaboration et même leur cotisation à une œuvre qu'ils ignoraient complètement auparavant.

Tous les visiteurs ont compris l'intérêt qu'il y a pour une profession comme la nôtre à posséder un office international de renseignements où tous les documents, *du moins ceux qu'on veut bien lui confier*, se trouvent mis à la disposition des chercheurs. Aussi de nombreux auteurs se sont empressés d'envoyer à la Fondation, soit la bibliographie de leurs travaux, soit leurs travaux eux-mêmes.

Les méthodes employées ont rencontré l'approbation générale. Lorsque l'application de ces méthodes pourra se faire hors des limites budgétaires actuelles qui ne lui permettent pas encore d'avoir tout le personnel nécessaire pour classer, indexer, répertorier, cataloguer les richesses déjà acquises et toutes celles qui ont été promises, on pourra dire que la Fondation sera devenue un organisme indispensable à la profession.

## EXPOSITION SCIENTIFIQUE DU CHILI

L'Université de Concepcion, représentée par M. le Dr Salas Quezada, a exposé trois grands tableaux contenant une vingtaine de radiographies dentaires agrandies.

Toutes ces radiographies ont trait à des cas cliniques types, leur exécution est remarquable de finesse et fait le plus grand honneur à l'habileté professionnelle de leur auteur.

## EXPOSITION SCIENTIFIQUE ESPAGNOLE

(Communiqué par M. le Dr FONT-LLORENS)

OBJETS EXPOSÉS PAR M. JOSÉ FONT-LLORENS, MÉDECIN-DENTISTE  
A VALENCIA (ESPAGNE), DANS LA SECTION SCIENTIFIQUE DU  
VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL.

*Première Vitrine*

Travaux se rapportant à sa première communication intitulée « *Prothèse dentaire fixe par bridges reliés entre eux* ».

Six modèles de caoutchouc rose avec dents en porcelaine sur laquelle sont montrés des bridges montés avec les moyens suivants de connexion : 1<sup>o</sup> Couronnes avec tube radiculaire joint à une autre couronne avec pivot ; 2<sup>o</sup> Bridges unis par des viroles de platine ; 3<sup>o</sup> Bridges reliés par des incrustations superposées ; 4<sup>o</sup> Bridges reliés par des chevilles qui le transversent en direction vestibulaire ou linguale ; 5<sup>o</sup> Bridges reliés par plusieurs vis en directions contraires.

Huit planches comptant au total 54 figures se rapportant aux différentes phases de construction de chacun de ces bridges.

*Deuxième Vitrine*

Quinze modèles de caoutchouc avec dents en porcelaine se rapportant aux différentes solutions des difficultés en prothèse dentaire fixe, décrites dans la deuxième communication présentée au Congrès.

1<sup>o</sup> Application des vis radiculaires pour élever la tête d'un moignon dentaire ; 2<sup>o</sup> Couronnes d'or vissées sur moignon dentaire ; 3<sup>o</sup> Combinaisons d'incrustations d'or avec pivot long soudé demi-bande radiculaire ; 4<sup>o</sup> Couronne d'or avec long et gros pivot radiculaire pour éviter le décollement ; 5<sup>o</sup> Notre technique pour l'incrustation de pièces artificielles d'or vides avec selle ; 6<sup>o</sup> Bridge d'or avec renfort de platine pour lui donner beaucoup de solidité ; 7<sup>o</sup> Combinaison de couronne de 3/4 avec pivot radiculaire pour mieux l'assujettir ; 8<sup>o</sup> Couronne d'or vissée sur laquelle est une couronne télescope ; 9<sup>o</sup> Plusieurs modèles avec des phases distinctes de notre méthode d'utilisation des dents à bouton pour bridges avec face de porcelaine.

Neuf planches comptant un total de 64 figures se rapportant à l'explication minutieuse des techniques décrites dans cette communication.

*Troisième Vitrine*

Soixante-deux planches se rapportant à la troisième communication présentée au Congrès avec le titre : « *Pulpectomie aseptique immédiate* », parmi lesquelles un grand nombre de microphotographies et de coupes des dents, radiographies de beaucoup de cas radiographiés quelques années après le traitement, ainsi que le détail de plusieurs techniques spéciales que l'auteur détaille dans sa communication.



*Quatrième Vitrine*

Trente-six photographies de malades de sa clinique avant et après traitement.

Six modèles ou demi-masques se rapportant à des malformations et à des tumeurs des maxillaires.

Une boîte contenant vingt-six cas de dents anormales dont l'extraction a été faite par l'auteur.

Un guide de couleurs des facettes interchangeableables cimentées sur plaquettes et conservées dans une solution formolée pour qu'elles se colorent dans les conditions les plus voisines de celles qui existaient dans la bouche après avoir cimenté la facette.

Six modèles divers de prothèse mobile se rapportant à la technique peu courante dans la pratique journalière pour montrer aux malades des solutions des cas divers.

Exemplaires de la publication de l'auteur : « *Hygiène de la bouche et des dents* ».

Huit cas de prothèse à fixations diverses.

Six modèles de bouches pyorrhéiques avant et après traitement.

Cinq manuscrits des autres livres en préparation.

Six verres pour projeter des radiographies.

(A suivre.)

## REVUE ANALYTIQUE

WEIL (M.-P.). — **Décalcification alvéolo-dentaire, calcémie et recalcification.**

L'auteur insiste à nouveau sur la fixité du taux du calcium dans le sang malgré les besoins calciques de l'organisme relativement considérables chez le fœtus, l'enfant et l'adulte normal, ainsi que durant la lactation, fixité même à peine modifiée au cours de l'inanition ou avec un régime hypercalcifiant. C'est que le calcium, outre son rôle dans l'édification du squelette, intervient au premier chef dans toutes les fonctions vitales. Aussi, au cas d'alimentation calcique si fréquemment insuffisante, l'organisme fait-il au squelette, qui renferme 99 % de son calcium, les emprunts nécessaires. Il pourra arriver un moment où ceux-ci ne seront pas sans danger et donneront des troubles au niveau des os, du système articulaire et très souvent au niveau des dents.

En effet, la décalcification organique n'est pas un mythe. Elle est au contraire une éventualité fréquente, comme l'ont démontré Vignes et Coisset pour la décalcification gravidique par la mesure du calcium total de l'organisme, et Sherman et MacLeod pour la décalcification de la rate durant la lactation. Mais l'erreur a été d'en rechercher le reflet dans le sang qui s'oppose justement le plus à une pareille modification.

En présence d'un trouble du métabolisme calcique, il importe donc de rectifier l'alimentation insuffisante en calcium et de subvenir à la carence par une médication appropriée. Les sels insolubles de calcium ne sauraient être conseillés, car ils ne sont résorbables que si le contenu intestinal est acide ; et, d'autre part, la dispersion du sel calcique apparaît ici comme un facteur important, indispensable pour l'assimilation.

Aussi est-il préférable de s'adresser aux sels solubles de calcium. Parmi ceux-ci le chlorure, si facile à faire absorber aujourd'hui, représente le médicament de choix (Mason, Matz). On l'utilisera à doses assez fortes, par séries continues systématiquement et longtemps répétées.

(*Journal des Praticiens*, 17 Avril 1931).

FISCHER (G.). — **Local anesthesia.**

Fischer fait, dans ce travail, une revue des principaux travaux parus, dans ces dernières années, sur la question de l'anesthésie locale.

1° *La solution anesthésique standard* est une solution stérile, fraîchement préparée, isotonique et isoionique, de novocaïne suprarénine, de 0,5 à 2 %. Il rejette toute solution à réaction acide ou avec additions étrangères ;

2° Dans l'*instrumentation*, Fischer signale les nouveaux dispositifs « Carpule » et « Euphiole ». Ceux-ci permettent de placer les ampoules anesthésiques elles-mêmes dans des seringues spéciales ; le liquide est donc injecté sans aspiration préalable dans une seringue ;

3° *La technique de l'injection* ne présente rien de nouveau. L'auteur signale seulement quelques produits destinés à anesthésier la muqueuse avant l'introduction de l'aiguille ;

4° Les *effets produits sur les tissus* ont été particulièrement étudiés par Palazzi, en 1903, à l'aide de préparations histologiques. L'action sur la pulpe se produit sans modifications profondes pouvant nuire à sa vitalité ; dans les expériences, l'intégralité pulpaire s'est rétablie complètement au vingtième

jour. Les examens radiographiques faits plusieurs années après des anesthésies ont donné des résultats négatifs. L'anesthésie dentaire signifie pour la pulpe elle-même une anesthésie tronculaire, et pour le périodonte une anesthésie du plexus terminal ;

5° Parmi les *accidents* produits, Fischer cite des cas de fractures d'aiguilles dans l'anesthésie tronculaire, et des cas de troubles linguaux sensitifs persistants de la langue, d'après Heidl.

(*Die Fortschritte der Zahnheilkunde*, N° 1, 1931).

#### DENTAL COSMOS

Résumé des articles de Mars 1932

BOYD S. GARDNER. — **L'infection dentaire comme facteur étiologique de certaines maladies, par rapport au traitement des dents sans pulpe.**

La question de l'infection dentaire est traitée dans ses rapports avec les maladies des yeux, du sang, de la peau, l'arthritisme, les affections cardiaques et du système génito-urinaire. Ses commentaires sur les dents sans pulpe sont extrêmement intéressants en raison de sa grande expérience clinique en matière d'infections dentaires en rapport avec ces maladies constitutionnelles. L'auteur semble plus conservateur qu'on ne croit généralement ; mais son opinion semble juste parce qu'il croit que la sécurité de la dent sans pulpe en général dépend largement de la résistance physique du patient.

L. PIERCE ANTHONY. — **Origine de la dentisterie moderne aux Etats-Unis**

L'auteur s'est efforcé de mettre en lumière les principales influences qui ont agi sur la pratique de l'art dentaire depuis le début et ont conduit à la conception actuelle de cet art comme service sanitaire défini et important. L'article est accompagné de photographies des praticiens que l'auteur considère comme ayant exercé l'influence la plus grande sur le développement de la science dentaire.

J. LÉON WILLIAMS. — **La carie des dents humaines**

Le nom et les œuvres de Léon Williams sont associés inséparablement avec le développement de la connaissance de l'étiologie de la carie dentaire presque depuis son début. Ses travaux ont largement complété ceux de G. V. Black et, au point de vue des idées très confuses des rapports de l'alimentation avec l'étiologie de la carie, ils sont extrêmement péremptoires. Il appelle l'attention sur les remarquables études de Black sur la carie et il estime que personne n'a le droit actuellement d'écrire ou de parler sur l'étiologie de la carie, s'il ne connaît pas parfaitement les recherches entreprises par G. V. Black en 1893 et qui font époque sur la matière.

C'est au Dr L. Williams qu'on doit la maxime : « une dent propre ne se carie pas », et il fournit une nouvelle preuve convaincante que même actuellement « une dent parfaitement propre ne peut pas se carier ».

RUSSELL O. L. SMITH. — **Reconnaissance d'une ostéomyélite par la radiographie**

L'auteur présente des observations résultant d'une large expérience de cet état plus ou moins commun des mâchoires et développe en particulier les avantages diagnostiques de la radiographie pour traiter cet état.



J. A. LUKAS et A. A. HARRINGTON. — **Fracture du maxillaire avec correction d'une perte de substance et restauration prothétique.**

Il s'agit d'une fracture du maxillaire dans laquelle le traitement chirurgical et le traitement prothétique furent habilement appliqués pour corriger une difformité de la face antérieure à l'accident. L'observation est accompagnée de photographies montrant l'amélioration marquée résultant de la correction de la difformité par des moyens chirurgicaux.

W. A. TRICH. — **Corps étranger d'origine dentaire dans une bronche**

L'auteur signale un cas de déglutition accidentelle d'une portion de dentier fracturé dans une bronche du patient. Le bronchoscopiste peut très aisément extraire les corps étrangers des bronches. Le patient qui porte un dentier fracturé s'expose à un grave danger inutile.

A. E. WEBSTER. — **La question du canal radiculaire posée sur une base scientifique**

Une longue série de traitements et d'obturations de canaux radiculaires par l'auteur est basée sur un choix intelligent de dents susceptibles d'être traitées et obturées en toute sécurité. Une classification de ces dents est esquissée et celles qui peuvent être obturées et celles qui doivent être extraites sont indiquées. M. Webster examine en détail les propriétés que doit posséder une matière obturatrice parfaite pour le traitement des canaux et donne la formule de celle qu'il croit remplir ces conditions. Il décrit sa technique en détail et montre des instruments spécialement imaginés pour le traitement parfait des canaux radiculaires.

J. L. T. APPLETON. — **Agranulocytose**

Etude étendue et complète de cette affection, avec définition extraordinairement précise et claire. M. Appleton rapporte les observations de nombreux auteurs sur ce sujet, ainsi que des fiches et des tables résumant le traitement et les résultats de tous les cas signalés dans la littérature.

Ce premier article sera suivi d'un second qui étudiera plus spécialement le traitement de cette maladie.

HERMANN A. MAVES. — **Couronnes et bridges**

Les idées de cet expert bien connu en couronnes et en bridges sont quelque peu radicales touchant les dents dévitalisées, mais elles sont le fruit d'une longue expérience clinique étendue de l'emploi de ces dents comme piliers de couronnes et de bridges.

Contrairement à la conception générale en matière d'emploi des crochets, l'auteur soutient qu'un attachement à crochets doit être fait de manière à céder, à se courber ou à se briser, si la force de mastication est plus grande que celle que le crochet peut supporter. Son opinion en matière de couronnes, de bridges et de dentiers partiels mérite d'être examinée par ceux que la question intéresse.

EDWARD C. STAFNE. — **Avantages de l'emploi du barbiturale d'éthyle de sodium (nembutal de butylméthyle) en dentisterie**

L'auteur prétend que si les anesthésiques modernes font disparaître la douleur des opérations dentaires, il reste encore l'élément de crainte qui est tout aussi important et parfois inséparable de l'élément douleur, et cette crainte peut être largement surmontée par l'emploi du barbiturate d'éthyle de sodium.

## RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

*Résumé des articles de janvier 1932***CESARE CAVINA. — Les meilleurs résultats dans le traitement des névralgies graves essentielles du trijumeau**

L'auteur, après avoir démontré qu'aujourd'hui les moyens les plus efficaces pour guérir les névralgies graves du trijumeau sont les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser et la névrotomie rétro-gassérienne, expose les données ayant rapport aux malades qu'il a lui-même soignés.

Il a obtenu les meilleurs résultats avec la section des deux racines, sensitive et motrice. Sur 46 cas opérés de cette façon, la douleur ne s'est fait ressentir que deux fois, que l'on peut attribuer à ce que la racine sensitive n'a été que partiellement sectionnée. Les injections d'alcool dans le ganglion ont donné des résultats moins satisfaisants, vu que la récurrence a été plus fréquente (19 fois sur 79 malades), mais elle a cédé à de nouvelles injections d'alcool (10 fois) ou bien à la névrotomie rétro-gassérienne (8 fois).

**FERREIRA DA COSTA ET ANTONIO JORGE. — Considérations sur la pulpe dentaire**

L'histologie des tissus de la dent n'est pas encore bien connue.

La dent humaine a des mouvements dans la direction de l'axe vertical de ses alvéoles.

L'existence de ce mouvement donne lieu à la congestion de la pulpe.

Microscopiquement cette congestion est déjà reconnaissable à la pulpe des dents d'animaux morts après un repas.

Le ligament alvéolo-dentaire, en outre de ses fonctions classiques, a également celle d'atténuer le choc masticatoire.

La pulpe a une irrigation sanguine surabondante pour nourrir des tissus à métabolisme réduit (paradoxe biologique de Sicher).

Certaines cavités qu'on y observe ressemblent à certains vaisseaux qu'on trouve dans la rate humaine et à certaines vésicules des glandes endocrines.

*Conclusion* : La pulpe dentaire ne pourrait-elle pas avoir une fonction endocrine ? C'est ce que nous verrons dans un prochain article.

**UMBERTO SARAVAI. — La réserve alcaline chez les sujets atteints de carie dentaire**

La détermination de la réserve alcaline constituée par les bicarbonates du plasma sanguin, importante pour l'étude des états d'acidose et d'alcalose que l'on observe dans plusieurs maladies, est aussi intéressante dans les maladies qui présentent des lésions dentaires. L'auteur a donc recherché la valeur de la réserve alcaline chez vingt individus atteints de carie dentaire diffuse et a trouvé que cette valeur est inférieure à la normale ; il existe donc chez ces individus un état de très faible acidose. La détermination du pH salivaire et du pH urinaire chez ces vingt malades n'a pas fait ressortir de valeurs anormales.

---

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 6 avril 1932

Présidence de M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 21 heures.

*M. le Président.* — Mes chers Confrères, j'ai le plaisir de vous annoncer que M. le Professeur Carnot, membre de l'Académie de Médecine, a bien voulu venir ce soir vous faire une communication.

Je crois être votre interprète à tous pour le remercier d'honorer la Société d'Odontologie de sa présence et de lui consacrer quelques-uns de ses précieux instants.

Nous savons tous l'intérêt qu'il porte à la profession ; nous savons que nos étudiants sont reçus avec beaucoup de bienveillance dans ses services à l'hôpital, et pour toutes ces raisons je désire que nous lui manifestions, ce soir, toute notre reconnaissance et notre gratitude. (*Vifs applaudissements.*)

#### I. — LES COMPLICATIONS DIGESTIVES DE LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE, par le Professeur CARNOT.

*M. le Professeur Carnot* fait une communication sur ce sujet (v. p. 277).

*M. le Président.* — Vous venez d'entendre la belle leçon clinique que M. le Professeur Carnot vient de vous faire.

Nous avons été très heureux de l'entendre émettre une opinion sur la septicité bucco-dentaire en relation avec les infections digestives que tout le corps des professionnels dentistes en France partage.

Nous ne nions pas, en effet, l'infection focale, mais nous nions l'extraction systématique de toutes les dents atteintes d'infection, comme la pratiquent les Américains. Nous voulons d'abord essayer de soigner les dents ; si nous ne réussissons pas à supprimer l'infection au niveau des racines, à ce moment-là seulement nous pratiquons l'extraction pour supprimer le foyer infectieux qui est si dangereux dans les infections digestives.

Nous avons été heureux d'entendre M. le Prof. Carnot nous dire, sous une forme de pathologie générale, ce que nous, nous pensons au point de vue de notre petite spécialité.

Mais nous avons été surtout heureux d'entendre préconiser la collaboration entre le médecin des voies digestives et le dentiste, et d'entendre dire qu'il est indispensable, avant de soigner les infections digestives, de faire soigner d'abord la cavité buccale, de faire soigner les dents atteintes de carie, de supprimer les foyers infectieux de façon à aider le médecin dans son traitement général.



Je tiens à le remercier encore une fois de cette belle leçon qu'il vient de nous faire, et de s'être dérangé ; je le remercie de tout cœur au nom de toute la Société.

II. — INFLUENCE GRAVE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CARIE DENTAIRE.

Par le Dr LEMELAND, accoucheur des hôpitaux.

*Nécessité d'en préciser les causes et les conséquences et d'en organiser la prophylaxie et la thérapeutique. — Etude statistique de deux cents cas.*

M. le Dr Lemeland fait une communication sur ce sujet.

*Discussion*

M. H. Villain. — Notre ami, le Dr Lemeland, nous a très vivement intéressés par sa belle conférence. Il nous demande des suggestions et nous en donne lui-même, d'ailleurs, pour essayer de l'aider à remédier à un état de choses tout à fait déplorable qui existe dans les hôpitaux de Maternité.

Il nous montre, preuves en mains, à l'aide de fiches dentaires, consciencieusement établies, que presque toutes les femmes qui viennent accoucher entre dix-huit et vingt-cinq ans, présentent des dentitions dans un état lamentable, dents absentes, dents cariées, abcès, tache, en un mot, bouches immondes, a-t-il dit.

Puisque cela se passe dans des Hôpitaux de Paris, n'envisageons, si vous le voulez bien, que cette ville.

Et alors, je m'étonne, moi, chirurgien-dentiste, à qui les services de stomatologie sont fermés, et qui ne puis donc rien savoir, que cette situation puisse durer. N'y a-t-il donc pas un service de stomatologie dans ces hôpitaux ?... Que fait-il, alors !... Sans doute quelques extractions, quand la malade souffre, et encore !...

Si ce Confrère stomatologiste est débordé de besogne !... mais je connais grand nombre de chirurgiens-dentistes qui seraient tout prêts à prendre sa place et son titre, après concours, bien entendu, et à faire ensuite tout son devoir.

Il faudrait, je crois, faire traiter ces femmes, non pas quand elles sont dans leur lit de souffrance, avant ou après leur accouchement, mais pendant leur grossesse, quand elles viennent à la visite vous consulter, leur faire comprendre l'utilité pour elle et leur futur enfant d'avoir une bouche saine.

Et enfin, si vous voulez le fond de ma pensée, je crois qu'il faudrait surtout habituer ces jeunes femmes à se faire soigner dans leur prime jeunesse. Et là, alors, je me tourne vers les pouvoirs publics : qu'ont-ils fait à ce sujet ? rien malgré nos demandes maintes fois réitérées d'organiser les visites et les soins dans les écoles primaires, secondaires et supérieures. Jamais de solution !...

Toujours l'éternelle réponse : L'examen existe, il est fait par un médecin de médecine générale qui, seul, a droit de regard. Tous les organes doivent lui être familiers, il doit tout dépister, même la carie dentaire, ce qui n'est peut-être pas le plus difficile, mais c'est surtout ce qu'il connaît le moins. Résultat : pas d'hygiène dentaire dans les écoles ; les enfants ne

sont pas mis en garde contre ce fléau, et, à vingt ans, voilà les conséquences que vous observez, mon cher ami.

Vous avez, tout à l'heure, parlé des femmes dentistes et je les félicite, car elles viennent de se réunir en Association. L'un de leurs premiers buts a été de déposer, entre les mains du Ministre de la Santé publique, un rapport sur les soins à donner aux enfants des écoles.

C'est leur rôle, je l'ai déjà dit à la Société d'Odontologie, en essayant de développer les qualités de nos confrères femmes, certainement toutes préparées à ce genre de soins très ingrats, mais très intéressants et certes des plus utiles pour la race française.

*M. le Dr Friteau.* — Nous allons arriver au service ambulancier ; il n'y a pas d'autre procédé et nous sommes heureux ici, un certain nombre, d'y avoir pensé, car nous avons poussé un certain nombre de maisons à construire des voitures automobiles : il n'en est pas resté une seule en France ! Il n'y a pas d'autre moyen de donner des soins dentaires à la campagne aux enfants que d'organiser des services automobiles. Pour les femmes enceintes, c'est pareil.

J'arrive ces jours-ci de la montagne dans les Alpes ; c'est lamentable. Il faut apporter un remède.

*M. Lemeland.* — Sans cela, c'est la perte de la race.

*M. le Président.* — Nous pouvons accepter, je crois, ce soir, le vœu de M. le Dr Lemeland ; mais je crois que M. Villain a très bien posé la question. C'est une question dont la solution appartient aux Pouvoirs publics plutôt qu'à notre bonne volonté ; de la bonne volonté, vous en trouverez toujours, ainsi que des concours, mais ce qu'il faut, c'est ouvrir les portes des hôpitaux aux dentistes comme il faut ouvrir les portes des écoles pour soigner les bouches des petits enfants.

Il est regrettable que dans un pays où l'on parle toujours du bonheur du peuple, on empêche les dentistes de pénétrer dans les écoles parce qu'un médecin est directeur de la médecine générale.

Y a-t-il opposition à l'adoption du vœu de M. le Dr Lemeland ?

J'en donne lecture : « Qu'un service dentaire soit adjoint aux consultations maternelles pour soigner les accidents de la bouche et des dents au cours de la puerpéralité et collaborer avec le médecin et le laboratoire pour en rechercher les causes et en préciser le traitement curatif et préventif. »

*M. H. Villain.* — Je demande que ce vœu soit remis au Ministre de la Santé publique, puisque nous aurons l'occasion de le voir ces jours-ci ; malheureusement l'art dentaire et l'art médical sont rattachés à l'Instruction publique, alors que pour des questions semblables nous devrions être rattachés au Ministère de la Santé publique.

*M. le Président.* — Je remercie encore M. le Dr Lemeland d'être venu ici pour commencer sa campagne d'organisation des soins bucco-dentaires à donner aux femmes enceintes.

Je vais donner la parole à M. Morineau ; pendant qu'il prépare ses modèles, je vais vous lire une lettre de M. Fourquet, président de la 14<sup>e</sup>

section de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences. Il vous invite tous à venir à Bruxelles comme membres, pour collaborer au travail de la 14<sup>e</sup> section qui aura lieu à la fin du mois de juillet.

III. — PROTECTION EFFICACE DES FACETTES DE PORCELAINE INTERCHANGEABLES PAR CONTRE-PLACAGE A RECOUVREMENT,

par M. MORINEAU.

M. Morineau donne lecture de la communication.

*Discussion*

*Un membre.* — Je demanderai à M. Morineau s'il veut bien insister auprès des fabricants de plaquettes de dents pour qu'ils nous fassent cela, car si chaque dentiste doit s'amuser à faire cela lui-même, je ne crois pas que la chose se généralisera suffisamment.

M. G. Villain. — Lorsque M. Morineau m'a montré son système de plaquette, il y a dix-huit mois, j'ai été très intéressé par celui-ci, étant donné la facilité qu'il nous donnait de renforcer la plaquette de protection des masques de porcelaine, comme nous avons l'habitude de faire lorsque nous utilisons ce qu'il a appelé le contre-placage à l'américaine. Un point particulier cependant me frappa et c'est à ce sujet que je désire lui faire une suggestion. Il vient nous dire que depuis trois ans qu'il utilise ce procédé, il n'a pas eu de fractures des masques de porcelaine. Lorsque nous contre-plaquions, dans le temps, les dents à crampons, nous avions soin de biseauter à 45° le bord libre de la facette de porcelaine, et le métal qui venait renforcer la dent par recouvrement de ce bord biseauté ne permettait pas aux corps alimentaires de s'interposer entre la facette de porcelaine et la plaquette.

Il est possible d'obtenir un résultat analogue avec des facettes à glissière excessivement fines de bord libre, lorsqu'au point de vue esthétique on peut le faire en utilisant une contre-plaque renforcée par une double épaisseur métallique ; mais ici, l'aliment peut glisser entre la plaquette et la facette et, agissant comme un coin, il peut provoquer la fracture de cette dernière. Le même inconvénient n'est-il pas à craindre avec le système Morineau, dans le cas où le choc vient se faire sur le bord libre ? Je crains qu'il n'y ait entre la plaquette et la contre-plaquette la possibilité pour un corps alimentaire de venir s'intercaler et, faisant coin, de chasser à la fois la plaquette de renfort et la facette.

Dans les cas où nous avons des occlusions bout à bout et basses, je me demande si l'on ne pourrait pas utiliser la petite plaquette avec son bord de recouvrement, renforçant à la fois la plaquette et la contre-plaque métallique, ce qui fait que le choc serait également transmis à la plaquette et à la contre-plaquette soudée à la base ; on éviterait ainsi le passage du corps alimentaire lorsqu'il y a une dissociation du ciment entre les deux plaques métalliques.

Je tiens à dire que le système de M. Morineau me paraît tout à fait pratique et intéressant ; c'est une observation que je fais, qui vaut surtout dans les cas d'occlusion basse et bout à bout.



*M. Morineau.* — Je répondrai au premier confrère qui a demandé la parole, que je n'ai pas à envisager ici la question de fabrication : j'apporte seulement une technique nouvelle et, soit que l'on fasse les plaquettes soi-même ou qu'on les fasse faire chez un spécialiste, ce que je demande, c'est qu'elles soient très bien exécutées, car, comme je le disais tout à l'heure, ces travaux ne souffrent pas la médiocrité.

Pour répondre à M. Georges Villain, je dirais que j'ai déjà essayé depuis longtemps cette variante à la technique de contre-placage, mais que je préfère ne pas l'employer, parce qu'il y a alors un avantage qui se trouve diminué dans une grande proportion : c'est l'interchangeabilité. Il faudrait, en cas de fracture, ajuster la dent à remplacer munie d'une partie métallique s'appliquant sur la surface triturante sur deux plans : l'un, vertical, le plan de la plaquette ; l'autre horizontal, le plan triturant, ce qui rendrait l'interchangeabilité difficilement réalisable.

Or, je n'ai jamais vu la contre-plaquette se détacher de la plaquette, grâce à l'encoche que j'ai faite dans le méplat de la glissière et dans laquelle s'insinue la contre-plaquette. De plus, tout l'ensemble est cimenté et comme il se produit dans les constructions en ciment armé, on ne se figure pas la résistance que l'on obtient : elle est considérable.

De plus, dans une dent Richmond, la facette de porcelaine se trouve sertie d'une part par la bague d'or entourant la racine et, d'autre part, par l'embout métallique recouvrant le bord incisif, elle se trouve maintenue de deux côtés et le tout étant cimenté, cela forme bloc.

Je n'ai jamais constaté, la moindre solution de continuité, entre la plaquette et la contre-plaquette et cependant j'ai observé ce détail, très attentivement dès le début de mes recherches. Néanmoins, si cela se produisait, comme la contre-plaquette est d'un métal extrêmement rigide, la porcelaine ne casserait pas puisqu'elle est placée devant cette contre-plaquette et est protégée des chocs par l'embout métallique.

*M. le Président.* — Je voudrais poser une question à M. Morineau, puisqu'il cherche l'interchangeabilité.

Quand c'est cimenté, si l'accident se produit, pouvez-vous enlever facilement cette deuxième plaquette ?

*M. Morineau.* — Très facilement, grâce à un petit coup de maillet dirigé verticalement sur l'embout. La contre-plaquette glisse le long de la plaquette, sort de l'encoche et se détache. Ensuite, il est très facile de faire une autre contre-plaquette pour la nouvelle facette de porcelaine, il suffit de biseauter le bord incisif, de brunir un ruban d'or à 24 sur le biseau, de le souder à la contre-plaquette au titre que l'on désire, le métal employé pour faire la contre-plaquette permettant de faire l'embout en or à 18, à 20 ou à 22 carats, à votre choix, suivant la prothèse à exécuter.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. Morineau de sa présentation. Il est déjà le père de l'or coulé armé ; il est le père du cinéma dentaire ; le voilà père d'une plaquette interchangeable. C'est une famille nombreuse. Je tiens à le féliciter de sa belle découverte.

La séance est levée à 23 heures 30.

*Le Secrétaire général :*  
D<sup>r</sup> LEBLAN.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### A. F. A. S. — CONGRÈS DE BRUXELLES

#### I. — ORGANISATION DU CONGRÈS

##### a) *Communications* :

Les séances de travail commenceront le lundi 25 juillet, à 14 heures.

Les personnes désirant faire une communication au Congrès sont priées d'envoyer au Secrétariat, 28, rue Serpente, le titre de cette communication et d'indiquer à quelle section elle se rapporte.

Le nouvel article 63 du règlement porte que tous les auteurs auront à remettre à la fin du Congrès un résumé de 15 à 20 lignes de leur travail.

Ce résumé pourra, conformément à cet article, être publié dans le volume des comptes rendus, avec, le cas échéant, les références bibliographiques permettant aux lecteurs de trouver le travail *in extenso* lorsqu'il a paru dans un autre périodique. Toutefois, chaque année, le Conseil affecte une somme variable à la publication *in extenso* d'un certain nombre de communications qui, en raison de leur caractère, de leur intérêt et de la nouveauté des résultats apportés, auront été retenues par la Commission de publication.

Les auteurs qui sollicitent cette publication doivent remettre leur manuscrit *in extenso* en même temps que le résumé prévu.

Les communications ayant le caractère de vulgarisation ou de mise au point de découvertes ou recherches scientifiques récentes pourront, après avis de la Commission et assentiment de l'auteur, être destinées aux Conférences radio-diffusées par les soins de l'Association.

Le Conseil d'Administration, sur la proposition de la Commission de publication, pourra décider la publication, en dehors des comptes rendus, de travaux spéciaux que leur étendue ne permettrait pas de faire paraître dans les comptes rendus.

##### b) *Réduction sur les Chemins de fer.*

Le Comité des Réseaux de chemins de fer français a accordé la réduction habituelle sur les parcours, c'est-à-dire que les bénéficiaires en payant le montant d'un billet simple à l'aller (augmenté de l'impôt) auront droit au retour gratuit par le même itinéraire (qui doit être le plus direct) et sans arrêt autorisé en cours de route. Les Chemins de fer belges ont consenti la même réduction de 35 %. Ces billets sont valables : à l'aller, du 16 au 30 juillet inclus ; au retour, du 25 juillet au 14 août inclus.

##### c) *Questionnaire.*

Tous les membres de l'A. F. A. S. recevront au début du mois de mai un pli qui contiendra notamment un questionnaire comportant de nombreuses demandes auxquelles ils auront à répondre le plus rapidement

possible. Ne pas oublier que la réussite d'un congrès dépend de sa bonne organisation et que celle-ci n'est possible que si les adhérents veulent bien faciliter la tâche du Comité en lui fournissant en temps utile tous les renseignements dont il a besoin.

Les organisateurs du Congrès de Bruxelles ne pourront arriver à l'organisation parfaite qu'ils veulent réaliser que si les adhérents font connaître en temps voulu leur intention de participer aux diverses manifestations, réceptions, excursions, banquet, etc... Ils se verraient peut-être dans l'obligation de ne pas satisfaire aux demandes qui ne seraient pas faites dans les délais indiqués. C'est pour cette raison qu'il sera d'abord tenu compte des indications données par les personnes qui renverront avant le 15 juin le Bulletin d'adhésion rempli et signé.

d) *Logement.*

Le logement dans des locaux scolaires ne peut être envisagé à Bruxelles. Les Congressistes trouveront dans la liste des hôtels ci-après des logements divers. Il leur sera possible de se faire réserver des chambres en s'adressant au Bureau officiel de renseignements, Grand'Place, Bruxelles, qui se met gracieusement à leur disposition.

## II. — EXCURSIONS FINALES

A la suite du Congrès de Bruxelles, le Comité local a prévu deux grandes excursions.

EXCURSION N° 1. — Départ le dimanche 31 juillet. — *La Belgique en autocar, de Bruxelles à Bruxelles, par les Ardennes belges, le Luxembourg, les villes d'art et le littoral.*

Cette excursion est organisée officiellement par le Comité local avec réceptions par les autorités dans certaines villes.

Pour les Congressistes disposant d'un temps limité, un premier circuit a été établi permettant de voir en trois jours la région de Louvain, Liège, Spa, Diekirch, puis le Luxembourg, les Ardennes belges et retour à Bruxelles. Le deuxième circuit se continue au départ de Bruxelles, le quatrième jour, par Gand, Bruges, les plages belges, Ypres, Courtrai, Tournai et Bruxelles le sixième jour.

Itinéraire n° 1. — *Première partie.* — 1<sup>er</sup> jour. — Départ de Bruxelles le matin en autocar par Tervueren, Louvain (visite de la ville), Tirlemont, Leau (visite), Saint-Trond, Fort de Loncin (visite), Liège (déjeuner).

L'après-midi, visite des Grottes de Remouchamps et du barrage de la Gileppe. Dîner et logement à Spa (*réception au Casino de Spa*).

2<sup>e</sup> jour. — Petit déjeuner à Spa. Départ pour Francorchamps, Salm-Château, Clervaux par la Vallée de l'Our à Vianden (visite du château), continuation sur Diekirch, déjeuner. Départ pour Grunthof, promenade à pied dans les Roches de Bensdorf. Continuation par Echternach sur Luxembourg. *Réception par les autorités grand-ducales.*

Dîner et logement à Luxembourg.

3<sup>e</sup> jour. — Petit déjeuner à Luxembourg. Départ pour Arlon, Florenville, Bouillon (déjeuner). L'après-midi, continuation sur Dinant (visite



de la ville). *Réception par les autorités communales*, puis la Vallée de la Meuse et Namur. Dîner à Namur et retour à Bruxelles.

*Deuxième partie. — 4<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner à Bruxelles. Départ pour Alost, Grnd (visite de la ville et des monuments). Continuation sur Bruges où a lieu le déjeuner. L'après-midi, visite de la ville et de ses monuments. Le soir, départ pour Knocke. Dîner et logement à Knocke.

*5<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner. Départ par la Côte sur Heyst, Zeebrugge (visite), Blankenberghe, Wenduine, Ostende (déjeuner). L'après-midi, continuation sur Middelkerke, Westende, Nieuport, Furnes, Ypres.

Dîner et logement à Ypres.

*6<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner à Ypres, Départ pour Courtrai (visite). Déjeuner à Tournai (visite de la ville). Retour à Bruxelles, fin de l'après-midi.

Prix de ce voyage : francs français : 800 ; francs belges : 1.135.

La première partie seulement : 400 francs français.

*EXCURSION N° 2. — La Hollande en autocar, de Bruxelles à Bruxelles.* — Départ le mercredi 3 août, à la suite de la première partie de l'excursion officielle en Belgique.

*1<sup>er</sup> jour.* — Départ le matin de Bruxelles en autocar pour Malines (visite), Anvers, Bréda et Rotterdam (déjeuner à Bréda ou à Rotterdam). Après-midi, visite de la ville et du port de Rotterdam. Continuation par Delft pour La Haye (arrêt à Delft). Dîner et logement à La Haye.

*2<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner à La Haye (visite de la ville et de ses monuments). Plage de Scheveninghen. Déjeuner. Après-midi, départ de La Haye pour Leyde, Haarlem et Amsterdam. Dîner et logement à Amsterdam.

*3<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner à Amsterdam (visite de la ville, monuments et taillerie de diamants). Déjeuner. Après déjeuner, excursion à Monnikendam et à l'Ile de Marken en autocar et en bateau.

Retour à Amsterdam dans la soirée. Dîner et logement.

*4<sup>e</sup> jour.* — Petit déjeuner. Départ d'Amsterdam en autocar pour Utrecht (visite de la ville). Déjeuner à Utrecht. Après déjeuner, départ pour Bréda et Anvers. Arrivée à Bruxelles dans la soirée.

Prix de ce voyage : francs français, 640 ; francs belges, 900.

Comprenant tous les frais.

\*  
\* \*

Ces excursions sont organisées par l'Agence Brooke de Bruxelles. Les personnes qui ont l'intention d'y participer sont priées de le faire connaître au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, qui fera envoyer tous renseignements. Les paiements devront être faits à l'Agence Brooke *et non à l'Association*.

En raison de l'organisation officielle de l'excursion en Belgique et des réceptions prévues pendant la première partie du voyage, nous serions désireux de savoir assez longtemps à l'avance le nombre de personnes se proposant d'y participer. Nous leur demandons de se faire connaître à l'A. F. A. S., sans que cela puisse constituer un engagement formel de leur part.

réserve de chambres. — Le Bureau Officiel des Touristes (Maison des Epaves, 10, Grand'place à Bruxelles), se charge de faire entièrement gratuits, de réserver des logements dans les hôtels indiqués ci-dessous ; prêter de réchauffer à cet effet la « Feuille de Logement » qui vous sera adressée sans frais et sans engagement. Joindre 1 fr. 50 de timbres français ou un coupon réponse-international.

Prix. — Les prix mentionnés sont donnés à titre d'indication et ne constituent aucun engagement. Ils sont donnés en francs belges.

Nom de l'Hôtel	Adresse	Prix de la chambre	
		1 pers.	2 pers.
NO RD			
Albert 1 <sup>er</sup> - Terminus.	Place Rogier.	40	70
Bristol et Marine.	Boulevard Botanique, 9.	30	40
Canterbury Nord.	Bd Emile Jacqmain, 133	25	35
Cecil.	Boulevard Botanique, 13	40	60
Colomes (Grand).	Rue des Croisades, 2.	40	70
Comte de Flandre.	Rue de Brabant, 20.	15	20
Cornelle.	Rue de la Flanée, 6-8.	20	25
Cosmopolite (Grand).	Place Rogier, 5.	35	60
Ermitage (del).	Bd d'Ypres, Neuport, 92	40	60
Haye (de la) - Pension.	R. des Charbonniers, 19.	30	50
Keiser.	Rue des Croisades, 5.	25	40
Losta (Pension).	Rue de Brabant, 24.	20	35
Louvre (du).	Boulevard Botanique, 16.	30	60
Miami.	Boul. Adolphe Max, 68.	20	25
Mondial Pension.	R. du Chemin de Fer, 15	20	25
Nelen.	Rue du Progrès, 23.	80	250
Palace.	Place Rogier.	15	25
Phare.	Rue des Croisades, 21.	20	45
Sabot d'Or (du).	Boulevard d'Auverg, 5.	20	35
Saint-Jean Nord.	Rue du Progrès, 1.	25	45
Saint-Joseph (Patiss.).	Rue de Brabant, 72.	25	45
Scheers (Ancien).	Boul. Botanique, 17.	50	80
Scheers G. (Grand).	Boul. Adolphe Max, 132.	25	50
Splendid et Suisse.	Rue des Croisades, 14.	15	25
Sportmen.	Rue du Progrès, 57.	30	45
Touring.	Av. du Boulevard, 24.	30	45
Vieux Saint-Lazare.	Rue Saint-Lazare, 62.	30	50
MIDI			
Acacias.	Avenue Fonsny, 6.	30	35
Catalis.	Avenue Fonsny, 12.	25	35
Catholique.	Avenue du Midi, 24.	15	30
Esperance.	Pl. de la Constitution, 14	35	70
Halleau.	Avenue Fonsny, 18.	12	20
Provence.	Pl. de la Constitution, 16	25	40
Pullmann.	Avenue Fonsny, 10.	20	25
St-Jean-Midi Industrie.	Pl. de la Constitution, 9.	25	45
CENTRE			
Universel.	Rue d'Argonne, 3.	20	30
Victoria.	Boul. Poincaré, 92.	20	35
Anspach.	Boulevard Anspach, 46.	25	55
Bordeaux.	Rue du Midi, 135.	40	60
Bourse-Théo.	Rue Auguste-Orts, 6-8.	15	25
Carlton Bourse.	Rue Henri Maus, 9-15.	30	50
Central.	Rue Auguste-Orts, 1.	30	40
Chien Vert.	Rue Auguste-Orts, 38.	25	40
Commerce.	R. Jules-Van Praet, 31.	20	25
Cygne.	Grand'Place, 9.	15	25
Grand Hôtel.	Boul. Anspach, 29.	50	70
Grand Clocche.	Place Roupppe, 10-11-12.	35	50
Italien.	R. Dominicaux, 23-25.	15	25
Joseph.	Boul. Anspach, 56.	25	40
Madelon.	Rue du Midi, 129.	20	35
Métropole.	Pl. de Brouckère, 31.	60	125
Moulin d'Or.	Rue d'Assaut, 30.	25	30
Négociants.	Rue de la Fourche, 17.	25	40
Old Tom.	Rue Auguste-Orts, 18.	30	40
Parisiens.	Rue de la Fourche, 29.	15	25
Parisiana-Pension.	R. Marché de Charbon, 108	18	30
Poste (de la).	Rue d'Argonne, 10.	25	40
Prince Charles.	Rue d'Assaut, 32.	15	25
Renommée-Pension.	Grand'Place, 13.	15	30
Nouveau Cygne.	Rue de la Colonne, 24.	15	25
York Family.	Rue Lebeau, 43.	45	70
HAUT DE LA VILLE ET ENVIRONS			
Astoria et Claridge.	Rue Royale, 103.	75	200
Atlas Pension.	Rue du Grand Cerf, 14.	35	50
Elle Résidence Pens.	Rue Jourdan, 36.	25	35
Château (du).	Parc Tervuren.	100	150
Galla et Britannique.	Avenue des Arts.	60	125
Railly-Saint-Hubert.	Genval (Parc).	40	60
Royal.	R. de Ruysbroeck, 88.	50	80
Vallon Family Pension.	Rue du Vallon, 10.	20	35
Vignette (la) Pension.	Près Parc, Tervuren.	30	45

(Extrait du Bulletin de l'A. F. A. S. n° 101, avril 1932.)

**SOCIÉTÉ SUISSE D'ODONTOLOGIE****47<sup>e</sup> ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

(27, 28 et 29 mai 1932. — *Bâle*, Casino municipal)

Les Comités de la S. S. O. et de la Section bâloise vous invitent cordialement à participer à la 47<sup>e</sup> Assemblée générale ordinaire à Bâle, les 27, 28 et 29 mai de cette année.

D'importantes questions sont à l'ordre du jour.

Comme d'habitude, la partie scientifique sera au premier plan de cette session. Le sujet principal sera : *Les agents physiques en art dentaire (diathermie, irradiation, haute fréquence, radiologie)*.

Tout autre sujet intéressant pour le praticien sera le bienvenu. Le Comité est en pourparlers pour s'assurer le concours de sommités scientifiques suisses, allemandes, autrichiennes et françaises.

Le Congrès s'ouvrira le vendredi matin, à 8 heures et nous prévoyons une réunion amicale pour le jeudi soir, à 9 heures, au « *Schützenhaus* ».

Le Comité et les membres de la Section bâloise s'efforceront par tous les moyens de rendre votre séjour agréable pour vous et les vôtres. Une représentation de gala au Théâtre sous la direction de Félix Weingartner, une promenade sur le Rhin, un bal au Casino d'été et le Banquet d'adieu sont au programme.

Le Président de la S.S.O. :  
René JACCARD.

Le Président de la Section bâloise :  
Dr SIEGFRIED MEYER.

---

**XX<sup>e</sup> CONGRÈS STOMATOLOGIQUE ITALIEN**

Le 20<sup>e</sup> Congrès Stomatologique Italien, organisé par l'Association Confédérative de la Fédération Stomatologique Italienne et de la Fédération des Chirurgiens-Dentistes d'Italie, aura lieu à Rome, à l'occasion de l'inauguration du Grand Institut George Eastman (date à préciser).

Tous les confrères français, médecins et chirurgiens-dentistes, y sont invités et sont priés de bien vouloir envoyer le titre et le résumé de leurs communications.

Pour tous renseignements, programmes, etc., s'adresser pour la France au Prof. Dr Giulio Giorelli, Via S. Quintino, 18, Turin, ou bien au Comm. Amedeo Goia, Via Bertola, 49, Turin.

---



## Hygiène

### CAUSERIE SUR L'HYGIÈNE DENTAIRE

(Radiodiffusée par le Poste de la Tour Eiffel, le 29 avril 1932)

Par Henri VILLAIN,

*Président de l'Association générale Syndicale des Dentistes de France.*

Il y a quelques mois nous avons eu l'honneur, sur la demande de la Confédération des Travailleurs Intellectuels, de vous faire, mes chers auditeurs, une causerie sur l'Hygiène dentaire en général.

A en juger, par les nombreux commentaires qu'elle nous a valus, nous sommes en droit de penser qu'elle intéressa un assez grand nombre d'auditeurs qui étaient à l'écoute ce jour-là. C'est ce qui nous a encouragé à affronter à nouveau aujourd'hui le micro, en remerciant encore une fois la Confédération des Travailleurs Intellectuels et le Poste de la Tour Eiffel pour leur gracieuse hospitalité.

Nous nous bornerons ce soir à traiter devant vous un sujet particulier qui nous tient à cœur depuis bien longtemps et qui intéresse au plus haut chef tous les parents et spécialement les jeunes et les futures mamans.

Nous voulons parler du « *Suçage du pouce* » devenu depuis plusieurs années une habitude vicieuse et nocive qui tente à se généraliser, et à devenir le seul moyen ou plutôt le remède de choix pour assurer la tranquillité à la fois aux enfants et aux parents.

Depuis la lutte entreprise contre la sucette qui fit — et fait encore, hélas — tant de ravages chez les nouveau-nés, le suçage du pouce est devenu une mode. Il est aujourd'hui tellement entré dans les mœurs qu'il n'est pas rare de voir chez de grands artistes photographes le portrait d'un superbe bambin dormant à poings ouverts en ayant dans la bouche son pouce et quelquefois même plusieurs doigts. Qu'il nous suffise de rappeler la dernière affiche du Bal des Petits lits blancs en février dernier. Les murs de Paris et les magasins de la capitale furent pendant des mois garnis de ces affiches qui représentaient un petit garçon endormi les deux doigts dans la bouche.

L'artiste semble bien avoir saisi là une des poses les plus caractéristiques de l'enfant qui sommeille.

Mieux encore, aujourd'hui même, jour d'inauguration du Salon de la Société des Artistes Français, au Grand Palais, à la sculpture, nous avons pu voir, oh horreur !! une superbe statue de M. A. Chartier, portant le n° 3635.

Elle représente une Ève énorme, tenant sur chacune de ses épaules un petit enfant. Celui de gauche a les bras pendants, ne sachant pas trop qu'en faire. Celui de droite alors, lui, est bien occupé : il suce avec amour, au point d'en avoir les joues gonflées, son pouce de la main droite.

Ce geste tend donc à se vulgariser de plus en plus puisqu'il frappe et retient en ce moment l'esprit d'un grand nombre d'artistes.

Or, devant cette publicité donnée à une aussi mauvaise habitude, par simple ignorance, nous, praticiens de l'art dentaire, nous voulons réagir.

Que les parents, et surtout les mamans qui nous écoutent, demandent à leur dentiste de leur montrer les conséquences désastreuses d'une telle habitude sur des modèles de bouches d'enfants qu'ils ont eu tant de difficultés à ramener à la normale, ou par des photographies montrant la déformation acquise des deux maxillaires en particulier, et du facies, en général.

Lorsque l'enfant suce son pouce ou ses doigts, ceux-ci exercent une pression sur la région antérieure de la voûte palatine et sur les faces linguales des incisives supérieures. Cette pression est encore renforcée par celle de la langue qui entre en jeu également, et cette action courante déforme rapidement la région malléable sur laquelle elle s'exerce, avançant et creusant la partie palatine antérieure, poussant en avant les incisives supérieures, refoulant en arrière les incisives inférieures.

En avançant la mâchoire supérieure, elle diminue souvent le diamètre de la cavité buccale, aidée en cela par les muscles puissants qui contractent les joues.

L'enfant respire mal, prend l'habitude de respirer la bouche ouverte, devient souvent un adénoïdien, et finalement se développe mal.

Le remède, à ce moment, n'est plus qu'un traitement orthopédique, pénible parfois, ennuyeux toujours pour l'enfant et onéreux pour les parents.

Alors, que faire pour éviter ce mal ?

Agir aux premiers symptômes, c'est-à-dire surveiller le nouveau-né dès sa naissance, et si l'enfant a tendance à porter son pouce ou ses doigts dans la bouche, il faut pendant quelques jours lui attacher le bras.

La manière la plus simple, qui nous a réussi pour nos propres enfants ou pour ceux de nos consultants, est la suivante :

Coudre sur la manche de la brassière un petit cordon que l'on noue à un ruban mis autour du linge de l'enfant.

Au bout de huit, dix ou quinze jours au maximum, l'enfant aura perdu cette mauvaise habitude et vous aurez fait vis-à-vis de lui votre devoir de maman prévoyante.

Et maintenant, pour conclure, n'allez pas crier à l'enfant martyr !

Songez seulement, que ce petit être que vous chérissez tant, et vous avez raison, a besoin d'être guidé dans ses désirs, et ce faisant vous lui rendrez un signalé service pour l'avenir, à lui-même d'abord et à la race française ensuite.

## BIBLIOGRAPHIE

D<sup>r</sup> JEAN VERNE. — **Précis d'histologie.**

M. Verne, professeur agrégé d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, vient de publier chez l'éditeur Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, un Précis d'histologie.

Ce volume, de 238 pages, commence par une préface de M. le Prof. agrégé Olivier, qui présente l'ouvrage. Puis vient une introduction due à l'auteur, lequel estime avec raison que pour comprendre une maladie, il faut pouvoir préciser le siège des lésions et qu'il n'est point d'anatomie pathologique possible si l'on ignore l'histologie normale. M. Verne a insisté sur les dents, la bouche, l'appareil digestif, les glandes salivaires.

L'ouvrage est divisé en 20 chapitres : la cellule, ses propriétés, les épithéliums et les tissus glandulaires, les tissus conjonctifs, le cartilage et les tissus calcifiés, sang, tissus musculaires, tissus nerveux, organes des sens, centres nerveux, vaisseaux et organes vasculaires, appareil digestif, dents, glandes salivaires, foie, pancréas, glandes endocrines, appareils respiratoire, rénal, génital.

68 figures illustrent le texte.

D<sup>r</sup> EMILE CASSOUTE. — **La dentition chez les enfants.**

Nous devons à M. Cassoute, chargé du cours de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Marseille et médecin des hôpitaux, un ouvrage sur la dentition chez les enfants.

Ce volume de 210 pages, édité par l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (in-8° couronne, 25 francs), est destiné aux médecins et aux stomatologistes. Ces derniers, dit l'auteur, à l'exception d'un groupement remarquable, se confinent très rapidement dans leur spécialité et le plus grand nombre perd le contact avec la médecine générale.

Après une introduction et un avant-propos l'ouvrage est divisé en 14 chapitres : anatomie des dents, évolution de la première dentition, ordre et chronologie d'apparition des dents, éruptions tardives, anomalies, résorption et chute des dents temporaires, éruption des dents permanentes, accidents de dentition, érosions, malformations, carie, septicémie bucco-dentaire, septicémies.

21 figures complètent le texte.

D<sup>rs</sup> R. BOISSIER et A. BOULAND. — **Formulaire thérapeutique odonto-stomatologique.**

Un nouveau livre vient de sortir de la plume de notre distingué confrère le D<sup>r</sup> Bouland, en collaboration avec le D<sup>r</sup> Boissier : Formulaire thérapeu-



tique odonto-stomatologique (2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée), publié par l'Expansion Scientifique, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Ce volume de 390 pages contient une préface et une introduction, 5 livres subdivisés en 18 chapitres. Les livres sont consacrés à la pharmacologie, aux syndromes, maladies des dents et de la bouche, à la thérapeutique préventive et à des annexes. Les affections dentaires et buccales sont étudiées sommairement, bien entendu, ce qui facilite au praticien et à l'étudiant la consultation de l'ouvrage.

Les annexes fournissent des renseignements juridiques, des données numériques, tarifs d'honoraires, etc.

Une table alphabétique, indépendante de la table des matières, rend les recherches très aisées.

L'ouvrage, cartonné, se vend 30 francs.

#### **Bulletin de la Fondation documentaire dentaire.**

Parmi les très nombreuses publications reçues par l'*Odontologie*, il convient de signaler le *Bulletin* édité par la Fondation documentaire dentaire, association sans but lucratif, dont le siège est au Palais mondial (Cinquantenaire), Bruxelles.

La Fondation a pour but la conservation des documents de toute nature relatifs tant à l'art dentaire qu'aux sciences qui s'y rattachent et leur mise à la disposition des chercheurs.

Toutes les ressources sont consacrées au but poursuivi.

Les collections du Centre documentaire international de la F. D. I. sont confiées à la Fondation.

La Fondation compte des membres protecteurs, effectifs, adhérents et correspondants (*l'Odontologie* est un de ces derniers).

Son Bulletin est trimestriel, il paraît en anglais et en français.

#### **Annuaire du Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes d'Autriche pour 1932.**

Le Syndicat national des chirurgiens-dentistes d'Autriche publie pour la seconde fois son Annuaire.

L'exemplaire que nous avons reçu est un volume de 229 pages, divisé en 18 chapitres. Ceux-ci ont trait aux organisations dentaires, aux Instituts dentaires d'Université et à leur corps enseignant, à la liste des chirurgiens-dentistes, à la représentation officielle du corps médical par des Chambres de médecins.

Les institutions de tous ordres (Caisses d'assurances, de secours, de retraite, etc.), ainsi que les dispositions législatives et réglementaires relatives aux intérêts matériels et moraux du corps médical et du corps dentaire y sont énumérées.

La liste des journaux professionnels des principaux pays y est contenue.

C'est en somme un ouvrage donnant des renseignements d'une grande utilité non seulement pour les praticiens autrichiens, mais encore pour les praticiens étrangers.

A. DJINDJIAN. — **La pratique de la haute fréquence en odontostomatologie.** — (1 volume de 172 pages, Plançon, éditeur).

C'est le premier opuscule d'ensemble paru en France sur l'utilisation des courants de haute fréquence en odonto-stomatologie ; il précède de peu l'excellente monographie que vient de publier le Dr Dechaume.

L'auteur passe, un peu brièvement peut-être, sur les caractéristiques physiques des courants de diathermie ; il fait la très juste discrimination entre les effets des ondes amorties (appareils à éclateurs) et ceux des ondes entretenues (appareils à lampes).

Il étudie ensuite les applications de tension et décrit les nombreuses électrodes à vide employées par les spécialistes ; il en précise la technique d'application.

Un chapitre est réservé aux applications d'intensité, à leurs effets physiologiques et thérapeutiques, à leurs modalités d'utilisation.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, sont passées en revue les indications multiples des courants de haute fréquence.

Djindjian insiste longuement, et avec raison, sur le traitement des accidents d'éruption de la dent de sagesse en préconisant l'emploi du bistouri diathermique qu'il a imaginé.

Un paragraphe important est réservé au traitement des caries, des kystes radiculaires, des granulomes, des lésions de paradentose.

Somme toute, l'ouvrage constitue une bonne mise au point de la diathermie en art dentaire ; félicitons l'auteur de l'avoir écrite.

Dr BERTRAND.

FÉLIX LANDOT. — **L'hygiène du dentiste dans la pratique professionnelle moderne.**

Si l'hygiène dentaire est le fond de la profession du praticien dentiste, en ce qui concerne les patients qu'il traite, sa propre hygiène est souvent négligée, car il la perd de vue au milieu des préoccupations et de l'action journalière. M. Landot (de Dijon) a donc voulu mettre en garde ses confrères, nouveaux venus ou déjà anciens dans l'exercice de l'art dentaire, contre l'oubli des prescriptions de l'hygiène générale (il avait déjà présenté sur ce sujet une communication au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International).

Il a écrit, dans ce but, un volume de 200 pages (in-16, publié chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 25 francs), précédé d'une préface du Dr Bousquet (de Cannes) et divisé en sept chapitres. Il passe successivement en revue la période de scolarité, les conditions de travail et de milieu, les maladies du dentiste, l'hygiène professionnelle, l'hygiène privée, l'hygiène morale, en formulant de sages réflexions et donnant d'utiles conseils. Il termine en signalant quelques œuvres d'assistance existant à l'étranger, pour le dentiste maltraité par le sort et en reproduisant des dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs empruntées au Code du Travail et au décret du 19 juillet 1913, qui en vise l'application.

M. Landot a fait une œuvre utile ; il convient de l'en féliciter.

SIMOES BAYAO. — **La chirurgie dentaire dans l'armée portugaise.**

Nous venons de recevoir de M. Simoes Bayao, de Lisbonne, une brochure de 89 pages (en portugais), consacrée à l'organisation du service dentaire dans l'armée de son pays.

Après une petite préface, l'ouvrage est divisé en cinq chapitres : historique, situation actuelle, rapports présentés au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, treize ans perdus, stationnement du progrès. Puis, viennent des conclusions et trois appendices : essai d'organisation des services dentaires militaires en Portugal, services dentaires dans l'armée française pendant la guerre, conclusion du rapport de 1916.

## LIVRES REÇUS

Nous avons reçu :

- 1<sup>o</sup> De M. G. Villain, différentes brochures, en langue turque : *Anatomie et histologie dentaires* ; *Livre des dents pour les enfants*.
- 2<sup>o</sup> De M. Yamazaki, une brochure en japonais.
- 3<sup>o</sup> Du Dr Haber (Berlin), des tirages à part (en allemand) de ses articles.
- 4<sup>o</sup> Du Dr Mario Deweze, des brochures (en espagnol).
- 5<sup>o</sup> Un tirage à part du Dr Gérard-Maurel.
- 6<sup>o</sup> Du Dr Ch. Ruppe, un tirage à part.

## NOUVEAUX JOURNAUX

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue Dentaire de Yougoslavie* (*Glasnik Zubni Lekarske skruke u Jugoslaviji*), janvier 1932, dirigée par les Drs Mil. Petrovic et Vlad. Kujundzic, paraissant tous les mois à Belgrade, 13, Kneginje Ljubice.

Nous avons reçu également le premier numéro de la *Rivista Italiana de Stomatologia* (janvier 1932), organe de la Société italienne de Chirurgie buccale et d'orthopédie dento-faciale, paraissant chaque mois, sous la direction de M. Alessandro Arlotta, 76 Piazza Ghisia, Parme.

Nous avons reçu le premier numéro de *Revista de Odontologia*, dirigée par Federico Schuetz, 109, avenida Colmena, Lima (Pérou), paraissant chaque mois.

---



# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### LA LOI DE FINANCES DU 1<sup>er</sup> AVRIL 1932

La loi portant fixation du budget général de l'exercice 1932 a été promulguée le 1<sup>er</sup> avril dernier.

Nous allons examiner brièvement les dispositions fiscales sur lesquelles des modifications sont apportées.

1<sup>o</sup> FORME DES RÉCLAMATIONS. — Désormais, les réclamations seront envoyées à la *Direction des Contributions Directes, sur papier libre* et les *pourvois au Conseil de Préfecture, sur papier timbré*.

2<sup>o</sup> EXONÉRATION DE L'IMPÔT FONCIER POUR LES IMMEUBLES CONSTRUITS DANS DES LOTISSEMENTS IRRÉGULIERS. — Les constructions à usage d'habitation bénéficient d'une exemption d'impôt foncier pendant quinze ans, en vertu de l'article 31 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1926. Cet avantage était refusé aux immeubles édifiés sur des lotissements irréguliers. Ils en bénéficient désormais *pour la fraction de la période de quinze ans restant à courir* à partir de l'année au cours de laquelle les lotissements auront été régularisés, et pour les lotissements autorisés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1932, à partir de cette date.

3<sup>o</sup> IMPÔT FONCIER BATI. — *Prorogation du délai de déclaration pour les constructions nouvelles en général.* — Cette exonération d'impôt foncier pendant quinze ans était subordonnée à une déclaration faite à la Mairie, dans les quatre mois du commencement des travaux, le permis de bâtir en tenant lieu. Désormais, *il n'y a plus de délai imposé*, mais l'exonération est limitée à la fraction de la période de quinze ans restant à courir à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle où la déclaration a été produite.

4<sup>o</sup> RÉDUCTION A TROIS ANS DE LA FACULTÉ DE RECHERCHER DES INSUFFISANCES DE DÉCLARATION EN MATIÈRE D'IMPÔTS DIRECTS. — Les omissions totales ou partielles commises dans l'assiette des impôts sur le revenu pouvaient être réparées par l'Administration jusqu'à expiration de la cinquième année, suivant celle au cours de laquelle ils auraient dû normalement être établis. Maintenant, ce sera *jusqu'à l'expiration de la troisième année seulement*. Le point de départ de la réforme est fixé au 1<sup>er</sup> juillet 1932. L'Administration peut donc, jusqu'à cette date, mettre en recouvrement les impositions supplémentaires relatives aux bénéfices et revenus réalisés pendant les années 1926 et 1927.

Au cas où ces omissions ou insuffisances sont constatées à l'ouverture d'une succession, elles peuvent être réparées jusqu'à la fin de la deuxième année suivant celle de la déclaration de succession, ou du paiement par les héritiers des droits de mutation, sans préjudice du délai général de trois ans.

Le total de ces impositions ne peut excéder les trois quarts de l'actif net de la succession dont elles constituent une dette déductible pour la perception des droits de mutation par décès.

5° IMPOT SUR LES TRAITEMENTS ET SALAIRES ET IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES. — *Taxation des contributions jouissant de revenus provenant de sources différentes.* — Sous le régime antérieur, les contribuables étaient cotisés pour l'ensemble des revenus cumulés suivant les règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires, c'est-à-dire au taux de 10 %. Ce système favoriserait les bénéfices des professions non commerciales qui, normalement, aurait dû supporter le taux de 12 %. D'où la nouvelle disposition suivante :

« Les contribuables qui disposent à la fois de revenus provenant de « traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pen- « sions et rentes viagères et de bénéfices de profession non commerciales, « autres que les bénéfices des charges et offices, sont cotisés pour l'ensem- « ble de ces revenus, déterminés suivant le mode propre à chaque caté- « gorie, d'après les règles applicables à l'impôt sur les traitements et sa- « laires, pensions et rentes viagères.

« Le total imposable sera ensuite fractionné proportionnellement au « montant des revenus de chaque catégorie et chaque fraction sera taxée « d'après le taux spécial à sa cédula. »

6° IMPOSITION AU TITRE DES BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX DES REVENUS PROVENANT DE LA LOCATION DU DROIT DE CHASSE ET DU DROIT D'AFFICHAGE. — Dans l'état antérieur de la législation, ces revenus échappaient à tout impôt étant considérés comme des accessoires de la propriété foncière.

Désormais, ils sont soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, sauf dans le cas où les revenus du droit d'affichage sont perçus par une entreprise commerciale ou industrielle, car ils sont alors atteints par l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. En outre, les revenus des droits de chasse appartenant aux communes et collectivités publiques ne sont pas imposables.

7° IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES. — *Modification de la composition des commissions consultatives.* — La nouvelle loi de Finances ajoute aux membres de la Commission, savoir : le Président du Tribunal Civil, un avocat, un notaire, un médecin et un inspecteur des Contributions directes, des personnes étrangères aux professions libérales.

1° Un membre de la Chambre de Commerce ;

2° Un agent des Contributions indirectes et un agent de l'Enregistrement ayant au moins le grade d'inspecteur et désignés par leur Chef de Service.

8° ETABLISSEMENT DE L'IMPOT GÉNÉRAL SUR LE REVENU AU CAS DE DÉCÈS DU CONTRIBUABLE. — Les revenus perçus entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date du décès sont imposés, d'après les règles applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, notamment en ce qui concerne les déductions et réductions pour charges de famille.

Pour les revenus évalués forfaitairement, revenu foncier par exemple,

le montant du forfait annuel est réduit suivant la durée de la période écoulée entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date du décès.

La déclaration des revenus imposables doit être produite par les *héritiers dans les six mois de la date du décès*.

9<sup>o</sup> VÉRIFICATION DE L'ENREGISTREMENT EN MATIÈRE DE MUTATION D'IMMEUBLES, FONDS DE COMMERCE, etc... — Lorsqu'il y a désaccord sur une évaluation au sujet d'un acte donnant lieu à la perception des droits de mutation, on recourt à une expertise, qui sous le régime antérieur était faite par un expert unique. Le nouveau texte donne au contribuable et à l'Administration la *faculté de demander la nomination de trois experts* pour cette expertise. D'où un supplément de garantie pour le contribuable.

10<sup>o</sup> ASSUJETTISSEMENT DES JETONS DE PRÉSENCE A LA TAXE SUR LE REVENU DES VALEURS MOBILIÈRES. — Il s'agit ici des jetons de présence *distribués aux actionnaires* à l'occasion des Assemblées générales. Le nouveau texte les assimile aux intérêts et dividendes distribués par les Sociétés et les rend passibles de l'impôt de 16 %.

Raymond MENNETRIER,  
*Licencié en Droit,*  
1, rue Ballu, Paris (9<sup>e</sup>).

### DES ALLOCATIONS FAMILIALES OBLIGATOIRES POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES

*Une loi du 11 mars 1932 a modifié les titres III et IV du livre 1<sup>er</sup> du Code du Travail et l'art. 2011 du Code civil. Elle s'applique à toutes les professions libérales occupant habituellement des ouvriers ou employés de tout âge et de l'un ou l'autre sexe, en particulier aux chirurgiens-dentistes. Elle est relative à des allocations familiales dues pour tout enfant à la charge de ces ouvriers ou employés.*

*L'A. G. S. D. F. s'est préoccupée de la question et s'empresse de publier à ce sujet les informations suivantes qui lui sont fournies par un de ses correspondants.*

La loi relative aux allocations familiales a été promulguée le 11 mars 1932 et insérée au *Journal officiel* du 12 mars : elle comporte, *pour chaque Chirurgien-Dentiste*, possesseur d'un ou de plusieurs cabinets, l'obligation de faire partie d'une Caisse de Compensation agréée par le Ministère du Travail, à moins que ce Chirurgien-Dentiste n'ait déjà institué ou n'institue pour son personnel un service d'allocations familiales agréé par le Ministère du Travail.

Voici les principales dispositions intéressant particulièrement les chirurgiens-dentistes.

ARTICLE PREMIER. — Il est inséré dans le titre III du livre 1<sup>er</sup> du Code du Travail un chapitre V (nouveau) intitulé « *Des allocations familiales* », les chapitres V et VI devenant respectivement les chapitres VI et VII.

ART. 2. — Tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou des employés de quelque âge et de quelque sexe que ce soit, dans une profession indus-



truelle, commerciale, agricole ou *libérale*, est tenu de s'affilier à une Caisse de Compensation ou à toute autre institution agréée par le Ministère du Travail, constituée entre employeurs en vue de répartir entre eux les charges résultant des allocations familiales prévues par le précédent chapitre sous les réserves et dans les conditions déterminées ci-après.

Ces deux premiers articles étant ici reproduits dans leur intégralité, nous ne croyons mieux faire que d'engager nos lecteurs à se reporter au *Journal officiel* du 12 mars 1932, pour connaître en détail toutes les stipulations de cette loi, que nous ne pouvons reproduire *in extenso* : nous allons seulement essayer d'en dégager les principes essentiels et la répercussion que l'application de cette loi ne manquera pas d'avoir au point de vue comptable.

Les allocations familiales sont dues pour tout enfant à la charge, soit de l'opérateur, du prothésiste, de la secrétaire, infirmière ou de l'employé, à un titre quelconque du cabinet dentaire, mais ces allocations ne sont dues que jusqu'à l'âge de 16 ans si l'enfant poursuit ses études, est placé en apprentissage sous certaines conditions ou est dans l'impossibilité constatée de se livrer à aucun travail rémunéré.

L'allocation est due à la personne appointée ou au salarié à la charge duquel est l'enfant ; toutefois, les *Caisses de Compensation* peuvent décider qu'en certains cas l'allocation sera versée à la mère ou à la personne chargée de l'éducation de l'enfant.

Le taux de l'allocation est déterminée par arrêté du Ministre du Travail dans chaque département, soit pour l'ensemble des professions, soit par catégorie professionnelle.

En cas d'accident du travail les allocations familiales sont maintenues ; lorsque l'accident est suivi de mort, elles sont également dues tant que les enfants y ont droit en raison de leur âge.

Elles sont, en principe, incessibles et insaisissables.

Le Chirurgien-Dentiste est tenu de justifier, à tout moment, aux agents chargés de l'application de la loi, de son affiliation à une Caisse de Compensation agréée, par des pièces émanant de celle-ci et attestant qu'il est à jour de ses cotisations ; il doit en somme, à tout moment, pouvoir justifier, par sa Comptabilité, qui est dans l'espèce sa seule garantie, du fonctionnement régulier de son service d'allocations familiales.

Il est institué auprès du ministre du Travail une Commission supérieure des allocations familiales.

Les Chirurgiens-Dentistes, directeurs ou gérants d'un cabinet dentaire qui auront contrevenu aux dispositions de la loi, sont passibles d'une amende de 5 à 15 francs et en cas de récidive d'une amende de 100 francs.

L'amende peut, en certains cas, être appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans le cabinet dentaire.

Ces pénalités sont indépendantes des dommages-intérêts auxquels le contrevenant pourrait être condamné envers les chefs de famille occupés par lui.

L'exécution de la loi sera assurée par les inspecteurs du Travail concurremment avec les Officiers de Police judiciaire.

Un règlement d'Administration publique déterminera les modalités d'application de la loi.

Postérieurement à la publication de ce règlement, des décrets pris après consultation des Syndicats Patronaux des professions et régions intéressées détermineront les délais d'application de la loi.

Voici donc, une nouvelle charge et une nouvelle complication incombant ensemble à tous les Employeurs, y compris les Chirugiens-Dentistes, Docteurs en Médecine, etc., etc..., qui seront, de ce fait, soumis au contrôle du Ministère du Travail ou de la Police judiciaire. Aucune analogie, ici, avec les assurances sociales alimentées, on le sait, par un double versement du chirurgien-dentiste et de l'assuré ; comptablement, cette nouvelle charge patronale se traduira par l'ouverture d'un compte spécial et le résultat de fin d'exercice tiendra compte des sommes versées à la Caisse de Compensation.

La justification s'opérera ainsi d'une double manière et il sera aisé de faire le rapprochement entre les pièces émanant de la Caisse de Compensation, s'il y a lieu, et les résultats du compte spécial ouvert dans la comptabilité de chaque cabinet dentaire.

Le jour où chacun (chirurgien-dentiste ou patron exerçant une profession libérale) aura admis que la comptabilité régulière est la seule défense possible, en raison des lois actuelles, dont la complexité est grandissante chaque jour, bien des soucis et bien des mécomptes seront évités.

Et nous voudrions voir, à cette occasion, chaque Chirurgien-dentiste adopter un *Livre de paye*, conçu de telle manière qu'il permettrait au Practicien d'avoir constamment sous les yeux, tenus au jour le jour, les précieux renseignements ci-après énumérés :

1<sup>o</sup> Déclaration annuelle nominative des appointements et salaires imposables ;

2<sup>o</sup> Déclarations trimestrielles ou annuelles, globales ou nominatives aux Compagnies d'Assurances contre les accidents du travail ;

3<sup>o</sup> Déclarations mensuelles, trimestrielles ou annuelles à faire aux Assurances sociales ;

4<sup>o</sup> Déclarations aux Caisses de compensation.

Le relevé annuel ou balance donne automatiquement les libellés des différentes déclarations mentionnées ci-dessus.

Ainsi les chirurgiens-dentistes trouveraient, condensées en un seul livre, petit par le format, mais grand par les services qu'il leur rendrait, le résumé de toutes leurs obligations ci-dessus rappelées : peut-être est-il permis, en terminant, d'exprimer le vœu que ces obligations s'arrêtent avec la loi nouvelle.

G. VAGNÉ,

*Expert-comptable reconnu par l'Etat.*

## ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Réunion du 27 Novembre 1931

Présidence de M. H. VILLAIN, président

La séance est ouverte à 8 h. 30 du soir.

Présents : MM. Audy, Bennejeant, Brenot, Bondy, Brodhurst, Cernéa, Debray, Crocé-Spinelli, M<sup>lle</sup> Delarbre, MM. Drain, Haloua, Thil.

Excusés : MM. Boutard, Joly, Lelièvre, G. Villain.

Il est donné lecture : 1<sup>o</sup> du procès-verbal de la séance du 21 novembre, qui est approuvé ;

2<sup>o</sup> Du procès-verbal du bureau du 11 février, qui est adopté ;

3<sup>o</sup> De la correspondance.

Le Trésorier propose, pour défaut de paiement de la cotisations, des radiations, qui sont prononcées.

Le Président présente une demande de médaille d'argent, en faveur de M. Paul Rose, mécanicien chez M. Tanche, 4, rue de la République, à Dunkerque, qui a obtenu, en 1927, la médaille de bronze. — Accueillie.

Sur la proposition de la Commission de Prévoyance, M. V..., en retard pour le paiement des versements à l'aide immédiate, est suspendu de ses droits.

Sur la proposition du Conseil de famille, des admissions sont prononcées et des démissions acceptées.

Le Président communique le projet de convention dressé entre l'A. G. S. D. F. et le S. G. D. F. et qui va être discuté dans la réunion commune des conseils d'administration de ces deux Sociétés.

Au premier paragraphe, M. Audy propose de remplacer le mot *momentanément* par *actuellement*. — Approuvé.

L'ensemble du projet est adopté.

L'assemblée générale est fixée au samedi 9 avril, à 14 heures 30, salle Jean-Goujon, Grand Palais des Champs-Élysées, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Cette assemblée sera suivie, le dimanche 10 avril, d'une assemblée générale commune avec le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, qui aura lieu également salle Jean-Goujon, Grand Palais des Champs-Élysées, avec un ordre du jour également publié.

La séance est levée à 8 heures 1/4.

\*\*\*

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 9 AVRIL 1932

Présidence de M. H. VILLAIN

L'assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. s'est tenue le samedi 9 avril 1932, à 14 heures 30, salle Jean-Goujon, Grand Palais des Champs-Élysées, pendant la Semaine Odontologique.

Après adoption des rapports du Secrétaire général, du Trésorier et de



l'Administrateur-gérant de *L'Odontologie*, le Président a fait un rapport moral sur diverses questions qui ont préoccupé tout particulièrement l'Association et ont donné lieu à de multiples démarches. Ces questions sont le baccalauréat, la loi Armbruster, la loi sur les accidents du travail, les prestations dentaires aux mutilés, la loi sur les auxiliaires de la médecine, etc. ; d'ailleurs, nous publions, d'autre part, ce rapport.

M. G. Viau a été nommé président honoraire en récompense de ses longues années de services dévoués à l'Association.

Un article relatif à la gestion provisoire du cabinet d'un sociétaire décédé a été ajouté au Règlement de la Commission de Prévoyance. Une médaille d'argent a été attribuée à M. Rose, mécanicien depuis vingt-deux ans dans le même cabinet.

L'assemblée a approuvé un projet de convention avec le Syndicat des Chirugiens-Dentistes de France relativement à une collaboration étroite entre les deux sociétés dans tous les domaines de leur activité (intérêts professionnels, affaires judiciaires, presse professionnelle, prévoyance, mutualité, etc...).

Elle a approuvé ensuite la déclaration de principes adoptée par l'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, le 8 décembre dernier, publiée dans *L'Odontologie* de février dernier, et devenue ainsi la déclaration de principes du Groupement.

Il a été procédé à l'élection de 16 membres du Conseil d'Administration : 8 pour Paris, 8 pour les départements. Tous les membres sortants ont été réélus. M. J. Rivet a remplacé M. G. Viau, nommé président honoraire.

L'assemblée s'est séparée à 14 heures 40.

\*  
\* \*

Le lendemain l'A. G. S. D. F. a tenu, dans le même local, une réunion commune avec le Syndicat des Chirugiens-Dentistes de France pour examiner et discuter, s'il y avait lieu, les sujets suivants :

1<sup>o</sup> Baccalauréat. — Rapporteur : M. G. Villain.

2<sup>o</sup> Loi Armbruster. — Rapporteur : M. Charlet.

3<sup>o</sup> Loi sur les accidents du travail. — Rapporteur : M. H. Villain.

4<sup>o</sup> Prestation des soins aux mutilés. — Rapporteurs : D<sup>r</sup> Friteau et M. Lebrun.

5<sup>o</sup> Loi sur les auxiliaires de la médecine. — Rapporteur : M. H. Villain.

6<sup>o</sup> Lutte contre l'exercice illégal. — Rapporteur : M. Blanpin.

7<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

Chacun des rapporteurs a exposé l'état actuel de la question qu'il traitait en mentionnant toutes les démarches auxquelles chacun a donné lieu.

Un vœu de M. Sénécals tendant à ce que l'Administration supérieure ne permette l'ouverture et la tenue d'un cabinet dentaire par un chirurgien-dentiste possédant régulièrement le diplôme d'Etat de Chirurgien-Dentiste a été approuvé et renvoyé à la Commission syndicale.

Un autre vœu présenté par M. Boivin (Nancy), au nom du Syndicat

des Chirurgiens-dentistes de Lorraine, tendant à la création d'une Fédération unique des Syndicats dentaires de France, est également adopté.

Une intéressante et utile discussion sur les assurances contractées par les chirurgiens-dentistes, en matière d'incendie, d'accidents, de responsabilité civile, etc., a clôturé la séance.

La réunion s'est terminée à 6 heures.

## FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La F. D. N. a tenu son assemblée générale annuelle le 8 avril 1932, au Grand Palais, salle Jean-Goujon, pendant la Semaine Odontologique.

Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, l'assemblée s'est occupée de la proposition de loi Milan-Rio, a entendu l'exposé de ce qui a été fait depuis le vote de l'Académie de Médecine et a voté à nouveau la résolution prise dans son assemblée générale du 2 mai 1931, publiée dans *L'Odontologie* du même mois, et ainsi conçue :

*La F. D. N., dans son assemblée générale du 2 mai 1931 :*

*Considérant,*

*Que la loi Milan-Rio n'aboutirait pas à établir un statut rationnel de la profession,*

*Que seule une évolution progressive peut servir l'intérêt du public sans nuire aux droits acquis des chirurgiens-dentistes,*

*Repousse la proposition de loi Milan-Rio,*

*Approuve le programme d'évolution scientifique, médicale et technique défendu par la Confédération des Syndicats et Sociétés dentaires français, et fait confiance à celle-ci pour en poursuivre la réalisation.*

L'assemblée a passé ensuite à l'examen de la proposition de loi sur les auxiliaires de la médecine et a été mise au courant des diligences entreprises à ce sujet.

Elle a, de même, été informée des démarches faites en ce qui concerne le rôle des dentistes vis-à-vis des accidentés du travail.

Il lui a été rendu compte de l'état de la question à l'égard des soins à donner par les dentistes aux mutilés de guerre.

La loi Armbruster et les interventions auxquelles elle a donné lieu pour que la situation des dentistes soit sauvegardée ont retenu son attention.

L'Assemblée s'est spécialement attachée à la question du baccalauréat et a décidé de continuer activement la campagne pour faire aboutir cette question.

Elle a renouvelé leurs pouvoirs aux 24 membres du Comité exécutif sortant.

Aussitôt la réunion terminée le Comité exécutif est entré en séance et a maintenu en fonctions le bureau actuel.

PRÉFECTURE DE LA SEINE  
*Comité Départemental de l'Enseignement Technique*  
*Région parisienne (Seine et Seine-et-Oise)*

**III<sup>e</sup> EXPOSITION DU TRAVAIL**

(LES MEILLEURS OUVRIERS DE FRANCE)

*Sous le patronage des Ministres de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Commerce et de l'Industrie, du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, des Colonies et du Sous-Secrétaire d'Etat de l'Enseignement technique.*

Cette Exposition s'applique à toutes les branches de la production nationale.

Elle a pour but de procurer aux Ouvriers, Employés et Apprentis, la possibilité d'affirmer leur personnalité, leur goût artistique et leur esprit d'initiative. Elle mettra en lumière et permettra de récompenser les plus hautes qualités professionnelles.

L'exposition est ouverte, sans distinction d'âge, aux travailleurs français des deux sexes : ouvriers, façonniers, contremaîtres, artisans, employés et tous autres collaborateurs du travail.

Une section spéciale est réservée aux apprentis.

L'inscription et la participation à l'Exposition sont entièrement gratuites.

Les travailleurs qui désirent prendre part à l'Exposition doivent s'adresser :

1<sup>o</sup> *Pour tous renseignements : a)* Pour Paris et le département de la Seine : à l'Hôtel de Ville, secrétariat de la 4<sup>e</sup> Commission (Conseil Municipal, 2<sup>e</sup> étage).

*b)* Pour le département de Seine-et-Oise : à l'Ecole Pratique de Versailles, rue du Maréchal-Joffre, n<sup>o</sup> 14.

2<sup>o</sup> *Les inscriptions* seront reçues seulement au siège des organisations syndicales patronales ou ouvrières jusqu'au 5 mai 1932 : M. Henri Villain, président de la Classe II (Art Dentaire), groupe XI, 10, rue de l'Isly, Paris (8<sup>e</sup>).

Les professions admises à participer à cette Exposition ont été réparties entre les groupes, suivants :

1. Alimentation. — 2. Bâtiment et travaux publics. — 3. Industries du vêtement. — 4. Accessoires du vêtement. — 5. Modes, fleurs et plumes. — 6. Industries textiles. — 7. Décoration et mobilier des habitations. — 8. Industries métallurgiques. — 9. Industries mécaniques et Electricité. — 10. Travail du bois. — 11. Industries scientifiques. — 11 bis. Photographie, cinématographie. — 12. Collaborateurs des laboratoires. — 13. Cuir et peaux. — 14. Céramique et verrerie. — 15. Arts et métiers graphiques. — 16. Travail artistique des métaux. — 17. Pierres précieuses. — 18. Arts du théâtre. — 18 bis. Arts des jardins et Art floral. — 19. Petites industries traditionnelles et régionales, divers. — 20. Commerce (Section des Employés et Vendeurs). — 21. Concours-Exposition des Apprentis de rattachant aux groupes ci-dessus.



Dans chaque groupe et classe, des concours de sélection auront lieu dans le courant de l'année 1932. Tous les objets réunis participeront à l'Exposition du Travail de la Région parisienne qui aura lieu à Paris (Hôtel de Ville), en Février 1933. Seuls, les lauréats du concours de sélection prendront part à l'Exposition nationale du Travail qui aura lieu à Paris (Parc des Expositions), en mars ou avril 1933, afin de concourir pour le titre des « Meilleurs Ouvriers de France ».

*Le Préfet de la Seine : Edouard RENARD.*

### A L'INSTITUT NATIONAL DES MÉTIERS

Le Centre d'Etudes des Métiers Français, récemment créé à Paris, 30, rue des Vinaigriers, pour donner aux entreprises artisanales l'appui et les conseils que rend nécessaires leur prodigieux développement, vient d'être constitué en *Institut National des Métiers*.

Sous la présidence d'honneur de M. le Sénateur Clémentel, ancien ministre, le nouvel institut compte dans sa direction : M. le Sénateur Louis Serre, président de son Comité National ; M. le Député Thoumyre, ancien ministre ; MM. Escarra et Rougier, professeurs de Faculté. Le Secrétaire général est M. Robert Tailedet, président de la Confédération générale de l'Artisanat français, membre du Conseil National Economique.

Pour ses travaux, l'Institut a été divisé en plusieurs Sections consultatives et d'études, groupant des compétences de haute qualité. Sont admis à présenter concurremment leurs candidatures tous les praticiens possédant des connaissances professionnelles et une expérience éprouvée : techniciens, ingénieurs, chefs d'entreprises, assureurs, architectes, juristes, économistes, agriculteurs, médecins, hygiénistes, professeurs, etc., c'est-à-dire les diverses activités susceptibles de suivre avec une compétence avertie les questions législatives, financières, industrielles, commerciales, immobilières, rurales, techniques, artistiques, d'hygiène, d'éducation, d'apprentissage, de mutualité et de prévoyance, etc..., intéressant les métiers français.

Cette création et ces travaux ne font d'ailleurs que précéder un décret par lequel le Ministre du Travail doit fixer les conditions d'attribution du titre officiel de « Conseiller des Métiers Français » aux personnes qui se seront distinguées dans l'étude des questions économiques ou sociales soumises à leur compétence.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétariat provisoire : Institut National des Métiers, 30, rue des Vinaigriers, Paris (10<sup>e</sup>).

### ASSOCIATION CONFRATERNELLE DES DENTISTES FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

du Samedi 9 Avril 1932 (*Grand Palais*), Paris

Séance ouverte à 18 heures 30, sous la présidence de M. Puteaux, tré-

sorier en fonction. Après un exposé très rapide de la situation, devant l'indifférence des membres de la dite Société, et après discussion, il a été adopté l'ordre du jour suivant, à l'unanimité des membres présents :

*Ordre du jour :*

« Les membres présents de l'Association Confraternelle des Dentistes Français, réunis en Assemblée générale extraordinaire, le samedi 9 avril, 1932, à 18 heures 30, dans les locaux du Grand Palais à Paris, décident que le reliquat des fonds disponibles, ainsi que les titres formant le fonds de réserve devront être versés à la Caisse de Prévoyance de l'A. G. S. D. F. et du S. C. D. F. (Sociétés ayant récemment conclu une convention) ».

### AMICALE DES DENTISTES MILITAIRES DE RÉSERVE DE LA XVII<sup>e</sup> RÉGION

*Assemblée générale du 6 Mars 1932*

L'assemblée générale annuelle de l'Amicale des Dentistes Militaires de Réserve de la 17<sup>e</sup> Région s'est tenue le 6 mars 1932 à Toulouse, sous la présidence de M. Dehillotte, vice-président de l'Amicale, assisté des membres du bureau.

La séance est ouverte à 9 h. 45 en présence de nombreux adhérents venus des départements des 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> Régions.

Lecture d'une lettre d'excuses et de regrets du président, M. Debat, retenu à Paris.

Après lecture du procès-verbal de l'assemblée constitutive et du compte rendu du trésorier, le président expose l'évolution de l'Amicale, qui groupe maintenant plus de quarante membres actifs, ce qui la met, après six mois d'existence, parmi les plus importants des groupements des Dentistes Militaires.

Il expose ensuite les démarches du président auprès du Directeur du Service de Santé de la 17<sup>e</sup> Région, du Directeur de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé, concernant les conférences spéciales et les résultats obtenus.

Il fait part du degré d'avancement de la loi, et rend compte en détail de l'assemblée générale de la Fédération tenue à Paris, le 22 novembre 1931.

Des vœux sont présentés par MM. Bollinelli, Mansoutre, Dehillotte, discutés, modifiés et adoptés. Les uns concernent la création de Dentistes militaires officiers de carrière, avec services complets en temps de paix ; la création d'une école spéciale pour les Dentistes auxiliaires de réserve ; ou l'autorisation de suivre les cours des Écoles de perfectionnement des officiers du Service de Santé avec les mêmes avantages accordés aux autres sous-officiers.

Les autres concernent l'habilitation à la délivrance des prestations aux maxillo-faciaux et l'emploi avec droit de priorité des Dentistes militaires mutilés et anciens combattants dans les services de l'Etat.

On passe ensuite au vote pour le renouvellement du bureau.

Sont élus pour trois ans :

*Président* : Debat ; *Vice-Présidents* : Dehillotte, Bollinelli, Pacou ; *Secrétaire* : Villas ; *Trésorier* : Syrieyx.

*Conseillers* : Cassaigne (Lot-et-Garonne) ; Jaeger (Lot) ; Juppé (Gers) ; Laborde (Tarn-et-Garonne) ; Marvel (Ariège) ; De Montauzon (Aveyron) ; Mansoutre (Hérault).

*Délégué permanent à la Fédération : Dehillotte.*

M. André avait avant le vote exprimé ses regrets de ne pouvoir continuer à assumer les fonctions de trésorier.

Le Président, tout en regrettant sa décision, l'assure de toute la sympathie des membres du bureau avec qui il collabore depuis la création de l'Amicale.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi et demi.

#### PREMIER BANQUET

Ce banquet a eu lieu le dimanche 6 mars, après l'assemblée générale, à 13 heures, au Restaurant Lafayette, à Toulouse, sous la présidence de M. Dehillotte.

Au champagne, le président présente les excuses du médecin général Lafforgue, directeur du Service de Santé de la 17<sup>e</sup> Région ; du médecin lieutenant-colonel Fontan, directeur de l'École de perfectionnement des officiers de réserve du Service de Santé.

Il remercia tous les camarades venus des départements limitrophes et éloignés, les encouragea à faire une propagande active parmi les jeunes dentistes militaires et en insistant sur la création d'une Amicale dans chaque région.

Il félicita tout particulièrement notre actif et dévoué secrétaire.

En excusant les absents, il termina en souhaitant de voir les membres toujours réunis plus nombreux.

---

### ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES COMMUNS AUX QUATRE ÉCOLES  
*qui auront lieu au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue  
des Ecoles, aux dates et heures ci-après :*

*Dimanche 22 mai 1932, à 9 heures 30 : Exercice pratique par M. le Médecin-Colonel Schickelé, chef de la Section Technique du Service de Santé.*

*Dimanche 19 juin 1932, à 9 heures 30 : « Les Evacuations sanitaires par eau ». — Exercice pratique par M. le Médecin commandant Sabrie, de la Section technique du Service de Santé.*

*Le Médecin Lieutenant-Colonel NICARD,  
Directeur de l'Ecole de Perfectionnement des Officiers  
de réserve du Service de Santé du G. M. P.*

RÉGION MILITAIRE DE PARIS  
DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ  
*Hôtel des Invalides (7<sup>e</sup>)*

-O-

A. S. — *Conférences aux Candidats  
à l'emploi de Dentiste auxiliaire*

Paris, le 6 mai 1932.

Le Médecin Général Inspecteur  
CADIOT, Directeur du Service de  
Santé de la Région Militaire de  
Paris,

A M. le Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris,  
45, Rue de la Tour d'Auvergne, Paris.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que des Conférences vont être prochainement organisées dans la Région de Paris, en vue de faciliter aux Etudiants en



Art dentaire désireux de prendre part à l'examen d'aptitude au grade de Dentiste auxiliaire de réserve la préparation de cet examen.

Les conditions à remplir pour être nommé au grade de dentiste auxiliaire sont les suivantes :

- 1<sup>o</sup> Posséder au moins 8 inscriptions validées.
- 2<sup>o</sup> Appartenir au service armé ou au service auxiliaire.
- 3<sup>o</sup> Avoir subi, avec succès, l'examen d'aptitude.

Les candidats qui réunissent les conditions n<sup>o</sup> 1 et 2 ci-dessus devront adresser d'urgence une demande de nomination au Directeur du Service de Santé de la Région de Paris (Hôtel des Invalides).

Un certificat de scolarité, délivré par la Faculté, devra être joint à cette demande.

La liste d'inscription sera close le 15 juin 1932.

Les conférences, au nombre de 8, auront lieu à l'Hôpital Militaire Villemin, 8, rue des Récollets, les mardi et vendredi, à 17 h. 30 à partir du vendredi 3 juin inclus au mardi 28 juin 1932 inclus.

L'examen d'aptitude aura lieu à l'issue de ces conférences à une date qui sera fixée ultérieurement.

Je vous serais obligé de bien vouloir porter ces dispositions à la connaissance des étudiants en Art dentaire de la Faculté de Paris.

Veuillez agréer, etc...

P. O., le Médecin Général GEYSEN,  
Sous-Directeur.

## NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

### SERVICE DE SANTÉ (Réserve)

Par décret du 15 mars 1932, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

#### *Au grade de dentiste militaire de 2<sup>e</sup> classe :*

Les dentistes auxiliaires titulaires du brevet de préparation militaire supérieure ci-après désignés (Rang du 15 mars 1932) :

MM. Arnon (Pierre-Paul-René). — Aubert (Jacques-Eugène). — Bravet (André-Marius-Paul). — Bronfen (Maurice). — Coustaing (Pierre-Henri-Georges). — Deprez (Félix-Charles). — Gercet (Pierre). — Paul (Henri-Louis-Adrien). — Samuel (Jean-Paul). — Toutain (Gaston-Pierre-Louis-Victor). — Laforce (Lucien-Victor). — Cluis (Louis-Marcel). — Donnat (Maurice). — Laude (Marcel-Armand-Casimir). — Molho (Raymond-Albert). — Naufle (Yves-Louis). — Pelletier (Pierre-Alexandre-Léon). — Abat (François-Pierre). — Boeglia (Léon-Joseph). — Dehouck (Victor-Joseph-Henri). — Fenard (Marc). — Laisne (Albert-Emile). — Noël (Robert-Léonce-Paul-Lubin). — Rigolet (René-Raymond-Victor). — Satin (Roger-Etienne). — Callier (Paul-Marie-Louis). — Mouly (Edmond-Pierre-Cyprien). — Mosser (Pierre). — Naude (Maurice-Louis-Gabriel). — Raynaud (Raoul-Maurice-André). — Danière (Robert-Paul-Georges). — Maignien (Jean-Gabriel-Maurice). — Cruard (Jean-Julien). — Brignon (Pierre-Gustave-Antoine). — Barthélemy (Roger-Jean-Baptiste). — Muzellec (Pierre). — Lintanff (Auguste-Jean-Louis). — Fleuriel (André-Léon). — Binois (Jean-Charles-Louis-Marie). — Abraham (Emile-Joseph). — Arènes

(Paul-Raymond). — Noyeau (Armand). — Miles (Marcel-René-Louis-Julien). — Poulain de la Fosse (David-Roger-Jérémie). — Boiron (Auguste-Marcel). — Richard (André-Alexandre-Marie). — Barotte (Robert-Georges). — Thomas (Louis-Emile). — Perricaudet (Robert-Henri-Maximilien). — Ouvrard (Jean-Louis-Hubert). — Lemaire (Christian-Louis-Emmanuel). — Geret (Pétrus-Gaston). — Bourenne (Henri-Gabriel). — Hibon (Marie-Théodore-Eugène-Lucien). — Miller (Georges-Edmond). — Richard (Michel-André-Paul). — Testard (Roger-Aimé-Edmond). — Veistroffer (Pierre-Roger-Ernest). — Robin (Maurice-Gabriel). — Théodoly-Lannes (André-Jean-Baptiste). — Pasqual dit Pascal (Charles-Henri). — De Bièvre (Jean-Georges). — Burckbuehler (Lucien-Ernest). — Colignon (Georges-Emile-François-Alex.). — Francin (Pierre). — Périgaud (Roger-André). — Prévot (Renaud-Léonard). — Reboulet (Michel-Pol-Lucien). — Sachs (Charles-Joseph). — Vouriot (Maurice-Marie-Félix). — Grolleau (Gaston-Henri-Antony). — Acquaviva (Raphaël). — Bricheteau (Etienne-Abel-Augustin). — Delbart (Charles-Jules-Edmond-Robert). — Germain (Pierre-Alfred-Alphonse). — Perreaut (Claude-Jean-Adolphe). — Borderie (Marc-Raymond).

*Au grade de dentiste militaire de 2<sup>me</sup> classe :*

Les dentistes auxiliaires non titulaires du brevet de préparation militaire supérieure ci-après désignés (Rang du 20 mars 1932) :

Bouillot (Albert-Eugène-Pierre). — Letteri (Georges). — Lejeune (Pierre-Victor-Félix). — Leibovici (Samuel). — Levinsohn (Charles). — Schein (Roger-Samuel).

(*Journal Officiel*, du 20 mars 1932).

---

## NÉCROLOGIE

---

### JULES ABRAND

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Jules Abrand (d'Enghien-les-Bains), membre pendant de longues années de l'A. G. S. D. F., survenu le 7 mai, dans sa 50<sup>e</sup> année.

Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille.

---

## NOUVELLES

---

**Mariages.** — Le mariage de M. Pierre Aillerie, chirurgien-dentiste, avec M<sup>lle</sup> Suzanne Prévotet, a été célébré le 26 avril.

Le mariage de M. Jean Valtat, élève de 3<sup>e</sup> année de scolarité à l'E. D. P., avec M<sup>lle</sup> Marie-Louise Nessi, a été célébré le 7 avril.

Félicitations et vœux de bonheur.

---

**Naissances.** — M<sup>me</sup> et M. Martin, de Soissons, membre de l'A. G. S. D. F. nous font part de la naissance de leur fils Jean-José.

M<sup>me</sup> et M. Christian Joly (de Calais) nous font part de la naissance de leur fils Alain.

M<sup>me</sup> et M. R. Joly (de Calais) nous annoncent la naissance de leur fille Monique.

Nous leur adressons nos félicitations.

---

### CROISIÈRE DES GRANDES VACANCES EN MER BALTIQUE

Le Comité des *Croisières Médicales Françaises* a fait affréter directement pour lui le paquebot *Cuba*, de 14.000 tonnes, un des plus récents paquebots à mazout de la Compagnie Générale Transatlantique.

Le *Cuba* partira du Havre le 14 juillet pour les fjords de Norvège les plus caractéristiques : *Koperwick, Bergen, Le Songfjord, Gudvangen, Balholm, Loen* et *Oslo*, la capitale.

Après avoir touché l'*Ile de Gotland* à *Wisby*, le *Cuba* mouillera deux jours à *Stockholm* avant de gagner la *Finlande*, où les deux escales de *Abo* et de *Wiborg* permettront une excursion au *Lac Saima* et aux chutes de l'*Imatra*.

Mettant le cap sur *Leninegrad*, le *Cuba* terminera son voyage par les escales de *Tallinn, Dantzig, Copenhague*, pour être de retour au Havre le 4 août.

Le Prof. Chasles qui a vécu longtemps dans les Pays Nordiques et en Russie, rappellera en quelques causeries pendant la traversée, la légende, l'histoire et la civilisation des pays parcourus.

Organisé sous le patronage du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris et de nombreux Doyens et Professeurs des Facultés de Paris et de Province, le second voyage du Comité des *Croisières Médicales Françaises* a pu être établi dans des conditions exceptionnellement avantageuses. Le nombre des passagers est limité à 200 premières à partir de 3.500 francs, pour un voyage de vingt-deux jours.

Quelques places de secondes sont réservées plus spécialement aux jeunes pour 2.700 francs.

Les élèves des hôpitaux bénéficieront d'une réduction de 50 % sur les places de la classe de seconde.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des *Croisières Médicales Françaises*, 9, rue Soufflot, à Paris. Téléphone : Odéon 20-63.

Les demandes seront classées d'après leur ordre d'arrivée.



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les établissements d'enseignement dentaire

616.314.16.3

*La Société d'Odontologie de Paris avait mis à l'ordre du jour de sa réunion du 2 février 1932 l'Organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les Etablissements d'enseignement dentaire.*

*L'étude de cette question a commencé par l'exposé du rapport présenté par M. G. Martinier au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire international, suivi d'un rapport de M. le Dr Pont, directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon, en collaboration avec M. Raton, professeur à cette école, puis d'un rapport de M. Marmasse, professeur suppléant à l'Ecole Odontotechnique.*

*Nous les publions ci-après, ainsi que la très intéressante discussion qui a suivi. Cette importante séance fut ouverte par cette courte allocution de M. Lubetzki, Président de la Société d'Odontologie :*

Mes chers Confrères,

La réunion de ce soir doit discuter une question extrêmement importante, celle de l'organisation du traitement des racines et des canaux dans les établissements d'enseignement dentaire. Cette question avait déjà été posée à la Section de dentisterie opératoire du VIII<sup>e</sup> Congrès et on peut être étonné que nous l'ayons posée à nouveau ce soir devant la Société d'Odontologie. Nous avons voulu du terrain international porter cette question sur le terrain national pour que toutes les Écoles ou un certain nombre d'Écoles dentaires françaises qui suivent un enseignement presque identique puissent la discuter et peut-être essayer d'apporter une solution à ce problème complexe, extrêmement difficile à résoudre.

Pour l'instant, nous nous félicitons d'avoir suggéré cette réunion, puisque nous avons cinq représentants de quatre Écoles dentaires qui vont venir ce soir apporter leurs vues sur ce problème important.

Je tiens à remercier M. le D<sup>rs</sup> Caumartin, Directeur de l'École Dentaire de Lille ; MM. les D<sup>rs</sup> Pont et Raton, délégués par l'École de Lyon ; M. Marmasse, délégué de l'École Odontotechnique et M. Georges Martinier, délégué de l'École Dentaire de Paris, qui ont bien voulu accepter de venir nous apporter leurs vues sur ce problème.

Mais ce qu'il y a de plus important et ce qui donnera probablement une valeur plus grande à cette réunion, c'est que ces orateurs ne sont pas venus ici en leur nom personnel, mais qu'ils ont été délégués par leurs Écoles. Ils vous diront à tour de rôle, vous apporteront ce qui se fait actuellement dans leurs Écoles et ce qui devrait se faire.

Le problème ainsi sera posé ; nous ne savons pas si nous le résoudrons, mais un pas sera fait et nous arriverons peut-être un jour à une solution.

Nous avons pensé que cette question devait être traitée non pas sur le terrain scientifique, mais au point de vue pédagogique.

Ce n'est pas simplement à des professionnels qui sont déjà habitués, qui ont une technique parfois personnelle ou qui même sourient lorsqu'on leur présente de nouvelles méthodes, mais c'est aux étudiants même qu'il faut inculquer les nouvelles méthodes, les nouvelles tendances de la profession. Les Écoles ont une certaine responsabilité dans leur formation professionnelle.

Je vous remercie tous d'être venus si nombreux et je vais donner la parole, après entente avec les orateurs, d'abord à M. Georges Martinier, qui a fait un rapport au Congrès International. Il est probable que l'École de Lyon et l'École Odontotechnique argumenteront ce rapport ; il est donc préférable que ce soit M. Martinier qui prenne la parole en premier.

#### **LES MOYENS A PRÉCONISER POUR L'ORGANISATION RATIONNELLE DU TRAITEMENT ASEPTIQUE DES CANAUX RADICULAIRES DANS LES ÉCOLES DENTAIRES**

Par M. G. MARTINIER,

*Professeur à l'École Dentaire de Paris.*

Il y a quelques années eurent lieu en Amérique des discussions retentissantes au sujet des foyers apexiens, que l'on voulait systématiquement imputer au traitement des canaux radiculaires.

De ce fait, la profession se trouva divisée en deux camps : les conservateurs et les avulsionnistes. Quelques années après, la stricte observation des faits cliniques, l'examen des diverses méthodes employées, l'usage de plus en plus intensif de la radiographie, et aussi le contrôle bactériologique amenèrent une heureuse réaction et les conservateurs l'emportèrent.

De ces discussions, il est apparu que la plupart des foyers apexiens étaient dus à un défaut de méthode, à une technique peu rigoureuse, et surtout à

l'absence d'une asepsie chirurgicale adaptée à cette opération qu'est la pulpectomie.

Lorsqu'on pense que, tant que la dentisterie ne sera pas prophylactique, les traitements radiculaires seront à la base même de nos interventions, tant au point de vue de la dentisterie conservatrice qu'au point de vue prothétique, on est amené à cette conclusion qu'il faut de toute nécessité réformer nos méthodes, et nous conformer aux principes admis en grande chirurgie, principes basés sur la stricte observation de la stérilité absolue de notre instrumentation.

Il importe donc de rechercher les moyens par lesquels on arrivera à éduquer le futur praticien et à faire en sorte que cette éducation chirurgicale s'impose à lui dans toute sa carrière professionnelle. Ecrire dans tous les ouvrages classiques que le traitement des canaux doit être strictement aseptique, est bien ; mais donner à l'étudiant un enseignement approprié à cette pratique chirurgicale, est mieux.

S'il est aisé, pour chaque praticien, au sortir de l'École, de pouvoir établir une organisation dans ce but, organisation essentiellement variée d'ailleurs, il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas de même pour les Écoles Dentaires.

C'est la raison pour laquelle le comité d'organisation de ce congrès nous a fait le grand honneur de nous confier la rédaction d'un rapport en vue d'étudier les moyens à préconiser pour l'organisation rationnelle du traitement aseptique des canaux radiculaires dans les Écoles Dentaires.

*Documentation* : Afin de nous documenter sur ce qui pourrait exister, nous avons adressé aux Écoles Dentaires de différents pays le questionnaire suivant :

I. — Existe-t-il dans votre École un service spécialement organisé pour le traitement aseptique des canaux radiculaires ?

II. — S'il en existe, comment fonctionne-t-il ?

III. — Depuis quand ce service est-il créé ?

Sur quinze questionnaires adressés, treize réponses nous sont parvenues.

De ces réponses, il résulte que :

a) Quoi qu'il en soit des méthodes préconisées, une chose domine sur laquelle l'accord s'est fait de façon unanime : c'est la nécessité d'une asepsie rigoureusement chirurgicale.

b) Que pour des raisons diverses, et surtout d'ordre budgétaire, et bien qu'un projet d'organisation soit à l'étude, il n'existe pas d'organisation réelle et rationnelle de services spéciaux pour ces traitements, sauf, à notre connaissance, dans deux Écoles des Etats-Unis (Université de Pensylvanie et la Northwestern University de Chicago).

Bien qu'au point de vue thérapeutique il existe une différence essen-



tielle entre une dent atteinte de pulpite et une dent atteinte de gangrène pulpaire, c'est volontairement que nous ne ferons pas de distinction au point de vue de la stérilisation du matériel opératoire et des objets de pansement.

Quels sont les différents points à envisager pour réaliser l'asepsie chirurgicale en matière de traitements radiculaires ?

#### I. — LE CHAMP OPÉRATOIRE

Avant de passer en revue le matériel opératoire et les moyens à préconiser pour sa stérilisation rigoureuse, absolue, il y a lieu d'envisager, tout comme en chirurgie générale, le *champ opératoire*.

Là, le problème est assez simple à résoudre.

Il va sans dire que la bouche aura été soigneusement nettoyée, préalablement à tout traitement, que la dent sur laquelle doit porter l'intervention, ainsi que les voisines, seront comprises dans la digue, seul moyen véritablement efficace de s'isoler du milieu buccal.

La digue sera utilisée après nettoyage au savon et maintenue stérile, ainsi que la soie floche, dans un bocal à atmosphère antiseptique, contenant du trioxyméthylène associé au tungstate de soude.

*Instrumentation pour la pose de la digue* : Elle comporte : la pince à clamps, les clamps, la pince emporte-pièces, des ciseaux, des poids à digue.

Tous ces instruments devront être stérilisés, soit par la chaleur sèche ou par l'ébullition, mais il importe surtout que les clamps qui sont en contact direct avec la muqueuse soient maintenus en état d'asepsie jusqu'au moment de leur utilisation. Ils seront conservés dans des tubes de verre ou dans des boîtes métalliques.

Les dents comprises dans la digue, ainsi que la digue elle-même qui entoure les dents, seront nettoyées à l'aide de teinture d'iode, ou mieux à l'aide d'une solution composée de trois parties d'alcool et d'une partie de chloroforme.

La pompe à salive, complément indispensable de la digue, assurera le confort du malade. Elle sera en verre de préférence, plutôt qu'en métal, parce que plus légère et mieux tolérée par le patient. Elle doit être l'objet de soins particuliers, en raison des possibilités d'infection qu'elle offre, et sa stérilisation sera assurée par immersion prolongée après savonnage et lavage, dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1/1000 ou mieux en la faisant bouillir.

#### II. — STÉRILISATION DU MATÉRIEL OPÉRATOIRE

C'est là que le problème devient moins aisé à résoudre.

Nous diviserons ce matériel opératoire en :

- 1<sup>o</sup> Matériel opératoire général.
- 2<sup>o</sup> Matériel opératoire spécial, ou canaliculaire.
- 3<sup>o</sup> Objets de pansement.

*Matériel opératoire général.* — Nous dirons qu'il est constitué par des instruments à « manches longs ».

Ce sont : les sondes exploratrices ;  
les ciseaux à émail ;  
les précelles ;  
les miroirs ;  
les fouloirs à canaux ;  
les excavateurs Cuiller ;  
les fouloirs à matières obturatrices.

Ces divers instruments relèvent de la stérilisation ordinaire, c'est-à-dire qu'ils seront stérilisés, soit par la chaleur sèche, soit par l'ébullition. Au moment de leur emploi, ils seront disposés sur un plateau rendu préalablement stérile par un flambage à l'alcool.

Au cours de l'intervention, ils pourront être trempés dans l'alcool, et passés à la flamme, deux ou trois fois.

*Matériel opératoire spécial ou canaliculaire.* — Il comporte des tire-nerfs barbelés fins, moyens et gros, des broches de Kerr assorties, des Beutelrok de divers calibres (pour angle droit et pour pièce à main).

En ce qui concerne les tire-nerfs barbelés, nous pensons que le moyen le plus sûr d'assurer leur stérilisation consiste à les disposer dans de minces tubes de verre, fermés à la flamme, avant la stérilisation.

Cette stérilisation est assurée par l'étuve sèche, à une température d'environ 130 à 140 degrés, durant vingt minutes. Il est possible de préparer à l'avance un grand nombre de ces tubes qui demeureront stériles, jusqu'au moment de l'usage. Ces tubes sont ouverts au moyen d'un trait de lime, tout comme s'il s'agissait de sectionner une ampoule de verre contenant une solution anesthésique, en prenant bien soin toutefois de faire en sorte que la section se produise vers le manche du tire-nerfs, de façon à le saisir sans exposer la pointe à aucune souillure.

En ce qui concerne les broches de Kerr et les Beutelrock, nous estimons que le meilleur moyen d'assurer leur stérilisation est de placer chaque instrument, isolément, dans un tube de verre dont l'extrémité supérieure est fermée, au moyen d'un tampon de coton non hydrophile, peu serré. Ces tubes sont soumis à la stérilisation à la chaleur sèche, et enfermés ensuite dans une boîte métallique à atmosphère antiseptique.

La même méthode sera utilisée pour les instruments destinés à l'obturation du canal, tel que les bourre-pâte de forme hélicoïdale de Lentulo.

### III. — OBJETS DE PANSEMENT.

Ils consistent :

a) En *mèches d'ouate* enroulées à l'avance autour d'équarrissoirs ou de sondes lisses.

Ces mèches de calibres différents sont disposées dans des tubes de verre fermés par un tampon d'ouate non hydrophile, peu serré. Ces tubes sont soumis à la stérilisation.

Au moment de leur emploi, ces mèches seront versées dans de petits plateaux rectangulaires, en métal ou en porcelaine, préalablement flambés à l'alcool. Il est impossible, en effet, d'admettre que le traitement des canaux radiculaires puisse être pratiqué à l'aide de mèches fabriquées au moment de leur emploi. — Nous ne saurions trop nous élever contre cette pratique déplorable, et en antagonisme absolu avec les méthodes chirurgicales.

b) En *boulettes d'ouate* de grosseurs différentes, préparées à l'avance, placées dans des tubes de verre fermés par un tampon de coton non hydrophile, et portés à l'autoclave.

c) En *mèches absorbantes*, genre Johnson, enfermées également dans des tubes de verre et portés à l'autoclave.

d) En *plaques de verre* destinées à préparer soit une obturation temporaire, soit une obturation de cavité pulpaire, soit une obturation radiculaire. — Ces plaques seront soigneusement flambées au moment de leur emploi.

e) En *spatules métalliques* destinées à assurer la malaxation des pâtes obturatrices ou des ciments. Elles seront stérilisées à la flamme.

f) Les *pâtes obturatrices*, constituées le plus souvent par des poudres, seront stérilisées par le procédé de la tyndallisation qui nécessitera environ trois chauffes successives d'une durée de trente minutes, à intervalle de vingt-quatre heures, de façon à respecter le point de fusion souvent peu élevé de certains composants de ces poudres.

Un autre procédé consistera à chauffer au-dessus de la flamme une cuiller aplatie en forme de spatule sur laquelle on aura disposé les poudres constituant le mélange.

g) En petits morceaux de *gutta-percha*. Ceux-ci sont trempés dans l'alcool, puis présentés à la flamme. La température que donne l'alcool en ignition suffira à donner une plasticité suffisante à la gutta.

h) En *cônes de gutta*. Leur asepsie absolue est difficile à réaliser, et c'est la raison pour laquelle ils sont de plus en plus abandonnés.

Ils seront conservés dans un flacon stérile, avec bouchon vissé. La partie inférieure de ce bouchon sera évidée, et contiendra un tampon d'ouate imbibé de quelques gouttes de crésol ou de dichloramine T. Chaque cône sera saisi, au moment de l'emploi, avec des précelles stériles.

i) En *flacons stilli-gouttes* contenant les médicaments utilisés en thérapeutique radiculaire. Le liquide sera versé dans un godet préalablement aseptisé par flambage à l'alcool, et en aucun cas, un instrument ne devra pénétrer dans un flacon.

Après avoir passé en revue les moyens de réaliser l'asepsie du champ



opératoire, du matériel opératoire général et spécial, et le matériel de pansement, il nous reste à envisager dans quelles conditions ils peuvent être réalisés dans les Écoles Dentaires.

Examinons quelles sont les conditions actuelles dans lesquelles se font les traitements radiculaires. D'une façon à peu près générale, ces traitements se font dans une salle où se pratiquent indistinctement toutes les opérations ressortissant de la dentisterie opératoire (nettoyages, préparation de cavités, obturations diverses, aurifications, incrustations métalliques, amalgames, etc.). Attenant à cette salle, il existe un service de stérilisation.

Les instruments courants, dits à manches longs, sont enfermés dans des étuis métalliques ajourés, et remis par l'étudiant à la préposée à la stérilisation. Au moment de l'usage, ces instruments sont disposés dans des plateaux préalablement flambés.

Mais en ce qui concerne les instruments canaliculaires, la stérilisation devient complètement illusoire dans la plupart des Écoles.

Depuis quelques années, un effort dans ce sens a été tenté par l'École dentaire de Paris.

C'est ainsi que chaque étudiant est requis de disposer dans des tubes de verre, des tire-nerfs, des broches de Kerr et des sondes montées. Les différents tubes sont enfermés dans des boîtes métalliques qui sont ensuite scellées, puis remises au service de stérilisation pour être passées à l'autoclave. Les boîtes ne doivent être ouvertes qu'au moment de l'emploi, et le sceau ne doit être brisé par l'étudiant qu'en présence d'un membre du corps enseignant. Afin de stimuler le zèle des étudiants, il a été constitué un concours annuel d'asepsie, dans les traitements radiculaires, avec contrôle bactériologique et radiographique.

Nous pensons que, malgré ces louables efforts, il y a mieux à faire encore.

À notre sens, il faudrait envisager :

1° *L'aménagement d'une salle spécialement réservée aux traitements des canaux radiculaires.* — De cette façon, les étudiants qui s'y trouveraient réunis seraient soumis à une surveillance bien plus effective que lorsqu'ils se trouvent dans une salle où se donnent indistinctement tous les soins de dentisterie opératoire.

Cette salle devrait être aménagée spécialement et comprendre, outre les stérilisateurs à eau bouillante en usage dans les autres services, des stérilisateurs à air chaud, pour les instruments canaliculaires et les objets de pansement qui exigent des garanties de stérilité absolue (coton, sondes, équarrissoirs, broches de Kerr, Beutelrock, bourre-pâte, etc.). Chaque étudiant devra être muni de boîtes métalliques dans lesquelles seront enfermés les tubes de verre genre tubes à essais, fermés par un tampon de coton non hydrophile, préalablement garnis de toute l'instrumentation spéciale canaliculaire. Ces boîtes renfermeront également des tubes de verre contenant des

tampons d'ouate, les poudres pour obturations radiculaires. Après scellement par une bande, elles seront remises à l'infirmière préposée à la stérilisation, les heures de stérilisation étant fixées à l'avance.

Les boîtes ne seront ouvertes qu'au moment de l'usage. Les instruments stérilisés à l'eau bouillante seront disposés dans des plateaux flambés.

Toutes ces manœuvres sont réalisables et exigent seulement une organisation de la part de l'étudiant qui continuera à les observer durant sa vie professionnelle ; c'est pourquoi il nous semble préférable que ce soit l'étudiant lui-même qui prépare son instrumentation, en vue de pratiquer des opérations aseptiques, plutôt qu'il ne soit approvisionné de ce matériel stérile, par les soins de l'École elle-même.

Il existe aux Etats-Unis un stérilisateur d'un genre spécial, en service à l'École dentaire de l'Université de Pensylvanie. Ce stérilisateur qui fonctionne de façon continue, durant les heures de clinique, contient du métal en fusion, dans lequel les instruments sont immergés très peu de temps. C'est ainsi, par exemple, que les instruments canaliculaires demandent environ cinq secondes pour être stérilisés, que les fraises demandent vingt secondes, que les pointes de papier absorbant demandent dix secondes.

Pour éviter que le métal en fusion ne s'attache aux instruments, on enduit préalablement ceux-ci d'huile de paraffine.

Nous nous proposons de nous documenter à ce sujet, car ce procédé de stérilisation apparaît *a priori* comme le plus simple et d'application facile dans les écoles dentaires.

II. — Il nous apparaît souhaitable qu'un personnel enseignant plus particulièrement spécialisé dans les traitements radiculaires soit attaché à ce service. En effet, si l'enseignement dentaire tend de plus en plus à l'unification, il semble qu'elle soit plus nécessaire encore dans cette branche de notre spécialité.

Des démonstrations fréquentes seront faites : mais pour qu'elles puissent produire leur plein effet, il est nécessaire qu'elles soient faites en s'entourant de toutes les précautions minutieuses qu'exigent les interventions portant sur les canaux.

III. — Il est nécessaire que la radiographie et la bactériologie soient en relations étroites, constantes, avec ce service spécial. Ainsi, l'étudiant, devant ce contrôle, serait encouragé à suivre une technique rigoureusement chirurgicale.

Toute obturation radiculaire devrait être précédée du contrôle bactériologique.

Toute obturation radiculaire devrait être suivie du contrôle radiographique.

Un certain nombre d'épreuves bactériologiques seraient faites par l'étudiant lui-même, les autres étant confiées au service de bactériologie.

IV. — Chaque étudiant devrait être muni d'un résumé extrêmement détaillé concernant le traitement des canaux, résumé auquel il devrait se reporter strictement en toutes occasions, tant au point de vue de la stérilisation du matériel, que de la technique proprement dite.

Nous espérons que ce modeste rapport suscitera des discussions intéressantes, et qu'il en sortira une organisation susceptible d'assurer rationnellement dans les Écoles dentaires la pratique des manœuvres aseptiques dans les traitements radiculaires.

## DE L'ORGANISATION RATIONNELLE DU TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

Dr PONT,	Par	M. RATON,
Directeur	et	Secrétaire général
de l'Ecole Dentaire de Lyon.		de l'Ecole Dentaire de Lyon.

« Mieux vaut une tête bien faite  
qu'une tête bien pleine ».

MONTAIGNE.

### I. — INTRODUCTION, CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Avant d'organiser, dans une Ecole, l'enseignement d'une méthode thérapeutique, il est indispensable d'adopter une méthode classique, scientifique et il est nécessaire d'en fixer les différentes modalités.

D'autre part, dans une étude comme celle-ci, ce n'est pas tant les divers traitements que nous avons à envisager, mais plutôt l'organisation de leur enseignement dans les Ecoles ou les Facultés. Par conséquent, nous ne ferons ni revue générale, ni étude comparée des différentes méthodes thérapeutiques. Nous nous contenterons d'établir une discrimination parmi ces traitements, les uns ayant fait leurs preuves depuis longtemps et étant devenus classiques, les autres, pour une raison quelconque, n'étant pas encore admis dans la pratique courante.

Enfin, il est inutile de faire remarquer que nous devons, dans tout notre enseignement, éliminer les méthodes basées sur l'emploi de médicaments empiriques ou dont les formules sont inconnues. Bien souvent ces méthodes sont contraires aux lois de la thérapeutique générale et de la pathologie et en fin de compte constituent, pour les élèves, une négation des principes qu'on a cherché à leur inculper.

A l'Ecole Dentaire de Lyon, nous avons fait adopter, par la Commission scolaire, une méthode classique, dont les principes et les détails ont été clairement exposés dans un petit livret scolaire par notre collègue Vicat. Cette



méthode est enseignée, à l'exclusion de toute autre, aux élèves de première année. Au début de leurs études, les étudiants ne peuvent pas apprécier l'opportunité de tel ou tel traitement. Ils n'ont pas les connaissances générales pour comprendre et discuter telle ou telle théorie ; il faut leur donner une base sûre et solide. Cet enseignement du début, nous ne cessons de le répéter, doit être précis, méthodique, et laissera plus tard, pendant toute la vie du futur praticien, une empreinte qui sera utile et nécessaire pour lui et ses patients. Et si l'on veut nous permettre une comparaison, cet enseignement initial est analogue au premier pansement d'une plaie : l'avenir de celle-ci dépendant en majeure partie de la façon dont furent donnés les premiers soins.

Les méthodes de traitement que nous avons rangées dans le second groupe et qui ne sont pas encore classiques, devront, elles aussi, être enseignées à nos élèves ; mais elles seront réservées aux étudiants de fin de scolarité qui, ayant les connaissances suffisantes en pathologie et en thérapeutique, pourront les mettre en parallèle avec la méthode classique. Ils pourront dès lors, dans leur pratique future, utiliser leurs connaissances de façon scientifique et rationnelle. Ces méthodes, non classiques, feront l'objet de démonstrations particulières, mais ne seront pas érigées en méthode courante vis-à-vis des patients du dispensaire.

En somme, la méthode classique, acceptée par tous les professeurs, aura l'avantage d'instituer, au début des études, une uniformité dans notre enseignement. Cette uniformité permettra aux étudiants de faire de la dentisterie opératoire sans accident et sans incident, et aux professeurs d'enseigner avec l'autorité nécessaire et sans se contredire les uns les autres.

## II. — DIVISION DU SUJET.

Pour procéder par ordre et pour donner plus de clarté à notre argumentation, nous étudierons tout d'abord *le traitement rationnel des canaux radiculaires* et nous verrons ensuite comment nous pouvons l'enseigner à nos élèves ; cet enseignement comprenant un *enseignement théorique* et un *enseignement pratique*.

### I<sup>o</sup> TRAITEMENT RATIONNEL DES CANAUX RADICULAIRES.

Le traitement des canaux radiculaires sera envisagé selon l'état de la pulpe dentaire : pulpe non infectée ou pulpe dont l'infection s'est propagée aux filets radiculaires.

Dans cet exposé, nous ne parlerons pas de l'instrumentation nécessaire. Les rapports très documentés de nos confrères WALKER et MARTINIER sont suffisamment explicites sur ce sujet. Nous dirons cependant que pour enseigner ou pratiquer le traitement des canaux radiculaires, il n'est pas indispensable, à notre avis, d'avoir une salle spécialement réservée à cet effet.

Nous ne contesterons pas la valeur de cette organisation ; mais nous montrerons plus loin comment et pourquoi dans l'enseignement et dans la pratique courante, on peut s'en dispenser.

Nous ajouterons, en réponse au dernier paragraphe du rapport de notre confrère MARTINIER, que le Conseil d'Administration de l'Ecole Dentaire de Lyon a adopté depuis 1923 ce programme d'unification de l'enseignement de la dentisterie opératoire. Tout le corps enseignant doit s'y conformer rigoureusement. Cependant, l'initiative personnelle de chacun de nous est respectée sous la seule réserve que le professeur doit prendre auprès de l'élève la responsabilité et la surveillance de tout traitement nouveau ou spécial.

Enfin, dernière remarque, le traitement que nous avons adopté et résumé dans le carnet scolaire de l'élève n'a aucune prétention d'originalité et de supériorité. A l'épreuve, épreuve déjà si longue, il a montré des qualités de simplicité, de clarté et les résultats heureux obtenus grâce à lui par nos élèves ne sont pas au-dessous des statistiques les plus récentes.

Nous envisagerons successivement :

- 1° Le traitement des canaux radiculaires à pulpe non infectée ;
- 2° Le traitement des canaux à pulpe infectée ;
- 3° L'obturation des canaux.

#### 1° TRAITEMENT DES DENTS A PULPE NON INFECTÉE.

Pendant plusieurs années, nous nous sommes demandé si nous devions enseigner et préconiser à nos élèves la méthode décrite par WITZEL en 1874, puis réhabilitée et décrite par ROY, BARDEN, etc. En 1924, malgré l'opposition de quelques professeurs de l'Ecole Dentaire de Lyon, l'un de nous (1) a voulu que cette méthode soit considérée comme classique et enseignée d'une manière officielle. Ce mode de traitement est donc pratiqué par nos élèves.

Nous ne rentrerons pas dans les détails de ce mode opératoire, décrit actuellement dans tous les traités de dentisterie opératoire. Dans le traitement des pulpes non infectées, la pulpectomie coronaire ou amputation de la pulpe est indiquée lorsqu'il n'existe aucune contre-indication d'ordre local ou général. Nous admettons, quoique les avis soient encore bien partagés sur ce sujet, que la pulpectomie coronaire ne doit être employée que sur les dents multiradiculaires, les dents uniradiculaires ne possédant pas de ligne de démarcation entre la pulpe coronaire et la pulpe radiculaire. Dans la pulpectomie coronaire, nous sommes en présence d'une plaie non infectée, et ici, comme en chirurgie générale, l'antisepsie doit laisser la

---

(1) De la pulpectomie coronaire. M. RATON. *Province Dentaire*, 1923, page 199.

place à l'asepsie. Toutes les précautions à prendre en vue d'observer les règles de l'asepsie ont été minutieusement décrites par MARTINIER et nous adoptons sur ce point les termes de son rapport. Il faut surveiller, comme le recommandent d'ailleurs les traités de petite chirurgie, la stérilisation des instruments, des mains de l'opérateur et du champ opératoire. Mais, du point de vue qui nous occupe, les fautes les plus fréquentes et les plus graves contre l'asepsie sont dues à l'utilisation de coton septique ou mal stérilisé.

Pour opérer aseptiquement, nous stérilisons extemporanément le coton employé, soit sous forme de boulettes, soit sous forme de mèches enroulées autour d'un équarrissoir. Ce procédé que nous recommandons à nos élèves depuis que l'un de nous a attiré l'attention sur ce point, au Congrès de l'A. F. A. S. (Toulouse, 1905), consiste tout simplement à flamber, au moment de l'utilisation, la boulette ou la mèche de coton. Pour rendre la ouate ignifuge, on la trempe immédiatement avant de l'enflammer, dans une solution d'acide borique à saturation dans l'alcool à 90°.

## 2° TRAITEMENT DES DENTS A PULPE INFECTÉE.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une dent à pulpe infectée ou en voie de dégénérescence, la pulpectomie totale (coronaire et radiculaire) s'impose. En outre, si l'infection est ancienne, il y a toujours une infection plus ou moins profonde de la dentine qui entoure les canaux. Il résulte de ces données, deux grandes indications thérapeutiques :

1° Enlever les débris pulpaire et les corps étrangers qui obstruent plus ou moins le canal ou les canaux ;

2° Réséquer et désinfecter la dentine.

a) *Extirpation de la pulpe radiculaire ou de ses débris.* — L'élève place dans une cuvette flambée à l'alcool tous les instruments stérilisés qui lui seront nécessaires ; puis : pose de la digue ou de tout autre appareil suffisant pour se mettre à l'abri de la salive. Après avoir largement ouvert la cavité, après l'avoir débarrassée de toute partie cariée, il ouvre la chambre pulpaire dont on résèque tout le plafond avec une fraise à fissure. Défense dans la première séance de pénétrer dans les canaux à l'aide d'un instrument quelconque. Il place et laisse pendant vingt-quatre heures, dans la chambre pulpaire, un tampon de coton imbibé du mélange suivant :

Tricrésol	}	parties égales.
Formol		

Tous les pansements sont faits sous ciment provisoire pour éviter la compression.

A la séance suivante, extirpation des filets pulpaire radiculaires et pansement comme à la séance précédente.

Les canaux étant débarrassés de tout débris pulpaire ou de tout corps



étranger, nous passons à la résection et à la stérilisation de la dentine qui tapisse la lumière du canal.

b) *Stérilisation et résection de la dentine.* — La stérilisation est pratiquée par la méthode de Callahan ou de Siffre, complétée par l'air chaud et les vapeurs iodées ou formolées. Enfin, convaincus de ce précepte que ce qu'on enlève d'un canal importe plus que ce qu'on y mettra, on élargit la lumière radiculaire, prudemment mais assez largement, avec les instruments appropriés. Le professeur veillera à ce que l'élève, au cours du traitement chimique ou mécanique, ne pénètre pas au delà de l'apex. Le canal étant nettoyé, stérilisé, élargi, on passe à son obturation.

c) *Obturation des canaux.* — L'élève doit s'appliquer à obturer les canaux aussi *soigneusement que possible* jusqu'à l'apex. Nous utilisons, à cet effet, soit l'eugénate de zinc, soit une pâte au trioxyméthylène à 1/10. On complète l'obturation en enfonçant dans le canal un cône de gutta par une pression douce et lente pour ne pas refouler la pâte au delà de l'apex. On laisse la pâte qui a débordé dans la chambre pulpaire ; on obture au ciment provisoire et le patient est renvoyé à quinzaine pour laisser la dent en observation avant de l'obturer définitivement.

L'obturation du canal sera soumise au contrôle radiographique qui apportera aux élèves une documentation toujours intéressante, souvent indispensable à la bonne marche du traitement.

Voilà, résumée aussi brièvement que possible, la méthode que nous enseignons à nos élèves de première année.

Nous nous excusons de vous l'avoir exposée, même brièvement, mais cela nous permettra de mieux faire comprendre comment nous en avons réglé l'enseignement.

Celui-ci doit être examiné au double point de vue théorique et technique.

## 2<sup>o</sup> L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE.

D'après ce que nous avons cru nécessaire de dire sur le traitement des canaux radiculaires, il est facile de conclure que l'élève doit avoir un minimum de connaissances théoriques sur l'anatomie dentaire, la pathologie, la bactériologie et la thérapeutique. A tout cela nous devons ajouter des connaissances en électrothérapie et en physiothérapie si l'on veut que nos élèves, en fin d'études, connaissent certaines méthodes nouvelles appelées à rendre les plus grands services lorsqu'elles seront mieux connues. C'est ainsi que l'ionophorèse (que l'un d'entre nous a cherché à vulgariser il y a trente ans, sous le nom d'électrophorèse) (1), la diathermie, etc..., devront faire l'objet d'un enseignement complémentaire.

---

(1) De la cataphorèse ou électrophorèse en art dentaire. A. PONT, thèse de doctorat, Lyon, 1899.

Mais si nous n'envisageons que le traitement classique des canaux radiculaires, il n'en reste pas moins que l'élève doit connaître :

*L'anatomie dentaire* et plus particulièrement l'anatomie de la chambre pulpaire dont il apprendra le volume, la forme et la situation, par rapport à la face triturante de chacune des dents. De même, pour les canaux, il devra en connaître le nombre, les dimensions (longueur et calibre), la forme et enfin les anomalies possibles. Nous verrons tout à l'heure comment l'enseignement technique viendra appuyer toutes ces notions théoriques.

*La pathologie* : non seulement la pathologie dentaire, mais aussi la pathologie générale, la pathologie interne et externe devront être enseignées si l'on veut que nos étudiants abordent avec fruit l'étude du traitement des canaux.

Il en est de même de la *bactériologie*, soit générale, soit bucco-dentaire, dont l'élève devra posséder les éléments indispensables pour pouvoir non seulement entreprendre une thérapeutique rationnelle, mais pratiquer au besoin les recherches microbiennes qui pourront lui paraître utiles et même indispensables pour mener à bonne fin le traitement.

Enfin, c'est presque une vérité de La Palisse de dire que l'élève devra posséder des connaissances en *thérapeutique*, générale ou dentaire, afin de pouvoir utiliser, en toute connaissance de cause, les différents médicaments qui lui paraîtront indiqués dans tel ou tel cas.

Il est inutile d'insister sur ces idées qui sont banales, tellement elles sont vraies. Mais nous pourrions maintenant mettre bien mieux en relief nos devoirs d'éducateurs. Nos élèves de première année et même de deuxième année n'ont pas encore acquis entièrement toutes ces notions, et ne pourraient pas être admis à soigner des patients dans nos Ecoles, et surtout aborder le traitement de la pulpe et des canaux, si, avant de suivre les cours magistraux si nombreux et si importants que nous venons de signaler, on ne leur donnait pas, dès la première année, les notions générales, claires, précises, sur les sciences que nous venons d'énumérer. Cet enseignement élémentaire, quoique succinct et rapide, présente en outre l'avantage de rendre les cours magistraux plus compréhensibles et plus profitables aux élèves de seconde et de troisième année.

C'est pourquoi nous avons organisé, en plus de l'enseignement indiqué par la loi, et avant l'enseignement que nous appellerons magistral, si ce mot n'est pas trop ambitieux, nous avons organisé, disons-nous, tout un enseignement théorique pour les élèves de première année.

Un groupe de professeurs, de chefs de clinique ou de démonstrateurs, qui se réunissent de temps en temps de façon à uniformiser et contrôler cet enseignement, s'occupent des élèves de première année et, soit en des conférences théoriques, soit en des travaux pratiques sur le fantôme, leur apprennent cette méthode dont nous vous avons parlé trop longuement

peut-être. Cela permet à l'élève, même en première année, de commencer à suivre l'enseignement technique, à acquérir la dextérité indispensable à tout bon praticien, en dehors de tout empirisme. Dès la première année de scolarité, nos élèves sont entraînés, par conséquent, à opérer d'une façon rationnelle et sans commettre de faute contre l'asepsie.

Nous avons réservé pour la fin de ce paragraphe la question très importante de l'observation clinique. Pour la formation médicale, scientifique, et plus particulièrement pour le traitement de la pulpe et des canaux radiculaires, nous attachons la plus grande importance à l'observation clinique. Dans le carnet de travaux pratiques, qui est donné à chacun de nos élèves, se trouvent un résumé et un schéma d'observation de malade. Pour l'interrogatoire et l'examen de son patient l'élève n'a qu'à suivre, pas à pas, les règles qui lui sont indiquées. Il n'a qu'à poser les questions dans l'ordre où elles lui sont présentées. Très rapidement nos étudiants arrivent à donner une observation complète, sinon parfaite du malade. Tout élève, à qui un patient vient d'être confié, doit en prendre l'observation clinique. Cette observation est lue et corrigée par le professeur. Un minimum d'observations semblables est exigé à la fin de l'année scolaire.

Nous n'avons pas à décrire ici devant vous, Messieurs, l'importance de l'enseignement clinique. Elle a d'ailleurs été traitée de façon magistrale par Fourquet, de l'Ecole Odontotechnique.

Nous en arrivons maintenant à l'étude de l'enseignement technique.

### 3<sup>e</sup> ENSEIGNEMENT TECHNIQUE.

Messieurs, je ne vous ferai pas l'injure de parler devant vous de l'enseignement du fantôme. Cet enseignement est parfaitement organisé dans les trois Ecoles françaises reconnues d'utilité publique, et, d'autre part, ceux d'entre vous qui ont pu voir le fantôme que nous avons fait construire pour nos élèves, se rendront compte de toute l'attention et de toute la vigilance que nous avons apportées à Lyon pour résoudre ce problème. L'un de nous (1) a fait un rapport sur ce sujet au dernier Congrès Dentaire International, nous n'y reviendrons pas. Lorsqu'on fait de l'enseignement, on se rend compte rapidement que ces exercices pratiques sur le fantôme sont indispensables pour les professeurs, pour l'élève et leurs futurs patients. Pour les mêmes raisons que nous avons exposées dans nos considérations générales du début, et ici ces raisons s'imposent plus que partout ailleurs, l'enseignement sur le fantôme doit être particulièrement organisé. Dans notre Ecole, nul élève ne peut être admis à soigner un patient s'il n'a pas exécuté correctement sur l'appareil fantôme toutes les opérations de den-

---

(1) M. RATON. L'enseignement sur le fantôme. Présentation. Congrès dentaire international, 1931.



tisterie ou de prothèse de cabinet qu'il devra exécuter ensuite sur des patients en deuxième et troisième année, et s'il n'a pas subi avec succès les épreuves de l'examen.

Nous n'avons pas jugé utile, comme le demandent MM. WALKER et MARTINIER, d'avoir une salle spécialement réservée pour le traitement des canaux radiculaires. Nos raisons sont basées sur les considérations suivantes :

Lorsqu'un jeune praticien débute, il ne lui est pas toujours possible d'avoir deux cabinets ; d'avoir, comme dans les hôpitaux et les cliniques chirurgicales, une salle d'opération aseptique et une salle d'opération pour les malades infectés.

Tout en félicitant nos distingués confrères d'envisager exclusivement le point de vue théorique et scientifique, nous estimons que vis-à-vis de nos élèves nous devons tenir compte de ce qui sera possible dans leur pratique courante. Mais il y a aussi, à notre avis, une question d'opportunité. En effet, nous estimons qu'il est préférable d'obliger nos élèves à observer strictement, pour toute opération ou intervention, même la plus bénigne, toutes les règles de l'asepsie. Depuis le simple nettoyage ou la préparation des cavités jusqu'à la pulpectomie coronaire, la résection apicale, etc., nous devons prendre l'habitude d'opérer aseptiquement.

L'élève, observant toujours, et dès le début de ses études, les règles de l'asepsie, arrive peu à peu à les observer automatiquement. Si, au contraire, nous ne l'obligeons à faire de l'asepsie que pour certaines interventions, le traitement des canaux par exemple, il lui arrivera fatalement de commettre par inattention une faute grave sur ce point.

En somme, Messieurs, en pratiquant nos opérations en général et la pulpectomie coronaire en particulier, nous ne faisons pas de la petite chirurgie, nous faisons de la chirurgie et, tout au moins, en ce qui concerne les précautions aseptiques, il ne doit pas y avoir de différence entre un cabinet dentaire et une salle d'opérations.

Ceci dit, voyons quel est le rôle du professeur, lorsqu'il est reconnu que les élèves ont le droit de soigner des patients et d'entreprendre, en particulier, le traitement des canaux radiculaires.

D'après ce que nous avons dit, soit au sujet de l'enseignement théorique, soit au sujet du fantôme, le rôle du professeur sera dès lors bien simplifié lorsqu'il s'agira de surveiller les opérations de l'élève sur le patient. Toutefois, ce rôle reste encore très important et de premier plan. En effet, à côté de la technique, il reste à faire pour chaque cas un diagnostic, à poser les indications de telle ou telle méthode. C'est pourquoi, lorsqu'un malade est confié à un élève, le professeur, après avoir lu l'observation du patient, contrôle le diagnostic posé par l'élève et, d'après ce diagnostic, d'après l'état de la pulpe coronaire et des filets radiculaires, il indique le traitement qui doit être entrepris. Si le professeur constate qu'une méthode

plus simple, plus nouvelle, est préférable à la méthode classique que nous avons adoptée, il fait passer le malade dans la salle de démonstration et exécute lui-même ou fait exécuter, sous son contrôle, le traitement qu'il a préconisé dans ce cas tout particulier.

Ces démonstrations, bien entendu, sont faites devant un groupe d'élèves aussi nombreux que possible, dans une salle spéciale appelée salle des démonstrations.

### CONCLUSIONS

Nous pouvons résumer maintenant de quelle façon nous comprenons l'enseignement rationnel du traitement des canaux radiculaires :

1<sup>o</sup> Avant d'entreprendre un traitement des canaux radiculaires, l'étudiant devra posséder à fond des notions d'anatomie générale, des notions complètes d'anatomie dentaire, des notions de pathologie, de thérapeutique et de bactériologie.

2<sup>o</sup> Il devra exécuter sur le fantôme toutes les opérations de dentisterie ; ces travaux pratiques seront couronnés par un examen spécial, après lequel l'élève sera seulement autorisé à exécuter sur les patients, d'abord la méthode classique qu'on lui aura enseignée et ensuite, sous le contrôle d'un professeur, les méthodes nouvelles, qui pourront paraître plus particulièrement indiquées dans tel ou tel cas.

3<sup>o</sup> Enfin, dans le traitement des canaux radiculaires, l'élève devra observer strictement les règles de l'asepsie et de l'antisepsie ; mais il les observera d'autant plus facilement et correctement qu'il aura été entraîné dès le début de ses études à opérer chirurgicalement.

### L'ORGANISATION DES TRAITEMENTS RADICULAIRES ASEPTIQUES DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Par M. A. MARMASSE,

*Professeur suppléant à l'Ecole Odontotechnique.*

Au lendemain du Congrès de Bordeaux, en 1923, où notre collègue Housset posait magistralement le problème du traitement des canaux, et apportait avec son adhésion à la technique aseptique les directives qu'elle lui semblait comporter, un de nos confrères belges, le Dr Watry, publiait à Liège une communication dont vous avez tous gardé souvenir : « *Les éléments économiques et psychologiques de la thérapeutique radiculaire* ».

Rendant un hommage mérité à Housset, il écrivait : « Le traitement conservateur des dents atteintes de carie pénétrante peut être classé parmi les interventions ressortissant à la petite et à la grande chirurgie. 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 ? »

Et plus loin : « 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 ».

Et enfin : « 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. »

Nos élèves, c'est bien d'eux qu'il s'agit, doivent recevoir en enseignement cette vérité pratique.

Et si nos méthodes ne permettent pas à la moyenne des praticiens diplômés et consciencieux, exerçant dans des installations moyennes, de réussir des traitements radiculaires corrects, nous aurons prêché dans le désert.

C'est le désir du pratique et du simple qui nous anime, et nous croyons qu'avant d'aborder le problème de l'enseignement, nous devons poser celui des possibilités aseptiques au cabinet du dentiste.

## I. — LES POSSIBILITÉS ASEPTIQUES AU CABINET DENTAIRE.

### I. — *L'ambiance.*

« *Asepsie* » — est un mot si rigoureux, si privé d'élasticité, que la superposition du cabinet dentaire, où nous la souhaitons, et de la salle d'opération, où elle règne déjà, s'impose à notre esprit.

Le décor dans lequel se déroule notre action quotidienne comporte une salle dont les murs sont parfois peints en blanc (sacrifice à l'allure chirurgicale), des meubles professionnels, du mobilier extra-professionnel, un opérateur en blouse et un patient qui est introduit tout vêtu. Ce patient sera opéré en tenue de ville, les cheveux à l'air, la face encore maquillée pour les dames, libre de ses mains, c'est-à-dire de les lever pour toucher à celles de l'opérateur pendant l'intervention.

Quelle atmosphère différente dans la salle d'opération chirurgicale, sans meubles, avec un patient dévêtu, assujetti à la table par ses quatre membres et recouvert de vastes champs opératoires !

Pendant l'installation du patient dans le fauteuil, l'opérateur lave ses mains — soyons généreux, il est consciencieux, et ce lavage et brossage prendra une minute, une minute et demie ; que nous sommes loin de compte — les mains sont essuyées.

L'infirmière qui assiste l'opérateur (s'il en a une !) aura fixé au cou du malade une serviette propre, quelquefois elle aura garni la tablette d'un plateau propre contenant les instruments d'examen usuels : miroir, précelle, sonde ; bien souvent elle vient d'aider la cliente à se débarrasser de ses



vêtements ; encore plus souvent elle est à la fois caissière..., téléphoniste, préposée à la porte, au nettoyage des instruments, etc...

Dans quelques cas exceptionnels, cette infirmière est seulement assistante, mais son éducation aseptique est des plus rares, et elle ne saurait être comparée à la panseuse des salles d'opérations.

## II. — *Le champ opératoire et les mains du praticien.*

Il est très simple d'écrire que le champ opératoire c'est la digue. Il est généralement facile de la poser ; et cinq minutes est un temps moyen suffisant pour le bien faire.

Il est d'usage presque constant, chez les praticiens, de ne la point poser, et nous n'en voulons d'autre preuve qu'une petite enquête menée chez les principaux fournisseurs, qui nous a prouvé ce que nous savions déjà.

La digue sera néanmoins posée, et cette mise en place oblige le praticien à des contacts nombreux avec la face du malade, avec sa salive, qui pendant la pose passe par les trous et vient mouiller et souiller le côté où l'on opérera.

La soie des ligatures sera en contact permanent avec cette humidité, donc elle aussi est souillée.

Lorsque la digue est posée, nous pouvons donc affirmer qu'elle est polluée sur toute sa surface, quelles que soient les précautions prises.

La stérilisation préalable de clamps, pinces emporte-pièce, digue, soie, n'aura servi à rien, il faudra, la digue étant posée, la badigeonner à l'alcool iodé, ainsi que le clamp et les ligatures avant toute opération.

Les mains de l'opérateur, à supposer qu'elles aient été aseptiques !!! en commençant, ne le sont plus et nous devons envisager ou un lavage à l'alcool, ou la mise de gants ou de doigtiers de caoutchouc avant d'intervenir sur la dent.

Mais insistons : *Digue et mains peuvent-elles rester stériles pendant toute la durée de notre intervention ? Si le dentiste opère seul, à coup sûr, non.* La surface externe de tous les récipients est polluée, et si nous devons en cours d'intervention prendre une compresse, une goutte de médicament, nous ne pouvons le faire seul sans contagion fatale de nos mains.

Autre chose. Le champ opératoire est trop petit et nos mains vont continuellement le déborder. Nous avons besoin de points d'appui, nous avons besoin d'immobiliser un maxillaire inférieur, pendant le fraisage, nous avons besoin d'orienter la tête d'un malade qui s'est laissé aller à abandonner une position qui le fatigue, mais nous soulage, autant d'occasions dont nous profiterons fatalement pour commettre la faute d'asepsie.

Et ce n'est pas tout. L'instrumentation à main est stérile, mais le tour à corde ne peut l'être : essayez donc de changer la pièce à main pour l'angle droit !

Concluons : les conditions de notre exercice quotidien sont telles que, mal-

gré la peine prise, après quelques instants d'intervention, nos mains ont perdu leur état aseptique et sèment les germes sur digue et instruments à main.

Nous avons l'impression que c'est volontairement fermer les yeux à la réalité que croire possibles les méthodes de la grande chirurgie dans un cabinet dentaire moyen. Est-ce à dire que les soins aseptiques resteront l'apanage de quelques opérateurs privilégiés, et de quelques clients fortunés ? Nous ne le pensons pas, mais estimons qu'il vaut mieux être fixé que se bercer de l'illusion de la sécurité.

Travaillons avec un champ opératoire qui n'est pas stérile, mais sachons-le bien.

Travaillons avec des mains septiques, mais sachons-le bien, et nous pourrions encore, nous pourrions mieux probablement faire régner l'asepsie.

Et cette série de remarques éclaire la question. Ce n'est pas à la grande chirurgie que nous devons emprunter des méthodes, qui ne peuvent donner leur résultat que dans le cadre spécialement aménagé de la salle d'opérations.

Nous posons simplement le problème sur un plan voisin.

1° Au début de l'intervention, matériel stérile.

2° En cours d'intervention, retour des instruments à l'état stérile, par des méthodes de stérilisation extemporanées, avant chaque usage.

3° Culture du *geste aseptique*, qui peut s'exécuter les mains souillées (il est d'ailleurs exécuté quotidiennement dans des conditions analogues par les bactériologistes et par les panseuses).

Les ensemencements, repiquages de colonies microbiennes sont faits sans gants, en mains sales pouvons-nous dire, la surface externe des tubes de culture est prise avec les doigts, le manche du fil de platine aussi, et cependant ne passent d'un tube à l'autre que les germes qui doivent passer.

La panseuse, les mains non lavées, ouvre la boîte de compresses et la présente, verse aseptiquement sur la plaie des médicaments contenus dans des récipients souillés extérieurement, donne à la pince flambée des instruments stériles, etc., etc...

Les conditions de notre pratique quotidienne nous obligent à tenir à la fois deux rôles : celui d'opérateur et celui d'assistant. Une technique simple et raisonnée peut résoudre nos difficultés. Nous tenons à dire notre conviction qu'il est possible de se servir soi-même, de travailler aseptiquement, avec un champ opératoire non stérile, et trop étroit : la digue, et avec des mains non stériles.

## II. — STÉRILISATION DES INSTRUMENTS.

Nous emprunterons à notre collègue Martinier, et ce nous est une façon

de lui rendre hommage, le plan de ce chapitre et du suivant. Au surplus ce sera la meilleure méthode pour confronter quelques légères divergences.

Notre principe directeur est que : *la stérilisation extemporanée de tout objet immédiatement avant le contact du siège de l'intervention, est le procédé de choix quand il est possible, parce qu'il laisse le minimum de possibilités à la faute d'asepsie entre la stérilisation et l'emploi.*

#### *1° Instruments dits à manche long.*

Il est d'un usage général de pratiquer la stérilisation de ces instruments, soit par l'ébullition, soit par la chaleur sèche, soit par le formol à chaud et à froid. Tous ces procédés sont parfaits, d'un emploi facile, et nous n'insisterons pas.

Au moment de l'intervention, les instruments sont mis dans un plateau flambé : les extrémités utiles toutes du même côté.

Notre conviction de la septicité fatale des mains gantées ou non de l'opérateur nous fait penser que le rangement des instruments dans un plateau horizontal n'est pas un procédé suffisant.

Excellent au départ, parce qu'il permet la vue directe de l'ensemble des instruments tous stériles dans un plateau stérile. Dangereux dès que les instruments utilisés rentrent sur le plateau, car les manches touchés par les mains ne sont pas forcément remis dans le « bon sens ».

La mise en place en position verticale, de tout instrument ayant servi, dans un récipient contenant quelques centimètres d'alcool dénaturé, nous semble parer à cet inconvénient.

L'instrument sorti de l'alcool pour un nouvel usage est passé à la flamme qui le sèche, utilisé, puis remis dans l'alcool. Le manche souillé peut toucher les autres manches, la partie utile reste stérile.

Procédé banal qui en somme confirme, par une stérilisation extemporanée des plus simples, l'état aseptique de chaque instrument avant l'emploi. Un léger inconvénient : la difficulté de repérer l'instrument désiré au sein du liquide. Des marques pratiquées sur les manches peuvent nous aider ; des récipients spécialement étudiés, quadrangulaires par exemple, avec des séries de gorges sur les bords latéraux pourraient permettre un classement méthodique.

#### *2° Instruments canaliculaires.*

La stérilisation de tout ce petit matériel nous semble être réalisée au mieux, et de la façon la plus pratique par l'emploi du matériel stérilisateur, présenté par le Dr Solas dans votre société, lequel utilise le procédé de l'immersion pendant 10 minutes dans le chloroforme, dû au Dr Joseph Mendel.

Cet appareil possède, à notre avis, deux grands mérites : il permet la stérilisation presque extemporanée d'un matériel abondant ; il isole chaque ins-



trument, et nous présente son manche que nous pouvons saisir même avec des mains souillées.

Son seul défaut est l'obligation où nous sommes de savoir « par cœur » la place de chaque instrument puisqu'on ne voit que les manches, qui peuvent être identiques.

Le même procédé utilisant, au lieu du stérilisateur du Dr Solas, une série de petits tubes de verre remplis de chloroforme, peut être employé, avec la même efficacité.

Le séchage peut en être effectué en quelques secondes au-dessus du Bunsen de tablette.

Le stérilisateur du Dr Solas permet en outre de remettre immédiatement l'instrument ayant servi dans un casier vertical, qui lui évitera toute souillure si un nouvel usage est nécessaire.

La mise en tubes scellés ou bouchés par un tampon de coton, suivie de stérilisation à la chaleur sèche, nous semble moins pratique.

### 3<sup>o</sup> Objets de pansement.

*Les mèches.* — On nous propose d'employer des mèches préparées à l'avance et stérilisées. Deux ordres de difficultés :

a) Il est délicat dans les plateaux où elles sont posées à plat de saisir le manche de l'une sans voir se cabrer la sonde qui porte une mèche voisine, et risquer des contacts fâcheux.

b) Les mèches préparées d'avance conviennent rarement au canal en présence duquel on se trouve. Trop grosse ou trop petite, n'adhérant pas à la sonde, alors qu'on désirait le contraire, etc...

Les mèches préparées au moment de l'emploi sont mieux adaptées à l'anatomie du canal, et aux nécessités particulières de chaque période de l'intervention. Leur stérilisation extemporanée est-elle possible ? C'est toute la question :

Il y a une douzaine d'années, notre maître et ami Bastien, qui est bien trop modeste pour l'avoir publié, nous apprenait qu'il est facile d'obtenir la stérilisation extemporanée des mèches montées, en les passant directement dans la flamme du Bunsen de tablette pendant quelques fractions de seconde.

A peine jaunies, les mèches ont perdu un peu de leur hydrophilie, mais restent néanmoins très utilisables.

Sur plus de 100 mèches faites à cette époque sur des sondes non stériles, avec du coton non stérile et des mains simplement lavées, mises à cultiver en bouillon après ce rapide passage à la flamme, deux seulement avaient été reconnues non stériles.

Nous avons tenu à vérifier nous-même, cette année, l'excellence de cette méthode que nous utilisons depuis qu'elle nous avait été enseignée. Nous

avons confectionné *quatre-vingts mèches*, avec ouate non stérile, sondes non stériles, mains non lavées, elles ont été passées dans la flamme : une seule a donné une culture positive après 48 heures d'étuve en bouillon. Bacille subtilis.

Cinquante mèches avaient été flambées sur la lampe à alcool. Trente dans la flamme du Bunsen de tablette.

La simplicité et la qualité du procédé nous semblent devoir faire lever l'interdit sur la fabrication extemporanée des mèches.

Nous nous souvenons d'ailleurs de l'utilisation du même principe, il y a quelques années, par Brochier, qui passait sa mèche dans un tube de quartz chauffé électriquement.

L'immersion pendant 10 minutes dans le chloroforme recommandé par le Docteur Solas a l'avantage de conserver aux mèches tout leur pouvoir absorbant. Les mèches sont séchées au-dessus du Bunsen en 5 secondes environ et les sondes montées sont présentées verticalement à l'opérateur par son stérilisateur.

*Les boulettes de coton et carrés d'amadou.*

Deux procédés sont possibles :

1° Boulettes préparées d'avance et stérilisées (autoclave ou chaleur sèche).

2° Boulettes préparées d'avance et mises dans un godet contenant du chloroforme au début de l'intervention ; saisies à la précelle au moment de l'emploi, elles sont séchées au-dessus du Bunsen en quelques secondes. Les deux procédés sont bons, le second a l'avantage d'être extemporané, donc très sûr.

*Les plaques à pâte obturatrice* pourraient peut-être devenir métalliques (acier inoxydable), donc très facilement stérilisables comme les spatules.

Le procédé du chauffage des poudres non antiseptiques par elles-mêmes à la cuiller nous semble parfaitement convenir.

*Les cônes de gutta* peuvent être tenus en permanence dans l'alcool et sortis au moment de l'emploi.

#### 4° *Les pièces à main et angles droits.*

Ne touchent jamais directement la dent, siège de l'intervention, et c'est fort heureux, car aucun procédé de stérilisation ne nous semble avoir encore droit au modeste qualificatif : *pratique*.

Le nettoyage de leur surface externe à l'alcool, exécuté de façon soignée avant chaque patient, nous semble un tout petit minimum.

*Les fraises* seront saisies et montées à la pièce flambée sans difficulté. Tous les procédés de stérilisation leur conviennent. Ebullition, air sec chauffé, formol à chaud et à froid. Elles ne serviront qu'une seule fois.

## III. — L'ENSEIGNEMENT.

Nous venons de fixer les idées sur ce qui nous semble *possible et relativement simple* d'instaurer dans tout cabinet dentaire. Les traitements en une séance pour les dents saines à dépulper dans un but prothétique, pour les dents atteintes de P1 et pour certaines P2 ne prennent pas plus de temps que les traitements sans asepsie avec séances multiples et sont plus sûrs. Aucune raison donc, de priver nos élèves du bénéfice de ces méthodes.

L'enseignement de la Dentisterie opératoire en général, des traitements radiculaires en particulier, doit avoir comme points d'appui : les cours théoriques sur lesquels nous n'insisterons pas, les démonstrations et enfin les travaux pratiques.

Nous envisagerons l'application de ces deux derniers procédés.

1<sup>o</sup> La démonstration.

Depuis plusieurs années la Direction de l'École Odontotechnique a mis à la disposition du corps enseignant des services de dentisterie opératoire, dans un angle de la grande salle, un fauteuil dit de démonstration avec équipement et outillage. Nous en avons beaucoup utilisé pendant ces dernières années, et si nous y avons trouvé des avantages, nous connaissons aussi les inconvénients de cette cohabitation.

Si bien que nous croyons pouvoir affirmer aujourd'hui que quelle que soit la spécialité envisagée, l'organisation des démonstrations doit obéir à certaines règles :

La démonstration doit être faite dans une pièce particulière, aménagée comme un cabinet dentaire, même disposition générale, même confort, mêmes instruments. L'agencement doit être établi d'après les données mêmes du démonstrateur. Nous savons tous combien la plus légère modification de nos installations fait perdre à nos gestes l'automatisme, donc la précision, et nous donne un air de flottement, un air de ne pas savoir, qui ne convient pas à l'enseignement.

Les élèves devraient bénéficier des démonstrations par petits groupes. Pas plus de cinq ou six à la fois. Nous n'avons pas l'impression qu'un groupe plus important puisse en tirer bénéfice.

Tout le monde doit voir, donc être devant le fauteuil.

L'intervention doit être conduite dans le calme, dans une sorte de recueillement, les pensées de tout le monde orientées vers le but. Enfin, la préoccupation de surveiller les élèves ne doit pas hanter l'esprit de l'opérateur.

Nous avons l'impression que la projection épiscopique des travaux montrés au fauteuil n'est pas susceptible de donner des résultats bien intéressants. Il s'agit d'une intervention cavitaire forcément mal éclairée et l'ensemble des gestes de l'opérateur hors de la cavité est aussi utile à connaître



des assistants que l'intervention même. La zone de l'espace où se meuvent ses mains est trop vaste pour que la mise au point de toute la région soit possible.

Il y aurait, nous semble-t-il, un intérêt majeur pour nos Écoles à s'assurer la présence très fréquente du démonstrateur :

1<sup>o</sup> Pour que tous les élèves puissent bénéficier par petits groupes d'un nombre suffisant de démonstrations.

2<sup>o</sup> Pour que le démonstrateur se sente chez lui près du fauteuil de démonstration.

3<sup>o</sup> Parce que l'unité d'enseignement serait acquise avec un démonstrateur unique.

### *2<sup>o</sup> Les travaux pratiques.*

Nous venons de souligner la nécessité d'un certain recueillement de laboratoire, pour exécuter les manœuvres aseptiques.

Qu'on entr'ouvre une seconde la porte d'une grande salle de cinquante fauteuils de dentisterie opératoire, et nous sommes fixés sur l'impossibilité absolue d'appliquer les règles de l'art dans ce milieu, malgré la volonté et la bonne volonté du corps enseignant :

Ils sont trop !

Ce nous est l'occasion de signaler que ces grands services, très photographiques, nous semblent une hérésie.

Les grandes salles permettent d'avoir un corps enseignant moins nombreux, soit, mais le professeur en dépit de son désir ne peut se multiplier, et ce n'est pas la vertu de sa présence qui donne l'enseignement.

Nous estimons que l'enseignement a tout à gagner dans la division en multiples petites salles d'une dizaine de fauteuils, avec un membre du corps enseignant par salle.

MM. Walker et Martinier nous ont dit la nécessité de services spécialisés. Le premier voit un petit service d'une dizaine de fauteuils en dehors duquel les soins de canaux sont prohibés à l'École. Le second envisage la spécialisation de certains services de dentisterie opératoire, donc de gros services.

Nous sommes également partisan de séparer les soins radiculaires des travaux d'obturation, mais nous n'ignorons pas que la surveillance sera très absorbante dans ces services, aussi proposons-nous la création d'un service d'apprentissage, de leçons particulières pourrions-nous dire, qui compterait deux membres du corps enseignant qualifiés pour une dizaine d'élèves. Ce service marchant de pair avec les démonstrations, les élèves y acquerraient en un ou deux mois des habitudes qui formeraient le bagage indispensable à leur vie professionnelle.

L'allure intime de ce petit service permettrait, pensons-nous, à ses diri-

geants de dépister plus facilement qu'ailleurs les élèves habiles et compréhensifs, futurs moniteurs peut-être.

En quittant ce service, les élèves qui devront encore effectuer des traitements radiculaires pendant le reste de leur scolarité réintégreront les salles de dentisterie opératoire.

Ils perdront, à ce moment, la surveillance plus minutieuse qui les entourait dans le service d'apprentissage. Il leur faudra cependant maintenir et parfaire leurs connaissances qu'ils utiliseront en particulier pour les préparations de dents déulpées pour certaines prothèses fixes.

Seuls, les élèves ayant accompli leur stage de spécialité seraient admis à traiter des canaux dans les services de dentisterie opératoire.

L'emploi de moniteurs bien choisis serait susceptible de soulager le corps enseignant dans ces services, que de simples modifications d'horaires pourraient spécialiser à certains jours.

Nous ignorons les obligations créées aux Écoles par leurs dispensaires, mais toute organisation méthodique de l'enseignement des traitements de canaux aura pour conséquence une diminution du nombre des cas traités.

On devra faire plus d'extractions de dents guérissables, surtout à certaines périodes de l'année, où il y aura moins d'élèves initiés.

Nous pensons que lorsque, sous prétexte de vider les salles d'attente, le corps enseignant pousse l'élève à la consommation, nous voulons dire à prendre trop de malades en trop peu de temps, il l'incline au mauvais travail.

Jamais plus d'un malade par heure, nous semblerait une règle permettant le travail de qualité.

#### LE SERVICE D'ENTRAÎNEMENT

Le rapport de M. Walker nous a donné une figure très intéressante du service de traitements radiculaires à l'École dentaire de New-York. Nous pensons que sa description est susceptible de nous fournir des indications dont il faudra probablement tempérer la rigidité : « Nous sommes français », et le portemonnaie de l'École, pas plus que nos cerveaux, ne peut se mettre tout à fait à l'unisson.

Le service disposerait d'un stérilisateur Poupinel et de bouilloires.

Chaque élève devrait posséder, outre le résumé proposé par M. Martinier, des listes d'instruments adaptées aux cas à traiter, dont il se servirait pour préparer son intervention au moment opportun.

Pour toute intervention, la digue sera placée. Nous avons dit précédemment que nous ne pouvions la considérer comme un véritable champ chirurgical, mais cette affirmation n'avait pas pour but de la démonétiser. Nous considérons que :

1<sup>o</sup> Elle empêche la salive d'envahir la cavité dentaire.

2<sup>o</sup> Elle libère les deux mains de l'opérateur qui n'est plus obligé d'en utiliser une en permanence pour maintenir des rouleaux de coton ou une langue rebelle.

3<sup>o</sup> Enfin, elle empêche de travailler dans l'atmosphère expirée par le patient, et pour qui sait les précautions prises en grande chirurgie, c'est un argument de valeur (nous avons fait plusieurs fois l'expérience de laisser une seconde une mèche stérile dans l'atmosphère buccale, le patient retenant son souffle à ce moment-là. Ces mèches ont toujours cultivé.)

La digue placée est badigeonnée à l'alcool iodé, les dents prises et le clamp également.

C'est à ce moment que le matériel à digue est retiré de la tablette et que celle-ci est préparée en vue de l'intervention.

Préparatifs simples au demeurant.

L'étudiant, muni de sa liste, flambe un plateau métallique, et saisissant dans le stérilisateur à la pince stérile la collection d'instruments nécessaires, les range dans le plateau, toutes les extrémités utiles du même côté, dans un ordre toujours le même.

Le plateau est posé sur la tablette ; à côté de lui, un récipient vertical contenant 5 centimètres de hauteur d'alcool dénaturé, pour placer tout instrument employé. Au moment de tout nouvel usage, l'instrument est présenté à la flamme qui brûlera l'alcool.

Un stérilisateur de Solas garni ou son équivalent, une série de tubes à chloroforme.

Un Bunsen ou une lampe à alcool.

Un porte-fraises contenant des fraises stériles.

Plusieurs godets à médicaments. Godets métalliques flambés.

Flacons stiligouttes garnis. Un porte-coton.

Pas de poire à air chaud. Installation de l'air comprimé.

Dès l'installation faite, et il y en a pour quelques instants, l'intervention commence. C'est ici qu'il faudra cultiver le geste aseptique.

Tout instrument qu'un geste imprécis a souillé dans sa partie utile sera retiré de la circulation.

Nous n'avons pas abordé le problème des relations des services de traitements radiculaires avec les services de radiographie et de bactériologie.

M. Martinier a dit sur cette question tout ce qui devait être dit, et nous nous contenterons d'une approbation.

Il nous reste à dire un mot de deux des éléments du problème : nous voulons parler des élèves, et du corps enseignant.



a) *Les Elèves.*

Nous aurions le droit d'être surpris que les dentistes jeunes ne soient pas encore conquis par la méthode aseptique.

A défaut des services spécialisés dont nous envisageons la création, ils ont en dentisterie opératoire reçu de leurs maîtres des indications, des ordres mêmes, qui les ont informés de ce qu'ils devaient faire.

Recrutement, dira-t-on ! Nous n'en sommes pas sûr : les médecins dentistes, qui pendant toute leur éducation médicale ont eu l'entrée libre et obligatoire dans les salles d'opération, où ils ont participé à l'asepsie, abandonnent aussi leurs principes quand ils ont opté pour l'art dentaire.

Les chirurgiens font de l'asepsie, parce que sans cette pratique leurs patients font des complications immédiates graves ; leur exercice est conditionné par elle.

La conscience professionnelle du dentiste n'est pas stimulée par le risque : la dent magnanime ne révèle souvent pas, révèle quelquefois très tard qu'elle a été malmenée.

Nous avons un effort à faire dans cette direction-là.

b) *Le corps enseignant.*

L'utilité d'un corps enseignant spécialisé et présent presque en permanence a frappé tous les rapporteurs.

C'est la partie administrative du problème, et à ce titre, elle échappe bien un peu à notre compétence, mais elle est capitale.

Nous avons quelque tristesse à penser que notre condition d'instructeurs bénévoles, qui ne peuvent distraire qu'une petite portion de leur activité pour l'École, n'est pas compatible avec l'idéal que nous rêvons.

Nos réalisations ne seront, hélas ! que des compromis vers le mieux.

### DISCUSSION DES RAPPORTS

M. MARTINIER *fait suivre la lecture de son rapport des commentaires suivants :*

Vous savez que le Comité d'organisation du Congrès avait confié le même sujet à traiter à un rapporteur étranger, qui, en l'espèce, était le Dr Walker, de New-York.

Sans que nous ayons eu connaissance de nos rapports, les conclusions en étaient, à peu de chose près, identiques.

D'après l'exposé qui précède, il semble bien que nous soyons tous d'accord sur le principe de la stérilité absolue en matière de traitements radiculaires. Les seules divergences qui peuvent exister résident dans les modalités d'application.

Il y a, je le répète, une question budgétaire qui se pose tout d'abord : c'est aux administrateurs qu'il conviendra d'envisager cet aspect de la question, lorsque nous aurons discuté les divers moyens préconisés et que nous aurons fixé notre choix.

Il y a quelques années, en 1929, notre très distingué confrère Housset, dont le nom doit toujours être prononcé lorsqu'il est question de traitements radiculaires, notre confrère Housset, dis-je, avait eu l'idée de faire exécuter une boîte à pulpectomie chirurgicale aseptique, qui semblait répondre, en tous points, à la majorité de nos desiderata. Malheureusement, le prix de revient fort élevé de ces boîtes, et aussi, il faut bien le dire, le peu d'intérêt que semble attacher la majorité des praticiens à réformer certaines pratiques routinières, ont amené la maison de fournitures dentaires qui avait établi cette trousse à abandonner sa fabrication.

C'est aux étudiants qu'il faut inculquer ces méthodes d'asepsie chirurgicale, car, l'habitude devenant une seconde nature, il n'est pas douteux que le plus grand nombre d'entre eux ne les continuent dans la pratique journalière de leur profession, pour le plus grand bien de nos patients.

Mais pour cela, il faut que le matériel qui devra leur être imposé soit d'un prix de revient peu élevé. Il nous apparaît que des boîtes métalliques, soit en cuivre nickelé, soit en aluminium, d'un modèle assez grand pour contenir les instruments canaliculaires et les objets de pansement, seraient, à cet égard, tout indiquées.

Les trois grandes Écoles dentaires françaises se trouvent réunies ce soir pour discuter de la question ; il nous est donc permis d'espérer que la solution du problème sera apportée, et que bientôt nous en verrons l'application pratique, ce dont nous nous réjouissons grandement.

M. LE Dr PONT (École dentaire de Lyon). — En vous apportant le salut de vos collègues de Lyon, je veux y ajouter nos remerciements pour l'honneur que vous nous avez fait en nous demandant de collaborer, sur le terrain scientifique, avec vos deux écoles parisiennes.

Nous n'oublions pas que nous sommes une école de province et aussi la plus jeune des trois écoles reconnues d'utilité publique. Pour vous témoigner notre reconnaissance, nos collègues de l'École lyonnaise ont désigné, pour le rapport que vous avez bien voulu nous demander, le secrétaire général et le Directeur de l'École.

Lorsqu'on nous a donné le titre de cette communication, j'ai relu les rapports de MM. Walker et Martinier et j'ai vu que le titre avait été modifié.

Il ne s'agit plus ce soir d'étudier l'organisation du traitement aseptique des canaux, mais l'organisation de l'enseignement du traitement des canaux radiculaires. En conséquence, nous allons décrire comment nous comprenons, à Lyon, l'enseignement du traitement des canaux dans le cas de pulpe vivante et dans le cas de pulpe infectée et nécrosée.

Tout cela a été dit et redit, non seulement dans nos Congrès et nos sociétés savantes, mais aussi dans tous les livres classiques. Ne soyez donc pas étonnés si nous ne vous apportons aucune idée nouvelle. Nous nous sommes attachés au contraire, comme vous le verrez, à inculquer à nos élèves un enseignement classique net et précis. Et c'est pourquoi nous faisons précéder notre communication de ce vieil aphorisme de Montaigne :

« Mieux vaut une tête bien faite, qu'une tête bien pleine. »

Enfin, la question de l'asepsie ayant été traitée de façon magistrale par notre collègue Martinier dans son rapport au dernier Congrès, nous n'insisterons pas trop sur cette question. Nous estimons d'ailleurs que nos élèves, recevant un enseignement suffisant à ce point de vue, doivent pratiquer les règles de l'asepsie sans qu'il soit nécessaire pour chaque nouvelle intervention de leur expliquer comment il faut stériliser le champ opératoire, l'instrumentation, etc...

M. Pont donne ensuite lecture de son rapport (V. p. 349).

M. A. MARMASSE (École Odontotechnique). — Avant d'aborder le sujet qui nous réunit ce soir, permettez-moi, mes chers confrères, de remercier votre Président, qui a pensé que les enseignements tirés des travaux de la section qu'il présidait au VIII<sup>e</sup> Congrès, devaient en déborder le cadre, et venir en discussion dans notre Société.

Il lui a semblé que de la confrontation des points de vue de rapporteurs mandatés par les différentes Écoles, pourrait résulter la mise en pratique en France, de l'enseignement de l'asepsie dans les traitements canaliculaires.

La Direction de l'École Odontotechnique m'a prié de la représenter ce soir, j'ai accepté bien volontiers cet honneur et cette responsabilité.

Après les remarquables travaux présentés tant par M. Walker, de New-York, que par votre collègue Martinier, il semble que nous n'ayons qu'à glaner chez eux. Nous le ferons abondamment quand il sera question de conclusion, mais nous pensons que si, depuis 1910, le problème de l'asepsie dans les



traitements radiculaires n'a encore trouvé que des solutions individuelles, et si l'enseignement de cette pratique n'est pas né, il y a à cela des raisons qui tiennent aux conditions mêmes dans lesquelles nous exerçons, raisons que nous voudrions mettre en évidence.

M. Marmasse donne ensuite lecture de son rapport (V. p. 357).

M. LE D<sup>r</sup> CAUMARTIN (École Dentaire de Lille). — J'adresse mes très sincères remerciements à la Société d'Odontologie pour l'honneur qu'elle a fait au Directeur de l'École dentaire de Lille en l'invitant à assister à cette séance qui est particulièrement intéressante au point de vue enseignement.

Au point de vue des indications que je pourrais avoir à ajouter au rapport qui vient d'être fait, j'avoue que je n'ai que peu de chose à dire, car le sujet a été traité avec une compétence particulière, et d'ailleurs j'avais prévenu votre Président, ayant prévu que les rapporteurs auraient traité la question d'une façon tout à fait complète.

La grosse difficulté, en réalité, c'est la pratique de l'asepsie ; c'est cela l'écueil. La question de l'asepsie est toujours extrêmement difficile à résoudre.

J'ai trouvé un certain nombre de points de contact entre l'École de Lille et celle de Lyon. Nous attachons, comme M. Pont, une importance très grande à l'unité d'enseignement et à l'unité de méthode. Nous insistons également beaucoup sur les travaux sur le fantôme parce que, quand l'élève passe du fantôme au patient, il éprouve une très grosse difficulté, mais cette difficulté est évidemment un peu réduite quand il a soigné les dents sur le fantôme presque avec autant de soins que s'il s'agissait d'un patient.

Au point de vue de l'application pratique et de la réalisation du côté technique à l'École de Lille, nous n'avons pas de méthode spéciale ; nous avons donné à chacun de nos élèves une trousse que nous appelons la trousse des dents à carie pénétrante, que nous stérilisons par la chaleur sèche ; les sondes et tire-nerfs sont conservés dans des tubes contenant de la poudre de trioxyméthylène.

Je suis venu pour m'instruire, j'ai été abondamment satisfait, et j'emporterai toute une série d'indications précieuses pour perfectionner notre façon de faire.

Une pratique qui nous paraît très utile consiste à donner comme assistants aux élèves, surtout à ceux de dernière année de scolarité, des élèves moins avancés ; ce sont des assistants plutôt théoriques que pratiques ; ce sont plutôt des spectateurs ; mais il nous semble que le fait de mettre ces jeunes gens en contact avec des patients, à regarder ce qui est fait, à collaborer avec le camarade plus ancien, contribue dans une certaine mesure à leur éducation.

J'ai le ferme espoir que des rapports substantiels qui viennent de nous être présentés par nos trois grandes Écoles françaises, de la discussion qui va

suivre sortiront de précieuses directives pour réaliser dans notre enseignement l'organisation technique du traitement des canaux radiculaires. Et une fois de plus, la Société d'Odontologie aura rendu service à notre profession.

M. FOURQUET (École Odontotechnique). — Je tiens tout d'abord à adresser mes félicitations au Président pour sa très heureuse initiative d'avoir convié, à cette Tribune de l'École dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie, les Professeurs Chefs de Service, désignés par les autres Écoles dentaires, pour y discuter en commun sur la controverse concernant l'enseignement des traitements des canaux.

Je crois que c'est la première fois que ce fait se produit ; aussi me paraît-il juste qu'un pédagogue d'une École étrangère à la vôtre vienne lui adresser toutes ses félicitations (*Applaudissements*).

D'autre part, j'adresserai également mes félicitations aux rapporteurs qui n'ont fait heureusement qu'effleurer l'idéalisme pour rester et s'enfermer volontairement à la fois dans les réalités et la sincérité pédagogiques.

Je ne traiterai pas la question au point de vue technique ; elle a été très bien développée par les rapporteurs. Je ne l'envisagerai que, par quelques mots seulement, du point de vue discipline pédagogique.

J'estime, Messieurs, que tout d'abord il est absolument nécessaire d'inculquer aux élèves ce qu'en médecine on appelle le « sens clinique ». Je me suis assez étendu sur ce sujet, au cours de mon rapport à la Section d'enseignement dentaire du VIII<sup>e</sup> Congrès International. Mais il est des clous sur lesquels il faut frapper sans cesse ; il est absolument indispensable que l'élève, avant de pratiquer quelque technique que ce soit, ait un sens clinique aussi parfait que possible, car il n'est aucune technique qui ne soit basée sur un bon sens clinique.

Il me paraît donc de bonne pédagogie qu'avant toute intervention l'élève ait fait une observation. Je n'exige pas une fiche d'observation complète pour chaque malade au cours des trois années de scolarité ; ce serait trop demander ! Mais le moins qu'on pourrait exiger de l'élève serait que les premières fussent écrites et que les autres, par suite de l'heureux entraînement résultant de cette obligation, soient présentées oralement. Car en une demi-heure un bon élève peut facilement « disséquer » cliniquement son malade.

Il est donc nécessaire que l'élève puisse établir un diagnostic aussi précis que possible, diagnostic qui sera contrôlé et discuté par le démonstrateur ; et c'est lorsque le diagnostic aura été confirmé ou redressé que l'élève sera autorisé à intervenir. Ce sera pour lui le meilleur moyen de savoir ce qu'il doit faire, c'est-à-dire d'envisager la technique qui convient.

Car combien de fois, hélas ! avons-nous pu constater que des élèves, par

paresse clinique, se contentent d'ouvrir une dent, non pas pour établir un diagnostic, mais pour savoir ce qu'ils doivent faire.

Avant toute intervention, l'élève devra, au préalable, préparer, comme le fait le chirurgien, tout son matériel opératoire et thérapeutique, afin que, dès qu'il aura commencé à ouvrir sa dent, il puisse avoir tout sous la main et exécuter son opération de bout en bout, en maintenant son champ opératoire, c'est-à-dire la dent, à l'abri absolu de la salive.

Je ne discuterai pas sur les moyens de localisation du champ opératoire ; nous les connaissons tous et on nous les a indiqués d'une façon magistrale. Je veux simplement insister sur le fait qu'il est nécessaire qu'on enseigne aux élèves des méthodes précises et qu'ils possèdent toutes les notions de l'asepsie et la pratiquent en connaissance de cause. Pour cela, Messieurs, il me paraît indispensable que, dans les Écoles dentaires, il y ait des équipes pédagogiques absolument homogènes ; que le chef de service possède bien en mains son corps enseignant et qu'il y ait entre lui et ses collaborateurs une unité absolue d'enseignement. Il est toujours pénible qu'un avis donné par un chef de service soit discuté par un assistant devant les élèves, car, dès ce moment, on peut affirmer que toute confiance et tout respect deviennent lettre morte pour les élèves.

J'abonde absolument dans le sens de mon ami Marmasse en disant qu'il ne faut pas surcharger l'élève de trop de patients. J'ai vu, dans certains services, des élèves qui avaient jusqu'à 7, 8, 9 patients à traiter dans une matinée ou un après-midi : cela, c'est la négation de tout enseignement, c'est de la clinique intensive, mais pas de l'enseignement !

Enfin, je désirerais qu'il y ait un nombre de démonstrateurs suffisant dans les services concernant le traitement des canaux et que ces traitements puissent être contrôlés par le Laboratoire de recherches qui existe dans chaque École dentaire.

Je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu me prêter et je termine en félicitant encore une fois M. le Président pour son initiative.

M. LE D<sup>r</sup> ROY. — J'ai été particulièrement intéressé par les rapports que nous venons d'entendre, car le traitement des dents infectées est un des sujets qui m'ont occupé depuis fort longtemps. Je n'en veux pour preuve que les travaux que j'ai publiés depuis plus de 30 ans, notamment un travail intitulé « *Quelques considérations sur la carie du 4<sup>e</sup> degré simple ou compliquée d'abcès alvéolaire* » (*L'Odontologie*, 1903) et, plus récemment, un travail important sur *Le traitement des dents infectées* (Rapport au Congrès de Strasbourg, 1920. *L'Odontologie*, 1921), dans lequel j'ai abordé les questions de technique qui ont une importance considérable.

Le traitement des dents infectées est une chose des plus difficiles que nous ayons à faire, et pour son exécution et sa réussite il nous faut tenir compte de considérations extrêmement nombreuses et toutes très impor-



tantes, dont un grand nombre n'ont pas pu être abordées par les rapporteurs que nous avons entendus ce soir, qui se sont tenus sur le terrain pédagogique et l'organisation pratique de ce traitement dans les Écoles dentaires.

Parmi ces considérations, l'obligation d'une technique opératoire judicieuse, raisonnée, méthodique est l'une des plus importantes.

Je me propose d'appeler votre attention sur certains points de cette technique dans une communication que j'aurai l'occasion de vous faire dans une séance ultérieure. J'ai déjà eu l'occasion à maintes reprises, dans des discussions à notre Société, d'effleurer ce sujet et plusieurs confrères m'ont souvent demandé et encore tout récemment, d'exposer ces idées dans un travail à la Société d'Odontologie.

Je préviens notre Président que je suis à sa disposition, quand il voudra, pour traiter cette question devant vous.

Si je prends la parole ce soir, c'est pour relever les points qui m'ont paru particulièrement intéressants dans l'exposé qui nous a été fait par les différents orateurs que nous avons entendus.

M. Martinier nous a présenté un plan d'organisation théorique très intéressant, mais je crois que, dans l'organisation d'un semblable traitement, il y a lieu de tenir compte de certaines contingences pratiques que j'ai été très heureux d'entendre exposer par M. Marmasse.

Je tiens à dire avec lui : on parle constamment d'asepsie, or, elle est irréalisable dans le cabinet du dentiste, même en se plaçant dans les conditions les plus parfaites et de plus il ne faut pas que le cadre, il faut l'application. Or, sans vouloir faire un rapprochement désobligeant pour toutes les choses si intéressantes et judicieuses qui nous ont été exposées par les divers orateurs, je pense à cette histoire qui m'a été plusieurs fois contée par des patients qui avaient été soignés par certains confrères, disons... au Monomotapa. L'installation de ceux-ci était des plus modernes, on y voyait des lavabos et des stérilisateurs splendides, le cabinet et son matériel étaient blancs, l'opérateur était habillé de blanc depuis les pieds jusqu'à la tête, l'infirmière était habillée de blanc, coiffée de blanc ; mais l'opérateur n'avait oublié qu'une chose... c'était de se laver les mains entre deux patients. Je voudrais donc, pour rester sur le terrain pédagogique, que l'on organise non pas une *figuration* d'une asepsie absolue irréalisable, mais simplement une réalisation pratique de stérilisation des dents aussi parfaite que possible.

La stérilisation de nos instruments, d'une façon générale, ne répond pas forcément à toutes les exigences de la chirurgie générale où l'on ne pourrait pas porter impunément dans un péritoine, par exemple, un instrument préalablement stérilisé, mais qui aurait été touché par des mains propres, mais qui auraient simplement touché la peau du malade ou tout autre objet non stérile. Mais la notion capitale, commune à toutes les stérilisations, c'est qu'il ne reste sur cet instrument *aucun germe provenant d'un autre in-*

*dividu que celui opéré* sans que nous soyons obligés ensuite de nous astreindre pour le plus grand nombre de nos interventions courantes à des précautions d'asepsie absolument irréalisables dans les opérations buccales, comme l'a montré très justement M. Marmasse.

Cependant, pour le traitement des canaux, des précautions plus grandes sont nécessaires, pour des raisons que je n'ai pas besoin de rappeler, mais il ne faut pas pour cela s'écarter des possibilités pratiques sous peine, pour vouloir faire trop bien, théoriquement, de faire moins bien, voire même mal, pratiquement. C'est ainsi que tout doit tendre, par exemple, à ce que tout le matériel destiné aux canaux puisse être saisi aisément et que *leur partie active* puisse être portée dans les dits canaux, sans toucher ni les doigts de l'opérateur ni tout autre objet, pas même la digue ou les parois externes de la dent dont la stérilisation, au sens chirurgical du mot, peut être considérée comme illusoire dans le milieu et les conditions opératoires où nous nous trouvons obligatoirement placés.

En ce qui concerne le petit matériel et les objets de pansement des canaux, j'envisage plutôt, au point de vue pratique, la stérilisation extemporanée, précédée toutefois même pour les instruments de canaux, sondes, broches, etc., d'une première désinfection commune avec tout le matériel instrumental.

De petits dispositifs, tels que celui présenté par mon ami le Dr Solas, peuvent aider à réaliser ce desiderata, mais je vous signale que j'ai indiqué autrefois et que j'ai même fait une démonstration à ce sujet, un procédé extrêmement simple de réaliser pour le pansement des canaux, une stérilisation pratiquement parfaite. J'emploie de petits flacons à couvercle et à large goulot, remplis de chloroforme, dans lesquels je place, avant les préliminaires du pansement, le nombre voulu de mèches montées sur des sondes, le petit manche de celles-ci en haut et hors du flacon de façon à être saisis aisément entre les doigts sans toucher en quoi que ce soit à la mèche enroulée autour de la sonde qui est la partie active et intéressante. Au bout de 10 à 15 minutes, temps minimum nécessaire aux préparations préliminaires, ces mèches immergées dans le chloroforme sont stériles et, si je veux les employer sèches, rien de plus facile, quelques secondes d'évaporation au-dessus du Bunsen, elles sont prêtes à l'usage. Quant aux boulettes de coton, je ne saurais trop recommander le procédé que mon ami Pont vient de rappeler de flambage avec de l'alcool boriqué, procédé qu'il a présenté en effet au Congrès de Toulouse que je présidais en 1912.

Dans la pratique du traitement des canaux, il est extrêmement important d'agir suivant un plan méthodique, dont tous les temps doivent être soigneusement réglés, cela est encore plus important, s'il est possible, au point de vue pédagogique et je félicite particulièrement l'École de Lyon qui, ainsi que vient de nous le dire le Dr Pont, indique sur les carnets des élèves

les règles techniques que ceux-ci doivent suivre dans le traitement des canaux.

Mais, en dehors de toutes ces considérations, il y a des principes généraux dont les élèves ne sont pas toujours assez pénétrés au point de vue pratique, c'est, comme l'a dit tout à l'heure mon ami Pont, la nécessité de se rapprocher de la stérilisation la plus parfaite possible quelle que soit l'opération effectuée. On ne saurait trop insister sur ces notions générales qui, dans le traitement des canaux notamment, empêcheraient les élèves de faire des erreurs de jugement comme celles dont j'ai été trop fréquemment témoin. C'est ainsi que j'ai vu des dents dans lesquelles un élève avait la prétention de désinfecter les canaux sans avoir pris la précaution préalable d'enlever la dentine cariée de la cavité ; c'est ainsi que non moins souvent, j'ai vu des dents que des élèves avaient traitées, où ils avaient placé une série de pansements sous digue, comme on le leur avait prescrit, mais qui, quand ils pensaient la guérison obtenue, présentaient au professeur cette dent pansement enlevé et obturée d'un coton baignant dans la salive, pour savoir s'ils pouvaient obturer le canal !

Eh bien, ceci montre une chose, c'est que les élèves n'ont pas toujours des notions suffisantes des exigences de la désinfection. Ce sont ces notions générales qu'il faut leur inculquer d'abord, non pas seulement pour le traitement des canaux, mais pour l'ensemble de toutes les opérations qu'ils ont à faire.

Il faut savoir une chose, c'est que, avant la bactériologie, avant les travaux de Pasteur, il y avait des chirurgiens qui obtenaient de meilleurs résultats que les autres. C'étaient simplement ceux qui étaient, d'une façon innée, plus propres que les autres et faisaient de l'antisepsie sans le savoir.

Nous devons faire pénétrer ces notions primordiales dans l'esprit des élèves et dans toute leur technique ; peut être à cet égard leur groupement pendant une période déterminée, sous la direction d'un instructeur, surveillant leurs moindres gestes, pourrait être un entraînement utile à l'acquisition de ces principes.

M. LE D<sup>r</sup> SOLAS. — Il n'y a pas lieu de recommencer la discussion sur la valeur ou la possibilité de faire un traitement aseptique des canaux radiculaires, tout le monde est d'accord sur ce sujet. Je crois que si on le désire d'une façon absolue et si l'on se met dans certaines conditions, il n'est pas impossible de réaliser le traitement parfaitement aseptique d'une dent.

M. Marmasse a tout à fait raison de nous faire remarquer que la chose est à peu près irréalisable à la cadence de traitement des patients dans le cabinet du praticien.

Par conséquent je crois que nous sommes condamnés, que nous le voulions ou non, à opérer à une allure dont la rapidité s'accommode mal de la stricte observance des règles de l'asepsie absolue. Nous sommes obligés de faire de l'asepsie relative. Je pense qu'il faut la rendre un peu plus ai-



mable et un peu plus abordable à l'esprit du jeune élève. Lorsqu'on parle de mettre la digue, c'est une excellente chose, à condition de faire comprendre à ce jeune élève que cette pratique n'est pas une opération extrêmement difficile et qu'elle sert à quelque chose.

Il faut qu'on lui explique que la pose de la digue se fait sur une dent déjà préparée, dégrossie, un peu nettoyée ; le déblayage fait préalablement en milieu humidifié par la salive est préférable au fraisage à sec qui vaporise dans les bronches du patient et de son opérateur des poussières éminemment infectieuses.

Si nous savons expliquer à l'élève ces choses-là, si nous lui rendons l'asepsie relativement abordable, il y prendra goût. De même pour tous les traitements de canaux, je crois qu'il faut tâcher de lui donner des notions très précises, simples et faciles à réaliser. Dans les Écoles dentaires, je ne crois pas qu'on puisse exiger un matériel extrêmement important. Les trousses actuelles sont bien constituées. Tout au plus peut-on souhaiter qu'elles contiennent plus de sondes et de tire-nerfs, afin que nos étudiants puissent préparer d'avance de nombreuses mèches.

M. DEROUINEAU. — Il est difficile de prendre la parole après les Maîtres de l'École dentaire de Lyon, de l'École Odontotechnique et de l'École dentaire de Paris, après M. le Dr Roy qui est vraiment un dictionnaire scientifique vivant ; et je vous demande, mes chers confrères, toute votre indulgence. C'est au point de vue bactériologique que je voudrais préciser pour les étudiants l'importance de l'asepsie du matériel opératoire dans le traitement des canaux.

Ce qui importe, comme vient de le dire le Dr Roy, c'est de prendre les précautions les plus rigoureuses pour éviter l'association microbienne et d'apporter des germes virulents d'un patient à un autre.

A part de petits détails et puisque je suis d'accord avec M. G. Martinier, voulez-vous me permettre de lire mon argumentation des rapports de M. Walker (de New-York) et G. Martinier (de Paris), au VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international.

« Nous devons remercier M. le Président de la V<sup>e</sup> Section qui nous a fait le grand honneur de nous inviter à argumenter les rapports de MM. Walker, de New-York, et G. Martinier, de Paris. Question très importante, que de préparer nos futurs confrères à ce sens chirurgical qui n'admet pas de demi-mesures, pour la conservation d'organes aussi utiles pour l'économie générale que ceux que nous traitons.

« Les moyens préconisés par les auteurs dans l'exposé de leurs rapports sont :

« 1<sup>o</sup> Salle spécialement organisée pour le traitement des canaux radiculaires, sous la surveillance de professeurs rompus à cette technique.

« 2° Méthodes d'asepsie et d'antisepsie rigoureusement appliquées au matériel, aux pansements, au champ opératoire.

« 3° Radiographie à chaque cas et au besoin en cours de traitement.

« 4° Contrôle bactériologique obligatoire.

« Cette documentation ne nous paraît devoir être qu'un rappel d'affirmations déjà maintes fois posées, non seulement dans la pratique chirurgicale, mais encore par de nombreux chirurgiens-dentistes dans l'exercice de notre spécialité. Elle pose avec netteté des nécessités qui devraient être considérées désormais comme élémentaires et nous nous permettons de préciser qu'en France, MM. Housset, Hulin, Lubetzki, d'autres et nous-même, avons déjà exposé longuement ces nécessités.

« Nous rappellerons qu'au Congrès de l'A. F. A. S. 1927, nous avons émis les principes suivants sur lesquels les rapporteurs ont raison d'insister une fois de plus :

« 1° Qu'il est un devoir pour tout praticien ou étudiant de préparer chaque jour la stérilisation de son matériel.

« 2° Que l'asepsie de la cavité buccale n'est pas nécessaire, qu'il suffit d'aseptiser l'instrumentation employée et qu'aucun liquide septique ne vienne souiller la dent en cours de traitement.

« Il est indispensable en effet de savoir que les germes de la pulpe contre lesquels l'organisme se défend sans pouvoir les détruire ne doivent pas être favorisés dans leur vitalité par des saprophytes ou pathogènes venus des instruments ou des parois buccales.

« Nous laisserons de côté la question de la salle d'opérations très bien décrite par M. Walker, à la Faculté dentaire de New-York, ainsi que la question des radiographies facilement réalisables avant toute opération ou en cours de traitement. Nous nous arrêterons sur l'organisation de la stérilisation des instruments

« Sans reprendre toute l'énumération du matériel opératoire et les procédés d'asepsie minutieusement étudiés par M. G. Martinier, nous nous permettons cependant de préciser :

« 1° Qu'il n'est pas indispensable de fermer à la flamme l'ampoule de verre contenant un tire-nerf, pour la scier au moment de l'emploi.

« Le tire-nerf peut être placé dans un tube de verre fermé d'un coton, comme pour les autres instruments canaliculaires (beutelroks, broches de Kerr, bourre-pâte, aiguilles, mèches montées sur sondes). Tous ces tubes mis dans une boîte métallique passeront à la chaleur sèche.

« 2° Qu'il faut apporter une attention particulière aux pièces à main et angles droits.

« Nous préférons pour ces instruments, après leur nettoyage et graissage chaque jour, la méthode de stérilisation de P. Housset, four à formol, temps à chaud 20 minutes à 60°. Nous devons bien préciser qu'il est indispensable

pour se conformer à cette pratique, que l'étudiant ait à sa disposition un double jeu de ces instruments : l'un passant à la stérilisation pendant que l'autre est en service.

« 3<sup>o</sup> Qu'il ne faut saisir un insufflateur à air chaud ou une poire que la main recouverte d'une compresse stérile, comme fait le chirurgien quand il saisit un thermocautère. La poire devra contenir de la poudre de trioxyméthylène pour parfaire la stérilisation de l'air, et être nettoyée chaque jour à l'alcool à l'intérieur et séchée avant de remettre la poudre.

« 4<sup>o</sup> Qu'il faut procéder au contrôle bactériologique en se conformant aux précautions suivantes (rappelées chaque année par le Dr Delater dans les cours de perfectionnement de l'École dentaire de Paris) :

« a) Après désinfection minutieuse du canal, mettre en place une première mèche stérile non antiseptique et la laisser en place une huitaine de jours, pour qu'elle s'imprègne des traces d'antiseptiques restant dans le canal et dans les régions des tissus périapicaux. Cette mèche ne servira pas encore au contrôle, parce que l'antiseptique dont elle s'est chargée compromettrait toute tentative de culture. Protéger uniquement la mèche avec du ciment.

« b) Une deuxième mèche stérile non antiseptique est ensuite placée sous ciment et laissée au moins huit jours, pour lui laisser le temps de s'imprégner des sérosités microbiennes venues du péri-apex.

« c) Le prélèvement sera fait sous digue, la dent sera nettoyée à l'alcool. Le ciment sera extrait avec une fraise stérile, la mèche sera saisie avec une pince stérile. On séparera, avec des ciseaux stériles, l'extrémité coronaire imprégnée d'antiseptiques du ciment, de l'extrémité apexienne chargée peut-être de microbes, qui risqueraient d'être tués par les traces caustiques de cette extrémité coronaire. Pour cela, on maintiendra un instant la mèche au-dessus d'un petit tube à essai stérile, préalablement découvert de son coton par un aide, et on y laissera glisser l'extrémité apicale de la mèche. L'aide devra saisir le bouchon de coton suivant le mode bactériologique, c'est-à-dire en ne touchant ce bouchon que par son extrémité libre et en flambant rapidement l'orifice du tube.

« Toute la suite du contrôle bactériologique appartient au laboratoire.

« Pour nous résumer, voici la succession des gestes dont l'étudiant devra posséder l'automatisme :

« *Premier temps.* — Après une opération, destruction des germes septiques par l'ébullition — 30 minutes — des instruments et des plateaux (exception faite des pièces à main et à angle droit).

« *Deuxième temps.* — Essuyage, aiguisage, cardage des fraises, des petits instruments, préparation des boulettes de coton en plusieurs grosseurs, des mèches de coton roulées sur sonde, des gazes. Préparation des instruments canaliculaires : un par tube de verre bouché (il est possible de mettre trois mèches de coton par tube).



« *Troisième temps.* — Préparation des boîtes métalliques.

Une : pour tous les instruments longs et clamps.

Une : pour tous les tubes de verre contenant les petits instruments.

Une : pour les cotons.

Une : pour les gazes.

Une : pour les fraises longues.

Une : pour les fraises courtes.

Une : pour les plaques à ciment.

Une : pour les pièces à main et à angle.

Une : pour la digue et soie contenant du trioxyméthylène.

« *Quatrième temps.* — Toutes les boîtes métalliques vont au Poupinel ou stérilisation électrique à chaleur sèche (sauf la boîte à digue et la boîte des pièces à main et à angle droit (vapeur de formol à chaud).

« *Cinquième temps.* — Après radiographie de la dent qui lui indiquera la direction des canaux, l'étudiant flambra à l'alcool deux plateaux propres. Dans l'un, il mettra les instruments désirés en les prenant dans les boîtes métalliques avec une pince stérile ; dans l'autre, ses cotons, gazes, tubes de verre. La pompe à salive sera ajustée au caoutchouc dont l'extrémité recourbée, qu'il n'aura pas touchée avec ses doigts, sera accrochée au rebord du plateau (nous préférons la pompe à salive en métal qui, bouillie au premier temps, passe dans la boîte aux instruments longs et au Poupinel).

« *Sixième temps.* — Brossage et savonnage des mains, alcool.

« *Septième temps.* — Pose de la digue.

« *Huitième temps.* — Relaver les mains et les passer à l'alcool pour enlever les souillures déposées par le contact de la bouche.

« *Neuvième temps.* — Désinfection du champ opératoire avec de l'alcool iodé.

« *Opération.* — Quelques précautions indispensables.

« Monter les instruments canaliculaires sur les pièces à main ou à angle droit avec une précelle stérile, ne pas les monter avec les doigts. Prendre les boulettes de coton toujours avec la précelle, ne pas les rouler avec les doigts. Tout instrument qui aura pénétré dans une chambre pulpaire et ne pourra être échangé, devra être essuyé avec une compresse stérile, passé à l'alcool et flambé. Les pâtes et ciments seront mis sur une plaque stérile et malaxés avec des spatules stériles.

« Ainsi sommes-nous d'accord avec les rapporteurs pour souhaiter une rapide vulgarisation des méthodes qui permettent une pratique aseptique de la chirurgie des canaux radiculaires. Nous devons les féliciter d'apporter un plan d'organisation aussi judicieusement étudié. »

Pour résumer, il est donc nécessaire :

1<sup>o</sup> De faire bouillir au moins 30 minutes tous les instruments et les pla-

teaux ayant servi, pour détruire la majorité des germes pathogènes (sauf les pièces à main et à angle).

2° Après essuyage, cardage des fraises, nettoyage et aiguisage, les instruments canaliculaires devront être placés dans des boîtes métalliques et passés à la chaleur sèche, 30 minutes à 165°.

Certains chirurgiens exigent même dans les hôpitaux 180° à la chaleur sèche. Pour nous, après de nombreux essais au laboratoire de l'École dentaire de Paris, sous la surveillance de notre Maître le Dr Delater, nous n'avons pas obtenu de cultures, à cette température de 165°, pour les mèches de coton sur sonde et enfermées dans des tubes de verre.

Naturellement, il n'y a rien d'absolu et le mode de stérilisation peut varier. Ainsi le Dr Solas préfère la stérilisation des mèches par trempage dans le chloroforme et séchage au-dessus de la flamme d'un Bunsen (méthode Mendel Joseph).

En parlant du Bunsen, permettez-moi de constater qu'en passant légèrement le doigt dans sa flamme, on ne sent guère de degrés de chaleur. Or, si l'on veut stériliser un instrument non chloroformé ou alcoolisé à cette flamme il faudra l'y laisser complètement quelques secondes et on abîmera plus sûrement le matériel qu'en le passant au Poupinel. Tout est question d'opportunité, de temps, d'emplacement, du nombre de patients pour l'organisation de l'asepsie.

Nous préférons notre méthode, parce que rapide et sûre comme celles de MM. Martinier, Housset, Hulin, Lubetzki.

Les mèches de coton sur sonde devront être stérilisées sans médicament, comme vient de me le dire M<sup>lle</sup> Schmit « pour le contrôle bactériologique du traitement des canaux », contrôle qui servira aux étudiants pour les familiariser avec l'étude des germes de la dent. Et je prierai M. le Président, s'il le juge nécessaire, de renouveler les démonstrations pratiques comme l'a fait M. Housset ; nous pourrions en retirer d'utiles enseignements.

La stérilisation des pièces à main et à angle est très importante. Si on n'emploie pas la digue, nous risquons d'absorber, dans l'engrenage, de la salive. Ces instruments devront être stérilisés par le procédé du formol à chaud (20 minutes à 60°) pour M. Housset, ou par tyndallisation dans l'huile (méthode Hulin).

Pour répondre aux judicieuses objections de M. Marmasse, dans notre pratique, nous ne pouvons empêcher (au contraire des salles d'opérations chirurgicales) que les vêtements de nos patients soient souillés de germes pathogènes. C'est ainsi qu'un patient sortant du métropolitain pourra transporter des bacilles tuberculeux expectorés par un malade contagieux. Nous n'y pouvons rien, la sécurité de nos gestes étant dans l'assurance d'une asepsie rigoureuse de nos instruments. N'oublions pas que les microbes existaient avant Pasteur, et comme le disait encore M. Roy, les chirurgiens

qui opéraient le plus proprement possible avaient plus de succès opératoires que leurs confrères négligents.

Dans l'emploi de la digue, si utile (comme l'a dit M. Marmasse) pour éviter que l'expiration du patient ne vienne troubler par son apport de germes nocifs nos canaux en traitement et notre muqueuse nasale, j'ajouterai qu'il est un facteur extérieur important, je veux parler de la peau (qui emprunte tous les germes de l'air, staphylocoques en quantité) et que nous touchons pour travailler, sans arrêt, avec nos doigts, ainsi largement souillés pour saisir nos instruments stériles. C'est pourquoi nous devrions employer la digue le plus souvent possible, comme nous le rappelle le Dr Solas.

Pour les fautes opératoires, telles que saisir l'insufflateur ou le bras de tour pendant l'opération, personne ne nous empêche d'employer une compresse de gaze stérile.

Pour conclure, nous sommes en vérité tous d'accord sur l'utilité d'une asepsie rigoureuse dans le traitement des canaux. Il est nécessaire d'y contribuer sérieusement pour l'éducation chirurgicale de nos futurs confrères. Pour ma part, je serais désolé d'être traité dans un cabinet où l'asepsie n'existerait pas.

M. G. VILLAIN. — Je suppose que le Président désire que je revienne à la question, c'est-à-dire l'organisation du traitement des canaux dans les Écoles dentaires.

Nous sommes très heureux de l'initiative prise par notre Président et je tiens à l'en remercier particulièrement.

Je remercie d'abord également nos confrères rapporteurs, Pont et Raton, parce qu'ils se sont dérangés de très loin pour venir nous exposer leur manière de voir.

Je remercie MM. Marmasse et Martinier d'avoir bien voulu nous faire les présentations qu'ils ont faites sous forme de rapports.

Je remercie enfin les directeurs d'Écoles, venus ce soir nous apporter leurs réflexions et en premier lieu M. Caumartin, qui a bien voulu venir de Lille pour assister à la séance.

Il est en effet fort intéressant d'étudier en commun un sujet qui intéresse au même titre tous les dirigeants d'Écoles et qui doit retenir leur attention, car cette question n'est pas aussi simple qu'elle paraît, la longue discussion qui a suivi la présentation de ces rapports le prouve surabondamment.

Si je m'en réfère à ce qu'a dit tout à l'heure notre ami Roy, malgré l'enseignement aussi méthodique, aussi précis qu'on donne à nos élèves, ceux-ci semblent encore souvent n'avoir rien retenu. Je lui dirai qu'il ne faut pas trop s'inquiéter. Quand on envoie un enfant à l'école pour apprendre l'orthographe, ce n'est pas tout de suite qu'il la connaît et on n'en peut vouloir ni à son jeune cerveau ni à ses maîtres.



M. Martinier a fait un exposé de la question au point de vue idéal. Je serais tout disposé à suivre les méthodes qu'il préconise, car qui peut le plus peut le moins, et si nous pouvions organiser des services sur cette base idéale, je suis convaincu que nous rendrions de grands services à nos élèves.

Il n'en est pas moins vrai que M. Marmasse a fait ressortir avec beaucoup d'à-propos le fait que, malgré toutes les précautions prises, nous ne pouvons pas pratiquement réaliser les conditions d'asepsie parfaites dans lesquelles opèrent les chirurgiens et que par conséquent il faut faire la part du feu et étudier une technique un peu spéciale, un peu particulière adaptée à nos possibilités, à nos moyens, aux méthodes que nous pouvons utiliser aussi bien dans l'enseignement que plus tard dans notre vie professionnelle.

Pont a dit avec raison que ce qu'il fallait d'abord, ce qui était l'essentiel, c'était de donner l'habitude à l'élève ; cette habitude acquise lui servira toute sa vie professionnelle et des éléments qu'il aura ainsi puisés, il tirera pour lui et ses patients de très sérieux bénéfices.

Les diverses méthodes préconisées par les rapporteurs permettent d'envisager des organisations pédagogiques toutes différentes les unes des autres ; ce n'est pas ici que nous pouvons discuter cette question avec la précision nécessaire pour aboutir à une solution pratique ; il serait nécessaire que cette séance fût suivie d'une réunion comprenant en petit nombre les membres des corps enseignants de nos Écoles, s'occupant particulièrement des questions de dentisterie opératoire avec les directeurs ou ceux qui sont chargés de l'organisation pratique dans ces Écoles ; on arriverait peut-être à établir des principes immédiatement réalisables dans la mesure de nos moyens, de nos possibilités actuelles et petit à petit améliorables.

Il est certains points cependant que l'on peut mettre en lumière. Martinier a fait ressortir, c'est son avis, c'est celui de Walker et d'un grand nombre de praticiens aux États-Unis, les avantages d'organiser une salle spéciale ; et Pont critiquait cette salle spéciale.

Il est évident que, si l'on se place au point de vue où s'est placé Pont, c'est-à-dire l'organisation du cabinet du praticien moyen, peu de praticiens peuvent avoir une salle spéciale pour le traitement des canaux. Poussant ce principe à l'absurde, il faudrait une salle spéciale pour la radiographie, une pour la physiothérapie dans ses applications multiples, nécessitant quelquefois de longues séances, un laboratoire de recherches, etc. ; il faudrait en somme pour chaque praticien une véritable clinique comportant de multiples services.

La question n'est pas là ; dans l'enseignement l'intérêt de la salle spéciale n'est pas de constituer un exemple faisant supposer aux élèves qu'il leur faudra avoir une salle pour le traitement des canaux ; c'est de pouvoir grouper dans un but particulier les élèves avec un personnel spécialisé qui pourrait,

sous leur surveillance, leur inculquer les notions dont ils ont besoin et leur donner l'habitude que demandait Pont.

Je crois que c'est sous cette forme que M. Martinier demandait cette salle spéciale et là je suis d'accord avec lui.

Je ne suis pas moins d'accord avec M. Marmasse, lorsqu'il nous demande de préconiser, de mettre sur pied des méthodes simples. Il est évident que la méthode simple est toujours la meilleure et que c'est vers la simplicité qu'il faut tendre.

Par conséquent, on peut sous leurs deux formes unir l'idéalisme que préconisait Martinier, la simplicité que préconisait Marmasse, et enfin il faut, suivant les idées qu'émettait avec juste raison Pont, donner l'habitude à l'élève par des méthodes d'enseignement précises et surtout unifiées.

Or, cette unification, permettez-moi de vous le rappeler, je l'ai voulue, préconisée et j'ai tout fait pour la réaliser dans le centre d'enseignement qu'est l'École dentaire de Paris. Ce n'est pas un centre rétrograde, c'est un centre où l'on va de l'avant autant qu'on le peut. N'est-ce pas ici qu'on a, sur l'invitation que j'en fis au retour d'un voyage aux États-Unis en 1919, organisé une série d'études pour réagir contre les tendances mutilatrices qui se firent jour dans des Écoles anglaises et américaines au sujet de l'infection focale ! Housset fit, en collaboration avec Hulin, Godefroy, Miègeville, un splendide rapport que vous avez encore présent à la mémoire. L'École Garancière a fait un travail similaire sous l'impulsion de M. Dubois et nous sommes arrivés en France à montrer les premiers que l'infection focale ne comportait pas un seul traitement : l'extraction, mais que par des techniques précises et aseptiques elle pouvait être évitée ou guérie.

L'unité n'est pas facile à obtenir dans l'enseignement ; elle est plus difficile à obtenir chez nous Français que partout ailleurs peut-être parce que nous avons un défaut qui est une qualité, ou une qualité qui est quelquefois un défaut : c'est notre individualisme. Il est difficile de demander à un Français de se soustraire à cet individualisme et de ce fait la discipline dans l'enseignement est plus difficile à obtenir que partout ailleurs.

Néanmoins, il faut vouloir, il faut chercher à imposer cette unité. Elle doit être réalisée dans le matériel d'une part ; elle doit être imposée à l'élève dans la préparation de ce matériel. Elle doit être réalisée dans les thérapeutiques préconisées ; il y a différentes thérapeutiques, elles peuvent toutes donner de bons résultats, dans une unification pour des buts pédagogiques il faut choisir une thérapeutique, puis fixer avec précision les règles d'application. Par conséquent une thérapeutique unifiée, mais surtout une technique unifiée, car, je viens de le dire, c'est plutôt dans la manière dont on règle cette thérapeutique qu'on obtient des résultats.

Il serait bon aussi d'avoir des méthodes d'expérimentation. Le Dr Roland nous a montré un appareil avec lequel on pouvait faire l'essai des ma-

tières obturatrices et particulièrement de l'amalgame. Après avoir enseigné à l'élève une technique précise et lui avoir fait exécuter suivant cette technique une série d'amalgames, on pouvait lui montrer le résultat obtenu en soumettant ces amalgames à des essais précis, et Rolland nous disait que 90 % des amalgames faits par des confrères et soumis aux essais ne rendaient pas du tout ce que l'on attendait, l'expérience montrant qu'ils étaient loin d'être parfaits.

Pour le traitement des canaux, il est facile de procéder d'une manière analogue: à l'unité, à la méthode, à l'habitude à donner à l'élève, au matériel spécial, il faut encore ajouter quelque chose: c'est le contrôle bactériologique. Il faut que l'élève puisse faire ce contrôle; non pas qu'il le fera toujours, car quel est celui d'entre nous qui fait le contrôle bactériologique de tous les canaux qu'il traite? On le fait pour un certain nombre de cas, mais on ne le fait pas dans tous les cas. Il serait idéal de le faire toujours, mais le but recherché par ce contrôle n'est pas là, il est surtout dans ce fait que, soumettant tous ces traitements au contrôle bactériologique, l'élève se rendra compte des succès, de leur pourcentage. Il saura alors que sa technique n'est pas parfaite, qu'il faut qu'il travaille encore celle-ci.

Je demande donc qu'on ajoute le contrôle bactériologique à l'organisation du traitement des canaux dans les centres d'enseignement dentaire.

Je voudrais surtout que nous aboutissions à une réunion des personnes compétentes de nos centres d'enseignement dentaire dans le but de mettre sur pied une organisation simple, mais développant surtout chez l'élève l'esprit méthodique, la minutie, le respect des règles de l'asepsie et le goût du contrôle; la séance aura alors été d'une utilité de tout premier ordre.

M. LE PRÉSIDENT. — Mes chers confrères, je vous avoue que je suis très heureux de cette séance. J'avais, en ouvrant la séance, un peu peur qu'elle ne fût pas très intéressante.

Les différents rapporteurs ont soulevé tout le problème d'une façon parfaite. Ils se sont tous attachés à nous dire que c'est l'asepsie et rien que l'asepsie qui constitue le problème du traitement radiculaire. Mais ce qui les différencie, c'est que les uns — comme Martinier — vont à l'idéalisme et veulent que l'asepsie soit complète, parfaite et prétendent la réaliser ou essaient de la réaliser.

L'asepsie est peut-être difficile à réaliser, mais dans nos centres d'enseignement — et je suis bien placé pour le voir — il est extrêmement difficile d'inculquer à nos élèves, à nos étudiants, non pas le principe de l'asepsie, mais le respect de l'asepsie, et c'est parce qu'il est difficile de leur inculquer ce respect de l'asepsie que nous devons peut-être tendre vers l'idéalisme tout en sachant qu'il n'est peut-être pas réalisable, parce qu'ici-bas l'idéalisme n'est jamais réalisable.

Tous les orateurs ont été unanimes sur le principe de l'asepsie.

Alors nous arrivons à la question, au dernier principe sur lequel presque



tous les orateurs ont été unanimes, vers lequel toutes les Écoles doivent tendre : c'est d'inculquer une technique qui sera dans l'unité d'enseignement, dans la manière rigoureuse d'enseigner, qu'on inculquera aux étudiants pour qu'ils puissent précisément respecter les principes d'asepsie qu'on leur a inculqués et non pas de façon différente.

Je ne veux pas prolonger cette séance ; elle a assez duré ; mais je tiens à remercier encore une fois tous les rapporteurs de l'honneur qu'ils ont fait à la Société d'Odontologie d'avoir présenté leurs rapports.

Je tiens à remercier tout particulièrement M. le Dr Pont et M. Raton, de Lyon, qui nous ont apporté un rapport sur cette organisation, l'École Odontotechnique et le Dr Caumartin.

Cette question, je voudrais la voir résolue d'une façon parfaite dans nos Écoles dentaires ; mais ce n'est pas le rôle de la Société d'Odontologie ; l'initiative doit venir des Écoles. Ce sont elles qui doivent provoquer cette réunion entre professeurs. Essayez donc de vous réunir, d'apporter une solution à ce problème qui, si vous le réalisez dans les Écoles, diminuera peut-être l'importance de l'infection locale et l'importance de tous les foyers péri-apexiens que nous constatons dans notre clientèle.

Si nous arrivons à soigner convenablement suivant de bonnes méthodes et suivant une technique rigoureuse nos canaux, nous aurons — c'est ce que je répète à mes élèves — supprimé les 3/4 des arguments de la focal-infection, nous arriverons à sauver de nombreuses dents et à rehausser notre technique et notre profession.

---

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

### LES EXPOSITIONS *(Suite) (1)*

#### EXPOSITION SCIENTIFIQUE DES ÉTATS-UNIS

COLLÈGE DE DENTISTERIE DE L'UNIVERSITÉ DE CALIFORNIE

*(Présenté par le Dr H. BECKS, M.D., D.D.S.)*

L'Exposition comprenait 250 agrandissements de photomicrographies, 30 cm. × 45 cm. et représentait les états normaux et pathologiques du paradentium.

Dans la partie ayant trait à l'histologie normale du paradentium, les différents tissus, épithélium, gencive, ligament alvéolo-dentaire, os et ciment, étaient présentés séparément.

Une importance spéciale a été accordée à une série de photographies montrant la formation normale de la dent d'après Becks, ainsi qu'il est décrit dans de récentes publications. Ces dessins sont en contradiction morphologique avec l'Ecole de Vienne.

Les modifications pathologiques étaient groupées suivant les résultats d'expérimentation sur l'animal :

1. Parodontose (pyorrhée) ;
2. Dystrophie osseuse fibreuse et
3. Ostéoporose des mâchoires ;
4. Scorbut (cobayes et singes) ;
5. Rachitisme.

Le matériel expérimental a prouvé pour la première fois que le type dystrophique de parodontose décrit par Weski peut dériver d'une ostéopathie, elle-même pouvant être produite sur des chiens par un régime pauvre en calcaire sans addition de Vitamine D. Avec ce régime, une forme de dystrophie osseuse fibreuse avec pseudo-tumeurs et kystes des mâchoires fut aussi reproduite.

Les troubles profonds ostéoporotiques et dystrophiques dans les procès alvéolaires du chien fournissent des indications importantes pour l'interprétation des symptômes cliniques de la parodontose humaine.

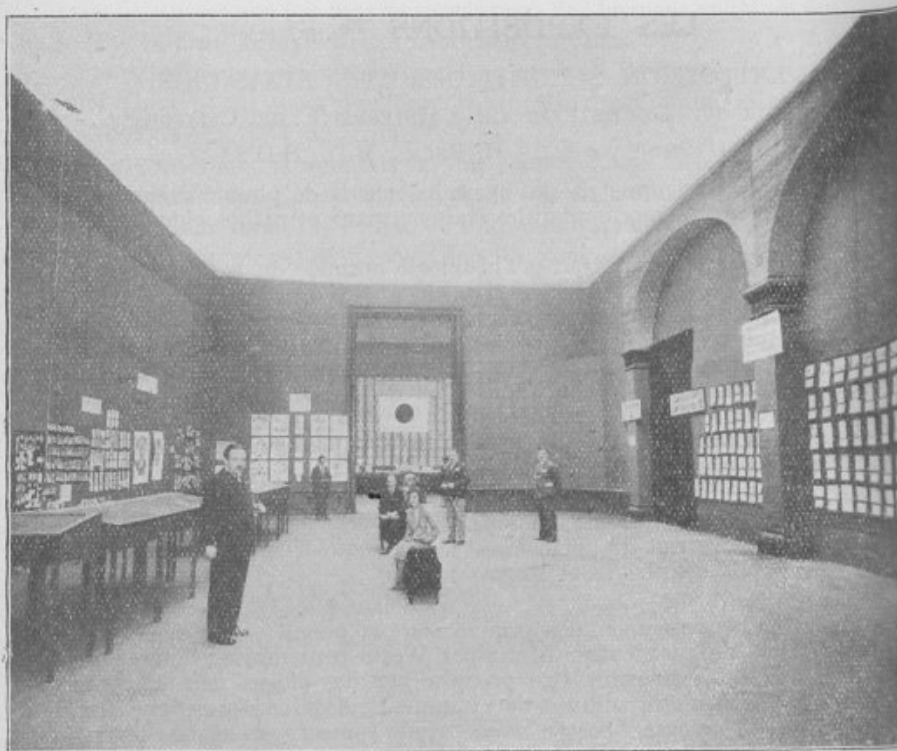
Dans le groupe « Rachitisme » furent traités les questions concernant l'histopathogénèse de l'hypoplasie de l'émail et les troubles profonds de la formation dentinaire. Il fut prouvé que l'apparition d'hypoplasie adamantine sur l'animal n'est pas le résultat d'absence ou d'insuffisance de substance adamantine calcifiée (résultant d'un déficit calcaire suivant l'interprétation de Gottlieb), mais d'une dégénérescence primitive de l'épithélium générateur d'émail si l'apport phospho-calcaire est troublé et si l'alimentation manque de vitamine D. L'hypoplasie de l'émail peut aussi résulter

---

(1) Voir numéros d'octobre 1931 à mai 1932.

d'œdème, suivant Bauer et Klein. Le manque de Vitamines D doit être incriminé également lors du développement d'altérations profondes dans la formation de la dentine qui arrêtent l'activité des odontoblastes et empêchent l'utilisation du calcium présent en quantités importantes.

Les dessins histologiques montrent ces changements à divers grossissements.



Une des salles de l'Exposition Scientifique des Etats-Unis.  
Dans le fond, une salle de l'Exposition du Japon.

Le matériel animal fut donné par le service du Dr E. V. Mc Collum, à l'Université John Hopkins.

A côté de ces groupes des dessins histologiques de troubles de l'ostéogénèse montraient des odontomes et des kystes dermoïdes.

FORSYTH INSTITUTE LABORATORY  
EXPOSITION DU Dr PERCY HOWE

Elle se composait de crânes et de photographies, représentant la production de la carie, de la pyorrhée et de l'irrégularité des dents chez les singes et autres animaux d'expérience, par suite d'insuffisance alimentaire en



éléments minéraux et en certaines vitamines. La pathologie des tissus dentaires et osseux était également montrée.

L'absence de vitamines consistait en vitamines A et D.

L'effet de l'alimentation scorbutique sur les odontoblastes et sur la dentine était représenté par une série de microphotographies. Le phénomène du rétablissement était également montré quand un facteur manquant dans l'alimentation avait été fourni.

L'effet de l'absence de vitamines A grasses et solubles sur des dents de rats et de cobayes, l'atrophie de l'organe de l'émail et des troubles odontoblastiques, des anomalies du ciment étaient montrés. Les changements produits dans la forme des dents par cette déficience étaient également indiqués. Les effets du rachitisme sur les dents en formation, ainsi que sur les os, faisaient partie de l'exposition.

L'emploi de l'argent réduit dans le traitement de la carie et des dents sans pulpe était montré par une série de dents décalcifiées et transparentes. Il fut fait une démonstration de cette méthode, dans laquelle furent fournies des explications sur la préparation des solutions et l'emploi de la méthode elle-même.

#### ÉCOLE DENTAIRE DE HARVARD

Dr G. WRIGHT (Harvard Dental School) :

Présentation d'un appareil permettant de mesurer la largeur interne des fosses nasales avant et après la modification des maxillaires.

Cet appareil met en valeur l'importance du drainage et de la ventilation par le nez.

L'auteur aboutit à une classification de quatre difformités nasales internes coïncidant avec des irrégularités dentaires.

L'exposition de l'École Dentaire de Harvard embrassait l'enseignement, les recherches de laboratoire et la clinique et représentait les travaux des Services d'orthodontie, anatomie dentaire, radiographie, thérapeutique buccale et prothèse chirurgicale.

##### I. — *Orthodontie.*

Les objets exposés étaient divisés en deux groupes : élèves en cours d'études, élèves diplômés, représentant les méthodes d'enseignement et de clinique employées pour instruire ces deux catégories d'étudiants.

L'objectif du 1<sup>er</sup> groupe est de donner une instruction fondamentale dans cette branche pour que l'étudiant comprenne les rapports existant entre la croissance et le développement et le problème dentaire en entier et soit à même de diagnostiquer avec soin les cas de malocclusion et de reconnaître ceux qu'il est en état de traiter. Cet objectif est atteint en fournissant aux étudiants des cas réels à traiter cliniquement ; aussi son exposition contenait-elle une série de cas traités par des étudiants des années supérieures, sous la direction immédiate d'instructeurs. Ces cas étaient illustrés de photographies des patients et de leurs modèles d'étude, avant et après traitement, complétées par des photographies prises plusieurs années après le traitement. On n'essaye pas d'instruire les étudiants comme spécialistes dans cette branche, qui est réservée aux diplômés, mais la théorie fondamentale de l'orthodontie pour les étudiants est que, par l'étude du diagnostic orthodontique et du contact avec des cas réels, l'étudiant comprend mieux l'aspect normal et l'aspect anormal de la croissance et du développement et leur influence sur la santé des systèmes dentaires.

Le cours des diplômés est destiné à donner un enseignement plus complet à ceux qui se spécialisent dans cette branche ou à les préparer plus complètement au traitement des cas difficiles ou avancés. En outre de l'expérience clinique, le cours a pour but de développer la connaissance des facteurs biologiques fondamentaux pour comprendre complètement tous les problèmes d'orthodontie et de présenter un enseignement varié pour la construction et l'application des divers types d'appareils employés pour le traitement. L'exposition de cette section s'efforçait de représenter ce pro-



Une salle de l'Exposition scientifique des Etats-Unis.

gramme et contenait un spécimen embryologique représentant le travail du laboratoire des diplômés, des modèles de plâtre sur lesquels étaient montés des appareils construits par les diplômés de ce cours et plusieurs photographies et modèles de cas traités à la clinique des diplômés.

## II. — Anatomie dentaire.

L'exposition comprenait des modèles de dents sculptées en plâtre, en ivoire et en savon, ainsi qu'un bloc occlusal de cire, de dents odontotypes et de métal. L'étudiant prend ainsi le premier contact avec un sujet purement dentaire pendant sa première année d'études. L'exposition avait pour but



de montrer le soin avec lequel les principes de l'anatomie dentaire sont enseignés aux étudiants, de façon à leur donner une base scientifique solide pour l'application clinique subséquente.

### III. — Radiographie.

Dix tableaux contenant quarante agrandissements photographiques de radiographies négatives constituaient cette exposition et montraient les méthodes employées pour enseigner la technique et l'interprétation. Les photographies n'étaient pas choisies pour montrer des états pathologiques rares, tels que les révèle la radiographie, mais plutôt pour démontrer l'utilité de l'agrandissement afin d'enseigner la bonne technique et la bonne interprétation. Ces tableaux montraient les phases suivantes de l'enseignement donné aux étudiants en cette matière : aspects anatomiques normaux, croissance et développement et anomalies dentaires, anomalies radiographiques causées par une technique défectueuse, carie, résorption interne et externe, lésions périapicales, application de la radiographie au traitement des dents, application de la radiographie en prothèse, en bridges et en couronnes ; localisation en exodontie, localisation par la méthode occlusale dans un but chirurgical, dents incluses.

### IV. — Recherches.

L'exposition montrait deux phases différentes du travail de recherches à l'École de Harvard. La 1<sup>re</sup> comprenait vingt-quatre tableaux de photomicrographies de spécimens histologiques, préparées au laboratoire de recherches, situé à l'École de Médecine. Elle était divisée en trois sections présentant : 1<sup>o</sup> la façon dont les embryons humains sont traités pour l'examen histologique ; 2<sup>o</sup> l'examen du maxillaire infér. et du palais, de crânes d'Irlandais et d'Esquimaux ; 3<sup>o</sup> le but des études histologiques générales de la naissance et du développement de l'appareil dentaire.

La deuxième représentait le travail du Dr Percy R. Howe, professeur de science dentaire à l'École de Harvard et directeur du dispensaire dentaire Forsyth pour enfants, exécuté par lui pour cette étude conjointement avec le service de pathologie de l'École de Médecine de Harvard. Elle se composait de crânes et de photographies représentant la production de la carie, la pyorrhée et les irrégularités dentaires chez les singes et autres animaux d'expériences par suite d'alimentation insuffisante en éléments minéraux et en vitamines A, C et D ; la pathologie des dents et des tissus osseux ; l'effet de l'alimentation scorbutique sur les odontoblastes et la dentine au moyen d'une série de photomicrographies ; le phénomène de la guérison quand un facteur manquant dans l'alimentation avait été donné ; l'effet de l'insuffisance de la vitamine grasseuse soluble A sur les dents des rats et des cobayes, y compris l'atrophie de l'organe de l'émail et les troubles odontoblastiques ; anomalies du ciment ; changements de forme des dents causés par cette insuffisance ; effets du rachitisme sur des dents en formation, ainsi que sur des os. Une série de dents décaclifiées et transparentes montrait l'emploi de la réduction par l'argent dans le traitement de la carie et des dents sans pulpe.

Il fut fait une démonstration de cette méthode pour montrer les détails de la préparation des solutions et les méthodes de leurs applications.

### V. — Médecine buccale.

Cette section montrait un nouveau moyen de comparaison des mesures



des fosses nasales par rapport aux changements dans la dimension de l'arcade maxillaire produits par le traitement orthodontique. En outre, des tableaux montraient les sutures du maxillaire dans le crâne humain, travail de recherches du Dr Georges H. Wright, professeur de médecine buccale à l'École Dentaire de Harvard, en collaboration avec le Service de Laryngologie de l'École de Médecine de Harvard. C'est là une partie fondamentale du programme d'enseignement à Harvard pour les étudiants en médecine et en dentisterie.

#### VI. — *Prothèse chirurgicale.*

L'exposition du travail de prothèse chirurgicale de l'École dentaire, organisée, sous la direction du Dr Varazlad H. Kajanjan, professeur de chirurgie buccale clinique, en collaboration avec le Service de prothèse, consistait en photographies, diagrammes, masques de la face en plâtre, modèles et appareils d'un groupe de dix-neuf cas dans lesquels la chirurgie et la prothèse étaient employées pour traiter la maladie et restaurer les parties manquantes. Ces cas peuvent être classés sommairement en quatre types généraux : 1<sup>o</sup> états pathologiques résultant d'une affection maligne ; 2<sup>o</sup> fissures congénitales palatines, becs-de-lièvre ; 3<sup>o</sup> prognathisme exagéré ; 4<sup>o</sup> traumatismes avec perte de substance buccale.

Sur les onze cas malins, dix présentaient des formes variées de carcinomes et un de lupus vulgaire. Ces cas étaient traités par la chirurgie radicale et avaient parfois pour conséquence une perte de tissu étendue ; trois, par exemple, présentaient la perte de la lèvre supérieure, du nez, du maxillaire et la destruction de la structure palatine et nasale. La prothèse dans ces cas comprenait généralement une réparation osseuse de la lèvre supérieure et une restauration prothétique du palais dur, des segments maxillaires des dents antérieures et du nez avec de la vulcanite. Une rétention satisfaisante de ces appareils était assurée par des lunettes et par des tubes et des chevilles de jonction entre le nez et la denture partielle. Certains cas comprenaient la perte d'un œil et alors la restauration prothétique était étendue pour comprendre une orbite manquante. Un cas comprenant la perte de la moitié de la mandibule était restauré par l'ostéoplastie, avec greffe du tibia. Dans plusieurs cas des perforations palatines étaient restaurées par des extensions sur le dentier et un cas de fibro-sarcome ostéogénétique étendu de la partie gauche du maxillaire était restauré par un dentier partiel avec extensions pour supporter l'orbite et la joue. Le cas de lupus présentait une perte de la moitié inférieure du nez, restaurée d'abord par un nez en vulcanite porté 2 ans et plus tard par une rhino-plastie prélevant un lambeau sur le front. Un tableau articulé montrait le traitement chirurgical, les opérations plastiques et la technique prothétique employée pour restaurer des cas d'affection maligne.

Les trois cas de fissures palatines et de bec-de-lièvre montraient un état masqué de la difformité : 1<sup>o</sup> hypo-développement et distorsion du maxillaire supérieur avec retrait de la partie supérieure de la face et du nez ; 2<sup>o</sup> série d'opérations chirurgicales : résection du septum, extraction de dents antérieures en malposition, greffe cutanée de la cavité buccale pour contenir l'appareil prothétique restaurant les dents manquantes et supportant le contour de la lèvre supérieure ; 3<sup>o</sup> asymétrie de la face et du nez, irrégularités des dents, large fissure soumise à deux opérations chirurgicales pour réparer la difformité nasale et le palais mou, après quoi un appareil prothétique fut inséré pour couvrir la perforation du palais dur.

Trois cas de prognathisme exagéré comportaient un traitement avec enlèvement chirurgical à la scie de Gigli de sections de chaque côté du corps du maxillaire, puis les parties étaient maintenues en position par des attelles construites pour les cas préalablement à l'intervention. En six à huit mois, consolidation de la mandibule ; au bout d'un an, retour de la sensation des tissus antérieurs.

Deux cas de traumatisme avec perte de tissus buccaux montraient le mode de traitement en cas de perte des segments latéraux de la mandibule : l'un provenait d'une blessure par coup de feu ayant entraîné la perte d'une partie de la mandibule avec déplacement du segment restant, et était restauré par la prothèse après opération plastique pour assurer une poche convenable destinée à la rétention de la restauration ; l'autre était la perte de la totalité du côté droit du maxillaire à partir de la ligne médiane postérieure, approximativement avec déplacement latéral et postérieur du segment restant. Le problème consistait alors à restaurer mécaniquement l'articulation temporo-maxillaire, ce qui fut fait par une jointure à bille et à alvéole qui reliait cette partie de l'appareil attachée à la portion postérieure du maxillaire et la partie attachée par une charnière horizontale à la surface linguale des dents antéro-inférieures. Avec ces deux jointures mobiles le segment de la mandibule était maintenu en position convenable et l'occlusion des dents restantes assurée.

Deux photographies montrant la situation et l'étendue de l'exposition accompagnent ce rapport.

L'École dentaire de Harvard a considéré comme un honneur et un privilège de pouvoir exposer une partie de son matériel clinique et d'enseignement au Congrès et, en son nom, je désire exprimer ma gratitude et mes remerciements pour la collaboration et l'hospitalité que nous avons trouvées auprès de nos hôtes français dans cette réunion intéressante et pleinement réussie de dentistes du monde entier.

VARAZLAD H. KAJANJIAN, *Président du Comité de l'Exposition de l'École dentaire de Harvard.*

#### ASSOCIATION DENTAIRE AMÉRICAINE

L'Exposition de l'Association Dentaire Américaine avait pour but de montrer ce que fait l'Association pour les progrès de la dentisterie et le profit de ses membres.

Un grand tableau de 2<sup>m</sup>40 sur 3<sup>m</sup>60 était la pièce centrale de l'exposition. Il représentait un petit groupe d'hommes arrivant au jour en sortant d'une forêt épaisse et sombre, pour montrer la profession dentaire s'efforçant de parvenir à la lumière. Le titre en était « A la lumière » ; il était expliqué en outre par le titre placé au-dessus, qui s'appliquait à toute l'exposition : *l'Union fait la force ; l'Organisation assure le progrès.*

De chaque côté de ce tableau étaient placés trois panneaux blancs débordant légèrement, imprimés en couleur, expliquant l'action et les services assurés par l'Association Dentaire Américaine. En partant des panneaux adjacents au tableau central, chacun des autres panneaux se faisant suite était légèrement plus petit que celui qui le précédait. Chaque panneau était supporté par un pilier creux contenant des lampes électriques jetant un jet de lumière au travers des panneaux vers la pièce centrale. Ces lampes accouplées avec d'autres semblables, placées au-dessus de la pièce centrale et projetant leur lumière vers le bas, donnaient un éclairage plein d'éclat.



Les inscriptions suivantes se trouvaient sur les panneaux, à gauche de la pièce centrale :

Comité du fonds de secours :

Reçoit et instruit les demandes de secours des sociétaires.

En collaboration avec les sociétés constitutives, il accueille ou rejette les demandes et fixe le montant des allocations.

Groupe de l'Assurance :

Fournit des assurances à prix modique aux sociétaires.

Fournit la protection d'une assurance avantageuse.

Le journal :

Publie tous les mois des articles scientifiques et techniques, répand les autres informations utiles.

Réclame contrôlée de produits sérieux.

Extraits et résumés d'articles de valeur, publiés dans d'autres périodiques.

Revue des livres nouveaux ayant trait à la dentisterie.

Réunions annuelles :

Présentation des connaissances nouvelles par des communications et des démonstrations.

Exposition de produits du commerce relatifs à la dentisterie.

Réunion des Comités directeurs de l'Association.

Laboratoire de chimie :

Recherches et réponses aux demandes relatives aux médicaments dentaires.

Analyses chimiques de formules secrètes.

Se livre à tous travaux chimiques pour le Conseil de thérapeutique dentaire.

Conseil de thérapeutique dentaire :

Examine les revendications des fabricants de remèdes en matière thérapeutique.

Publie des rapports, ainsi que des articles destinés à augmenter les connaissances professionnelles en pharmacologie et en thérapeutique.

Prépare un livre de « Remèdes dentaires acceptés et médicaments utiles officiels et non officiels ».

Commission des recherches :

Reçoit et examine la valeur relative des demandes de subvention pour divers genres de recherches dentaires.

Accorde des subventions pour faciliter les recherches.

\*  
\* \*

Les panneaux du côté droit contenaient les renseignements suivants :

Bureau d'enseignement de l'hygiène dentaire :

Développe des relations amicales avec d'autres organisations sanitaires.

Donne des avis pour l'établissement des programmes d'hygiène par l'Etat et les collectivités.

Fournit du matériel d'enseignement : tirages à part, conférences écrites, conférences verbales radiodiffusées, affiches, clichés pour projections, films, articles de publicité, etc., à prix très réduits.

Conseille et aide pour les diverses conférences d'hygiène dentaire.

Fournit des renseignements variés ayant trait à l'action professionnelle.

Prépare des expositions pour les réunions professionnelles et autres.



Conseils d'enseignement dentaire :

Inspection et travaux tendant à l'élévation morale, l'organisation et le classement des Ecoles dentaires.

Bureau de librairie :

Prépare des *paquets de librairie* (collection de coupures de journaux, tirages à part, etc., sur certaines branches de la dentisterie) ; plus de 2.000 paquets différents sont en vente pour un prix modique.

Prête des livres dentaires aux sociétaires et en achète pour eux.

Répond aux questions ayant trait à la littérature dentaire.

Comité d'indexation dentaire :

Réunit, classe et indexe toute la littérature dentaire.

Publie des index de littérature dentaire.

Comité d'étude de la pratique dentaire :

Rassemble, examine et interprète toutes données relatives aux éléments de la pratique dentaire dans leurs rapports avec les membres de la profession et le public.

Comité de législation dentaire :

Examine et étudie tous les projets de loi touchant la profession dentaire.

Présente des faits regardant les Comités des Congrès.

En collaboration avec les sociétés constitutives, il coopère à la législation favorable à la dentisterie.

EXPOSITION DU COLLÈGE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE CHICAGO

SECTION DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ LOYOLA

Photomicrographies illustrant les sujets suivants d'histologie et de pathologie buccale et dentaire ;

Perte des dents temporaires ;

Attache épithéliale et corticale ;

Lamelles de l'émail et carie ;

Formation de dentine secondaire ;

Processus de guérison suivant la thérapeutique des canaux radiculaires ;

Résection de la racine ;

Cas exceptionnel de résorption des dents permanentes ;

Vitamines D et calcification de tissu dur chez des rats ;

Adamantinome ;

Carcinome de la bouche ;

Histologie du maxillaire édenté ;

Maxillaire supérieur d'un enfant nouveau-né avec fissure palatine ;

Topographie et développement des dents temporaires et permanentes supérieures chez un enfant de six mois ;

Topographie et développement des bicuspidés et cuspidés supérieures à différents âges ;

Expériences chirurgicales d'opérations précoces de fissures congénitales ;

200 cartons de 28×38 centimètres carrés, avec photomicrographies de 20×25 centimètres carrés et texte en anglais et en français.

(A suivre).

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 2 Février 1932

PRÉSIDENCE DE M. LUBETZKI, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 20 h. 45.

*M. le Président.* — Avant de commencer la séance, je dois vous annoncer la mort de M. Prevel, un des plus anciens membres de cette Société. M. Prevel était très assidu à nos séances. Le hasard veut que ce soit moi, son opérateur d'il y a plus de 20 ans, qui sois obligé de vous annoncer sa mort ; et je crois ne pouvoir mieux faire que de vous lire une partie de ce que M. le Prof. Roy a dit sur sa tombe, au nom de la Société d'Odontologie et de l'Ecole Dentaire de Paris.

« Diplômé de l'Ecole en 1882, c'est-à-dire de la deuxième promotion, Prevel a fait partie de son corps enseignant comme démonstrateur et comme chef de clinique, et nombre de confrères déjà âgés lui doivent une partie de leur instruction professionnelle.

« Il était un des plus assidus aux séances de la Société d'Odontologie de Paris, à laquelle il a présenté plusieurs communications marquées au coin de sa grande expérience.

« Membre pendant plusieurs années et à plusieurs reprises des Conseils d'administration de l'Ecole et de l'Association, il apportait ses sages conseils dans nos assemblées. »

Nous adressons à sa famille et en particulier à son fils, notre confrère Prevel, toute l'expression de nos condoléances et de notre profonde sympathie.

I. — L'ORGANISATION RATIONNELLE DU TRAITEMENT DES CANAUX RADICULAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT DENTAIRE.  
(Voir les rapports et la discussion de cette question, p. 341).

La séance est levée à 23 h. 45.

*Le Secrétaire Général,*  
D<sup>r</sup> LEBLAN.

Séance du 3 Mai 1932

(Résumé)

I. — M<sup>me</sup> Caen-Kaneko soumet à l'assistance quelques projections de radios dentaires intra-buccales extrêmement intéressantes. Il s'avère de plus en plus que le chirurgien-dentiste ne peut plus progresser dans ses diagnostics sans le secours de la Radiographie. L'auditoire fait à M<sup>me</sup> Caen-Kaneko, radiologiste de l'Ecole dentaire de Paris, le succès que mérite son brillant exposé.

II. — *Le D<sup>r</sup> Roy : Considérations sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires.*

L'orateur insiste sur la défectuosité du traitement des dents infectées.

La technique consiste à pénétrer largement dans les canaux. Pour lui aucun sacrifice de tissu ne doit être épargné pour arriver à ce résultat. La vision directe est indispensable jusqu'au bout du canal.

Le D<sup>r</sup> Roy ne préconise pas la trépanation des molaires à leur centre ; pour lui le point d'élection est le point de projection du canal mésio-vestibulaire.

Parfois le canal radiculaire qui semble entièrement calcifié ne l'est qu'en partie et il y a une partie libre septique à une profondeur plus ou moins grande ; dans ces cas, le D<sup>r</sup> Roy recherche cette partie libre du canal en creusant la racine avec des fraises rondes, du cablire 8, au début, au calibre 3 dans la profondeur.

L'auteur attire ensuite l'attention sur diverses considérations relatives à la désinfection proprement dite des canaux.

La discussion de cette question est remise à la séance suivante.

III. — *Le D<sup>r</sup> Dufourmentel : Traitement du prognathisme par la résection bi-condylienne. Considérations chirurgicales.*

Lorsque le chirurgien-dentiste ne peut rien obtenir par les moyens d'orthodontie habituels, le chirurgien peut intervenir. C'est ce que nous expose avec clarté et maîtrise le D<sup>r</sup> Dufourmentel.

Il nous parle des anciens procédés, section d'une portion des branches horizontales, section d'un fragment d'angle, section au-dessus de l'épine de Spix et nous énumère les inconvénients. Puis il attaque sa méthode de résection bi-condylienne. Un film représentant l'habile chirurgien en train d'opérer montre à l'assistance en quelques minutes les merveilleux résultats de cette intervention.

III (suite). — *M. P. Housset : Traitement du prognathisme par la résection bi-condylienne. Considérations prothétiques.*

Il reste après l'intervention chirurgicale, une béance qui est fonction du degré du prognathisme et qu'il convient de réduire par des moyens orthopédiques et mécaniques dont voici les éléments essentiels :

1<sup>o</sup> Moulage orthopédique pré et post-opératoire.

2<sup>o</sup> Réduction par l'action d'antennes fixées sur une gouttière mandibulaire en trois pièces articulées. Les antennes sont reliées à un casque.

3<sup>o</sup> Traitement complémentaire éventuel orthodontique ou prothétique.

L'auteur étudie les conditions mécaniques du prognathisme, le processus de réduction physiologique et le processus ostéo-génétique de réparation.

Il montre l'importance fonctionnelle de ces interventions et présente les modèles avant et après traitement, ainsi que l'appareillage.

Cette double communication est très applaudie et vivement commentée.

*Le Secrétaire général : D<sup>r</sup> LEBLAN.*

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

*Séance Mensuelle du Mardi 26 Avril 1932*

La séance est ouverte à 21 heures, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> Gérard Maurel, Président.

Admission de nouveaux membres.

Le D<sup>r</sup> Gérard Maurel fait une communication sur l'« Extraction au cours



des Stomatites ». L'auteur insiste sur le fait que les extractions provoquent toujours une poussée inflammatoire dans la région intéressée.

Le Dr Gérard Maurel propose donc de soigner les Stomatites par des moyens ordinaires avant de pratiquer l'extraction. Les applications d'arséno-benzol donnent de très bons résultats. L'auteur conseille surtout d'éviter les extractions de dents de sagesse.

M. Lebrun et le Dr Frison félicitent l'auteur de son initiative qui semble appelée à donner de très bons résultats.

M<sup>lle</sup> Somer présente des disques consistant en préceptes d'hygiène dentaire à l'usage des enfants dans les écoles.

Les docteurs Truffert, Gelly et Bouland présentent quelques séquelles tardives de traumatismes maxillo-faciaux de la guerre.

Le Dr Gelly expose le cas des trois premiers, l'un atteint d'un trismus du ptérygoidien, l'autre ayant des disjonctions du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur ; le troisième, tout à fait remarquable, est le seul cas de greffe chondro-cutanée à pédicule tordu à 180°.

Le Dr Truffert présente un sujet atteint d'un éclatement de tout l'étage inférieur de la face. Une greffe ostéo-périostée fut faite il y a 15 ans.

MM. Lebrun, les Drs Frison et Gérard Maurel prennent part à la discussion.

M<sup>lle</sup> Guéricolas expose ensuite les effets et les résultats très brillants obtenus dans le traitement de la paradentose par l'emploi de vaccins locaux réinjectables. Deux formes de présentation : le vaccin injectable Pyodyl et une gelée arsenicale, le Pyodarsenol.

Le Dr Frison insiste sur le fait que ce vaccin est essayé par le service de pyorrhée de l'Ecole et que les résultats sont tout à fait remarquables.

La séance est levée à 23 h. 30.

*Le Secrétaire des Séances : VABOIS.*

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1932

### *Présentations :*

*Dr Crocquefer : Communications naso- et sinuso-buccales : deux observations.*

Dans la *Revue de Stomatologie*, de février 1932, l'auteur qui a signalé deux observations de communications sinuso-buccales opérées et guéries après traitement hématologique apporte à l'appui de ses hypothèses deux autres observations suivies de guérison, ce qui lui permet de soutenir les propositions suivantes :

Les communications sinuso-buccales ou naso-buccales pourront reconnaître comme causes, à côté des troubles trophiques nerveux :

1° Toutes les lésions du ligament alvéolo-dentaire tendant à détruire celui-ci sur toute la longueur d'une des faces des racines dont les apex affleurent le plancher du sinus, que ce soit au cours d'une intervention (extraction de dent), ou que ce soit la conséquence d'un processus pathologique aigu ou chronique affectant le tissu osseux périodentaire ;

2° Toutes les causes capables d'empêcher la réunion, par première intention des lambeaux gingivaux, que l'on tente de réunir au cours d'une intervention pratiquée par voie buccale sur la cavité sinusienne ou au voisinage d'une cavité opératoire communiquant avec le sinus.

Parmi ces causes, les troubles de coagulation seront intéressants au premier chef ; le caillot sanguin présentant plus de difficulté à se constituer dans le milieu baigné par la salive qu'au niveau de la peau.

Ce qui implique un traitement hématologique et des recherches appropriées, toutes les fois qu'au cours d'une intervention intra-buccale, le sinus ou les fosses nasales risquent d'être mis en communication avec la bouche.

*D<sup>r</sup> Crocquefer : L'acolihte, alliage nouveau, ses applications, ses indications et contre-indications.*

L'auteur présente un alliage d'antimoine, d'étain et de zinc déjà en usage en Amérique, de couleur argentée et inaltérable en bouche ; ce métal permet d'exécuter des reconstitutions, des inlays simples ou à pivots. Son prix de revient permet, en outre, de l'employer comme matière de restauration des dents devant servir à des travaux de prothèse fixe.

*D<sup>r</sup> Dechaume : Malformation d'origine traumatique de la couronne d'une canine supérieure temporaire.*

L'auteur présente un cas de malformation d'une couronne de canine temporaire supérieure, consécutive à un traumatisme subi à l'âge de cinq mois. Il insiste sur l'importance de ce fait au point de vue médico-légal.

*D<sup>r</sup> Régis : Un cas de malformation dentaire.*

Le D<sup>r</sup> Régis présente un cas de dents soudées et explique ce fait par la présence de phénomènes inflammatoires ayant évolué dans cette région quelque temps avant la période d'éruption des dents.

#### *Communications :*

*D<sup>r</sup> Chatellier : Un cas d'iodoformisme.*

L'auteur relate une curieuse observation d'intoxication par l'iodoforme consécutive à l'application pour traitement d'une alvéolite d'un mélange constitué d'eugénol, de poudre de scuroforme et d'iodoforme en faible quantité. Il rappelle la symptomatologie de ces intoxications et met en garde les stomatologistes contre leur apparition.

*Docteurs Lebourg et Seydel : Les articulations de la face à la naissance.*

Après un rappel embryologique du développement du crâne et de la face, les auteurs pensent que les synfibroses que l'on trouve au niveau des os de la face et du crâne jouent un rôle qui rappelle celui des cartilages de conjugaison des os longs. Les auteurs pensent que toutes les causes qui retentissent sur l'activité des périostes de conjugaison sont capables d'amener des troubles de développement des os du crâne.

Cette notion permettra sans doute de faire entrer dans le cadre des maladies périostiques un certain nombre de dysmorphoses maxillo-facio-craniennes.

*D<sup>r</sup> Crocquefer : Quelques cas de nécroses tropho-infectieuses, pulpaires, ligamentaires, maxillaires.*

L'auteur publie quatre observations d'où il découle qu'une fois de plus le terrain présente, en stomatologie, une importance primordiale et cela non pas seulement du fait d'affections générales, mais aussi comme conséquence de troubles de vitalité localisés consécutifs à des traumatismes, à des affections antérieures. Il en résulte que des troubles tropho-infectieux peuvent s'installer et évoluer au niveau des dents, de leurs ligaments, du maxillaire qui les supporte.

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

## CONGRÈS DE BRUXELLES

### ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(25-29 JUILLET 1932)

*Section d'Odontologie (XIV<sup>e</sup>)*

*Ordres du Jour des Séances (Salles A et B)*

LUNDI 25 JUILLET, A 14 HEURES PRÉCISES. — SÉANCE PLÉNIÈRE  
SALLE A

1<sup>o</sup> Constitution du Bureau.

2<sup>o</sup> Allocution du Président.

3<sup>o</sup> Communications :

A) « Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de l'association fuso-streptococcique à point de départ dentaire » (Projections).

*Par le Prof. Agrégé D<sup>r</sup> Ch. Grandclaude*, Chef du Laboratoire de recherches biologiques à l'Ecole Odontotechnique de Paris ; *et par le D<sup>r</sup> Ph. Lesbre*.

B) « Rôle de l'infection focale dans les psychoses ».

*Par le D<sup>r</sup> Gibier-Ranbaud*, de l'Institut Pasteur de Paris, ancien Directeur de l'Institut Pasteur de New-York.

C) « Dents et Rhumatismes ».

*Par le D<sup>r</sup> Mathieu Pierre Weil*, Médecin des Hôpitaux de Paris.

D) « Les résorptions radiculaires ou rhizalyses » (Projections).

*Par le Médecin Lieutenant-Colonel Bercher*, Chef du Service de Stomatologie du Val-de-Grâce, *et par le D<sup>r</sup> Fleury*, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

MARDI 26 JUILLET. — SÉANCES DU MATIN A 9 H. 30 PRÉCISES

SALLE A

1<sup>o</sup> « Les pseudo-odontalgies ».

*Par le D<sup>r</sup> Maurice Roy*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

2<sup>o</sup> « Les réactions dentinaires avant et après l'obturation ».

*Par M. J. Lubetzki*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

3<sup>o</sup> « Névrites pulpaire consécutives au traitement de la carie non pénétrante ».

*Par M. P. Dubois*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

4<sup>o</sup> « Résultats de traitements classiques de lésions périapicales ».

*Par M. Cyrus N. Fay*, Chirurgien-Dentiste, à Bruxelles.

SALLE B

1<sup>o</sup> « La carie des racines et radiographie dentaire » (Projections).

*Par le D<sup>r</sup> Schindler*, Professeur à l'Institut dentaire de Berne.

2<sup>o</sup> a) Contrôle radiographique des affections focales et lésions alvéolaires.

b) Etude radiographique des complications tardives des fractures alvéolaires.



*Par le Dr Bouland, D. E. D. P., et René Sudaka, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris.*

3° « Dents incluses et état général » (Observations cliniques).

*Par M. P. Tacail, D. D. S., Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.*

4° « L'action thérapeutique des radiations des arcs polymétalliques dans les affections bucco-dentaires ».

*Par M. Nivard, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.*

N.-B. — A 11 h. 30 : VISITE OFFICIELLE DES STANDS (EXPOSITION DES FOURNISSEURS).

## II. — SÉANCES DE L'APRÈS-MIDI, A 14 H. 30 PRÉCISES.

### SALLE A

1° Préparation simplifiée des cavités pour inlays au point de vue histologique.

*Par le Dr Van Berg, d'Amsterdam.*

2° « Conclusions théorico-pratiques concernant les travaux de Prothèse complète présentée au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris » (Projections).

*Par le Dr Ackermann, Ancien Chef démonstrateur à l'Institut Dentaire de Zurich.*

3° « Rétention, articulation et stabilisation des prothèses ».

*Par M. Georges Villain, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.*

4° « Cas d'angine de Ludwig, ayant déterminé la perte de toutes les dents du maxillaire inférieur ».

*Par M. Jacques Filderman, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.*

5° « La chimio-thérapie, ses rapports avec le système réticulo-endothélial, ses applications en Odonto-stomatologie ».

*Par le Dr G. Lonneville, Professeur à l'Ecole Dentaire Belge.*

### SALLE B

1° Les dernières données relatives au problème du traitement orthodontique.

*Par le Dr De Costers, Professeur à l'Institut Belge de Stomatologie.*

2° « Le suçage du pouce ».

*Par M. Henri Villain, D. D. S., Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.*

3° « L'orthophonie en orthopédie dento-maxillo-faciale ».

*Par le Dr F. Watry, Directeur de l'Ecole Dentaire Belge.*

4° « Le traitement chirurgical et orthopédique des *rétrognathismes* mandibulaires » (Avec projections).

*Par M. le Dr Dufourmentel, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris ; et le Dr Marcel Darcissac, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.*

5° « Les adénites et les adéno-phlegmons cervico-faciaux d'origine bucco-dentaire en chirurgie maxillo-faciale » (Etude clinique et thérapeutique).

*Par le Dr Gérard Maurel, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.*

## MERCREDI 27 JUILLET. — I. — SÉANCES DU MATIN, A 9 H. 30 PRÉCISES

### SALLE A

1° « Rapports entre le système endocrinien et la carie dentaire ».

*Par M. le Dr A. Pont, Directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon ; et M. Gendre, Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Lyon.*

2° « Accidents de dents de sagesse supérieures incluses ».

*Par M. John Ceulemans, d'Anvers.*

3° « La Prothèse pneumatique ».

*Par M. le Dr H. Chenet*, Professeur, chargé du Cours de Prothèse maxillo-faciale à l'Ecole Dentaire de Paris.

4° « Montage rapide de gouttières pour contention de fractures du maxillaire inférieur » (Projections).

*Par M. le Dr Solas*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

#### SALLE B

1° « Contribution à l'étude de la pathogénie de la carie dentaire ».

*Par MM. E. Lebrun*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris ; *et Naar*, Aide de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

2° « Ostéome du maxillaire inférieur ».

*Par M. le Dr Vichot*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon.

3° « Seméiologie de la langue ».

*Par M. le Dr R. Boissier*, Stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

4° « Nouvelle note sur les affections apicales en canon de fusil ».

*Par M. le Dr A. Pont*, Directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon.

N. B. — A 11 HEURES PRÉCISES (SALLES A et B) :

1° Election du Président de la XIV<sup>e</sup> section pour le Congrès de Chambéry (1933).

2° Election pour le renouvellement des membres sortants du Comité exécutif de la XIV<sup>e</sup> section.

#### II. — SÉANCES DE L'APRÈS-MIDI, A 14 H. 30 PRÉCISES.

##### SALLE A

1° « Pathologie dentaire et crétinisme ».

*Par M. Seimille*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

2° « Chirurgiens-Dentistes et Stomatologistes » (Nécessité de leur collaboration avec les Médecins, Chirurgiens et Spécialistes ».

*Par le Dr Caumartin*, Directeur de l'Ecole Dentaire de la Faculté de Médecine de Lille.

3° « Considérations embryologiques à propos d'anomalies et malformations dentaires ».

*Par M. M. Sapet*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

4° « Lésions oculaires d'origine dentaire ».

*Par M. Marmasse*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

5° « De la Psychotechnie et de la Psychopédagogie comme fondement de la Propagande de l'Hygiène dentaire ».

*Par M. J. Guinat*, Président de la Croix Violette.

##### SALLE B

1° « La Pyorrhée alvéolo-dentaire et son traitement ».

*Par M. le Dr Polus*, de Bruxelles.

2° « La Haute-fréquence dans la Pyorrhée alvéolo-dentaire ».

*Par M. le Dr L. Frison*, Directeur de l'Ecole Odontotechnique de Paris ; *et M<sup>lle</sup> Guericolas*, Chef de Clinique à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

3° « Nécessité d'une collaboration internationale pour les recherches sur la Parodontose ».

*Par M. le Dr R. Jaccard*, Médecin-Dentiste à Genève.

4° « Les précautions à prendre avant, pendant et après les interventions intra-buccales ».

*Par M. le Dr J. Quintero*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon.

5° « Quelques cas de prothèses faciales articulées ».

*Par M. Vercing Lapierre*, Chirurgien-Dentiste à Lyon.

VENDREDI 29 JUILLET. — I. SÉANCE DU MATIN (DE 9 H. 30 A 11 H. 30).

*Présentations et démonstrations pratiques*

1° « Emploi et utilité du mannequin propédeutique pour l'enseignement de la pathologie buccale ».

*Par MM. M. Raton*, Professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon ; *et Piétkowski*.

2° « Technique perfectionnée dans l'emploi de l'acier inoxydable en prothèse dentaire :

1) Technique des barres linguale et palatine ;

2) Soudure électrique de l'or et acier par enrobage ;

3) Adhérence des appareils complets en acier inoxydable.

*Par M. Charlier*, Professeur à l'Ecole Dentaire Belge.

3° « Démonstration du montage d'un dentier complet à l'aide d'un nouvel articulateur ».

*Par M. de Vriendt*, Professeur à l'Ecole Dentaire Belge.

4° « Extension de l'emploi de la couronne Jacket : Bridges de Porcelaine ».

*Par M. R.-C. Vieilleville*, Chirurgien-Dentiste, à Paris.

5° « Prothèse amovible unilatérale ».

*Par le Dr J. Rosenthal*, Professeur à l'Ecole Dentaire Belge.

6° a) « Technique de la décortication ».

b) Technique de la couronne métallique par la bande à contours anatomiques.

*Par M. E. Fourquet*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

7° « Procédé technique de construction et de stabilisation des couronnes métallo-céramiques sans tenon ».

*Par M. J. Filderman*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

8° « L'Inlay par la méthode indirecte ».

*Par M. G. Laskine*, Chirurgien-Dentiste, à Cannes.

II. — SÉANCES DE L'APRÈS-MIDI, A 14 H. 30 PRÉCISES.

SALLE A

1° « Les forces inter-dento-ligamento-maxillaires. Leur détermination en direction, d'après la morphologie des dents et les lois de la mécanique rationnelle par la théorie des résultantes des forces concourantes composées ».

*Par M. E. Fourquet*, Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

Argumentateurs inscrits : *MM. G. Villain et R. Fraenkel*.

2° « L'Equilibre proximal des dents dans les travaux à pont ».

*Par M. R. Fraenkel*, Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

Argumentateur inscrit : *M. E. Fourquet*.

3° Le terrain dans les maladies générales et dans la stomatologie en particulier.

*Par M. le Dr Poiré*, Professeur à l'Ecole de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris.

SALLE B

1° « La fausse glossoptose ».

*Par M. Maraninchi*, Professeur à l'Ecole de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris.

2° « La rélexo-centrothérapie en Art Dentaire ».

*Par M. G. André*, Démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris.

3° « La paralysie faciale consécutive à l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur ».

*Par M. Ferid*, Chef de Clinique à l'Ecole de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris.



GROUPEMENTS PÉDAGOGIQUES, SCIENTIFIQUES ET SYNDICAUX  
AYANT DÉSIGNÉ OFFICIELLEMENT DES DÉLÉGUÉS A LA SECTION D'ODONTOLOGIE,  
A BRUXELLES :

- 1<sup>o</sup> Faculté de chirurgie dentaire de Montréal (Canada).
- 2<sup>o</sup> Ecole dentaire Belge.
- 3<sup>o</sup> Ecole dentaire de Lyon.
- 4<sup>o</sup> Ecole dentaire de Paris.
- 5<sup>o</sup> Ecole odontotechnique de Paris.
- 6<sup>o</sup> Société belge de Stomatologie.
- 7<sup>o</sup> Société suisse d'odontologie.
- 8<sup>o</sup> Société odontologique de France.
- 9<sup>o</sup> Société d'odontologie de Paris.
- 10<sup>o</sup> Société d'odonto-stomatologie de Lyon.
- 11<sup>o</sup> Société de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris.
- 12<sup>o</sup> Association générale des dentistes de Belgique.
- 13<sup>o</sup> Association générale syndicale des dentistes de France.
- 15<sup>o</sup> Cercle des Etudiants de l'Ecole dentaire Belge.

### FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

#### XXVI<sup>e</sup> SESSION ANNUELLE

Zurich, 2-8 août 1932

La XXVI<sup>e</sup> session annuelle de la F. D. I. se tiendra à l'Université de Zurich du 2 au 8 août 1932, sous la présidence de M. G. Villain, avec le programme suivant :

*Mardi 2 août, 21 heures.* — Réception à l'Hôtel Baur, au Lac.

*Mercredi 3 août, 10 heures.* — Séance solennelle d'ouverture à l'Université de Zurich, sous la présidence d'honneur de M. Motta, président de la Confédération Helvétique.

11 heures. — Assemblée générale de la F. D. I.

14 heures. — Réunions des Commissions.

*Judi 4 août, 9 heures.* — Réunion des Commissions.

14 heures 30. — Départ par train spécial pour Uetliberg.

*Vendredi 6 août, 9 heures.* — Réunions des Commissions.

14 heures. — Réunions des Commissions.

16 heures. — Visite de la Manufacture de Trey et Cie et de la Ville.

*Samedi 6 août, 9 heures.* — Réunions des Commissions.

12 heures. — Remise des rapports des Commissions.

12 heures 30. — Départ par bateau spécial du square Bürkli pour Mändorf (Hôtel Wildermann) sur la rive droite du lac, lunch, promenade et retour à Zurich, par le même bateau.

20 heures. — Banquet de la F. D. I. à l'Hôtel Baur au Lac.

*Dimanche 7 août, 12 heures 30.* — Lunch au Grand Hôtel Dolder.

15 heures. — Réunion du Conseil exécutif.

## LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

6-13 AVRIL 1932

L'inauguration de l'exposition eut lieu le mercredi 6 avril, au matin, par la visite officielle des membres du Comité. Elle fut marquée, à son issue, par un événement aussi nouveau qu'original : un lâcher de pigeons venant du colombier militaire de Toul. Le signal du départ en fut donné par le Dr Friteau.

M. Guinat, président de la Ligue Nationale de propagande d'hygiène dentaire « La Croix Violette », fournit quelques explications et rendit hommage à ce messager qui fit son devoir pendant la guerre et qui continue à rendre service pendant la paix. En effet, il nous a permis à cette occasion, d'envoyer aux troupes les principes et conseils d'hygiène dentaire par des formules brèves et précises, contenues dans de petits tubes d'aluminium fixés à une patte de chacun des pigeons voyageurs.

L'après-midi eut d'abord lieu une visite plus détaillée des divers stands de l'exposition.

Les différentes maisons avaient rivalisé de goût et d'ingéniosité dans la présentation. Dès l'entrée on avait une impression d'harmonie et de luxe des plus agréables. Tout était très vaste. Cette année l'exposition couvrait plus de 2.000 mètres carrés, ce qui a permis aux très nombreux visiteurs de circuler et stationner sans jamais créer aucune gêne.

Plusieurs Maisons avaient organisé des démonstrations permanentes et mis à la disposition des praticiens des techniciens qualifiés pour leur faire connaître tous les avantages de nouveaux produits, les derniers progrès pour la commodité de notre art et de celui qui l'exerce. Ces démonstrateurs se mettaient aussi à la disposition des visiteurs pour leur faire connaître et expérimenter eux-mêmes le maniement de ces substances.

Plusieurs conférences scientifiques eurent lieu : De MM. Jean Bader et Jean Delibéros : *Une nouvelle forme d'emploi de l'iode en thérapeutique dentaire et en particulier pour le traitement des dents infectées*, sujet qui fut vivement discuté et approuvé par un auditoire des plus intéressés.

De M. Guinat : *De l'utilisation du tract dans la propagande d'hygiène dentaire*, causerie qui fit connaître, — car de nombreux confrères l'ignoraient encore, — les immenses progrès déjà réalisés par la Croix Violette, ligue de propagande d'hygiène dentaire.

M. Jacques Filderman, professeur à l'Ecole Odontotechnique, nous fit également une très intéressante communication ayant pour titre : *Coiffe métallique avec face porcelaine*. Il s'agit d'adapter une facette de porcelaine à une coiffe en métal. La technique est des plus simples. On procède suivant le mode habituel, pour faire une coiffe métallique que l'on finit entièrement. Ceci fait, on l'ajuste sur le moignon de la dent et l'on prend une empreinte au plâtre ; sur le modèle ainsi obtenu on ajuste directement une facette de porcelaine avec contre-plaque à glissière dont les bords proximaux sont également ajustés très soigneusement, mais dont on laisse le bord occlusal

nettement trop haut. Ceci fait on découpe la coiffe de façon à pouvoir y loger la facette par un trait de scie sectionnant les faces occlusales, mésiales et distales et passant parallèlement au bord cervical de la coiffe (côté vestibulaire) à environ 2 millimètres au-dessus.

On fixe par un fil de liasse la contre-plaque à la surface de section de la coiffe et on soude sans mettre en revêtement en plaçant un paillon de soudure dans le dièdre formé par la face occlusale de la coiffe et le rebord occlusal de la contre-plaque. La soudure glisse le long des bords proximaux. Par le même procédé on soude, puis on brunit une plaquette sur la section cervicale de la coiffe.

Il suffit ensuite de meuler le moignon de dent et de l'ajuster par tâtonnement à la coiffe métallique ainsi préparée. Cette phase, la plus délicate du travail, devient très aisée avec un peu d'expérience. Contre-indiquée pour les incisives et les canines qui sont trop minces, cette coiffe est particulièrement indiquée au point de vue esthétique pour les prémolaires supérieures.

L'auteur fait remarquer que, loin d'affaiblir le moignon en le meulant ainsi pour y loger une facette, on obtient au contraire un ensemble très solide à condition que l'arête du dièdre qui logera la facette soit très vive, très nette et constitue un véritable épaulement.

On peut même choisir une telle coiffe avec face de porcelaine, comme point d'appui très solide de portée de bridge.

La soirée fut consacrée à la Société d'Odontologie de Paris à laquelle le Professeur Carnot, de l'Académie de Médecine de Paris, M. le Dr Leme-land, accoucheur des hôpitaux de Paris, et M. Morineau, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, firent l'honneur chacun d'une conférence.

Le Professeur Carnot fit un exposé clair et précis des travaux et des recherches actuellement en cours concernant : « *Les complications digestives de la septicité bucco-dentaire* ».

L'auteur, avec une impartialité absolue, nous a présenté les différentes théories émises et les faits qui les confirment ou au contraire les infirment.

Il a d'abord rappelé les trois centres principaux d'infection focale buccale : les dents, les gencives, les amygdales. En effet, par culture des granulomes que l'on observe souvent à l'apex de dents infectées on obtient, dans la plupart des cas, du streptocoque viridans, générateur d'autre part d'ulcères digestifs et d'endocardites malignes ; mais dans beaucoup de cas, aussi, la culture du granulome reste absolument stérile.

La gencive peut être une grande source de microbe ; rappelons seulement la pyorrhée, les stomatites ulcéro-membraneuses, les gingivites des diabétiques.

Les amygdales sont un réservoir fréquent d'infection. On trouve, en effet, du streptocoque hémolytique dans 75 % des cryptes d'amygdales saines, cliniquement parlant.

Il y a deux grandes théories de propagation. Sont actuellement admises :

La théorie de la pyophagie : les germes sont transportés dans le tube



digestif par déglutition ; la théorie de la transmission indirecte par voie sanguine qui expliquerait l'endocardite, le rhumatisme chronique.

Remarquons, d'autre part, le tropisme de certains organes pour certains microbes. En clinique, on observe fréquemment la coexistence de lésions buccales et de lésions digestives, mais celles de la cavité buccale sont beaucoup plus fréquentes sans lésion secondaire générale.

Le laboratoire ne peut pas mieux trancher la discussion puisque parfois on trouve un germe identique dans la lésion buccale et dans la lésion digestives, mais que souvent aussi les granulomes, lésion buccale, sont stériles.

On a essayé d'aboutir par l'intradermo-réaction qui n'a pas donné de résultats probants, pas plus, d'ailleurs, que les recherches faites par la déviation du complément.

On tend actuellement à préconiser la « sélective pathogène culture » qui consiste à essayer de faire pousser le streptocoque incrimé dans 5 cc. du sang du sujet. Le streptocoque ne pousse pas si le sujet a été infecté, car son sang contient alors l'anticorps spécifique du microbe. Dans un tube témoin contenant du sang de sujet sain le streptocoque, au contraire, se développe.

Cette méthode semble, malgré tout, être infidèle.

Enfin, on aboutit au doute thérapeutique : lorsque la lésion est installée, que ce soit un ulcère digestif, un rhumatisme chronique ou une endocardite infectieuse, la suppression, la cause supposée arrête-t-elle l'évolution ? Peut-être, néanmoins, la modifie-t-elle parfois.

Le D<sup>r</sup> Lemeland nous a parlé de : « *L'influence grave de l'état puerpéral sur le développement de la carie dentaire* », et des statistiques impressionnantes établies dans son service de l'hôpital Tenon. L'auteur s'est surtout attaché à faire ressortir la gravité sociale d'un tel état des choses. La future maman, celle que l'on est à même de voir dans un service hospitalier, celle qui travaille durement pour pouvoir nourrir son petit, néglige de soigner sa dentition, qui, très mauvaise déjà, est complètement délabrée pendant la grossesse. Alors la femme souffre et songe à se faire soigner, mais une vieille croyance, qu'il est bien regrettable de voir subsister encore de nos jours, lui conseille de ne pas se faire traiter par un dentiste tant qu'elle est enceinte. Après l'accouchement, accaparée par son bébé, elle n'aura de nouveau plus ni le temps, ni la volonté de se faire soigner. Le D<sup>r</sup> Lemeland en conclut que « ce n'est pas la femme enceinte qui doit aller au dentiste, mais le dentiste qui doit aller à elle » et il exprime le vœu que dans toute maternité il y ait un service dentaire organisé avec soins obligatoires à toutes les futures mamans, en surveillance, et que le service soit tenu par des femmes chirurgiens-dentistes.

Il est à souhaiter qu'une si noble et si utile initiation puisse aboutir le plus rapidement possible.

Cette soirée scientifique, de haute portée, s'est terminée par une conférence de M. Morineau, qui a exposé un mode pratique et simple de « Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-plaqué à recouvrement ». Nous reparlerons d'ailleurs de ce travail si intéres-

sant, à propos des démonstrations qui eurent lieu le matin de la journée consacrée à l'amitié franco-belge.

La deuxième journée, le jeudi 7 avril, fut consacrée à l'Assemblée générale du Syndicat des journaux dentaires, puis à celle de la Fédération Dentaire Nationale. La soirée fut réservée à l'Association des Chirurgiens-Dentistes Indépendants. Ceux-ci se sont réunis pour entendre la conférence du Dr Poiré sur « *La peau et les dents* » et celle du Dr Boissier, sur « *L'Evolution de la prothèse* ». D'autre part, cette même journée, eurent lieu des épreuves sportives disputées entre les différentes écoles dentaires et organisées par le Comité des Etudiants, aidé du Club Dentaire.

Le vendredi 8 avril fut consacré entièrement à la très importante assemblée générale de la Société d'Hygiène Dentaire de France, qui prend chaque année une ampleur plus considérable et dont nous devons nous réjouir.

Divers rapports y furent faits : du Dr Gibert, de Saint-Etienne : *Organisation de l'hygiène dentaire départementale* ; de M. Lapierre, de Lyon : *Propagande de l'hygiène dentaire par T. S. F.* ; du Dr Gahinet, d'Angers : *Les conférences sur l'hygiène dentaire par les dentistes* ; de M<sup>me</sup> Salas, de Paris : *Les cliniques dentaires scolaires et les femmes dentistes* ; de M<sup>me</sup> Bernard, de Boulogne : *L'inspection et les soins dentaires dans les pouponnières*.

La séance s'est terminée par l'adoption du principe de la création d'un Comité National d'Hygiène dentaire.

Une Commission d'étude fut nommée à cet effet, présidée par M. Hulin, conseiller technique au Ministère de la Santé Publique.

Le soir fut réservé à la réunion du Comité d'étude interfédéral.

La quatrième journée, samedi 9 avril, fut consacrée, l'après-midi, à l'assemblée générale de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, puis à celle du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France.

Le soir, ce fut la réunion de l'Amicale des Dentistes des Armées de Terre et de Mer dont l'ordre du jour était : *Ecole de perfectionnement des Dentistes militaires de réserve*.

Le Dr Pierre Rolland y fit une conférence sur la *stérilisation du matériel dentaire en campagne*.

Puis eut lieu l'assemblée générale de l'Amicale des dentistes de l'Armée de Terre et de Mer, de la région parisienne.

(A suivre).

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

*République Française*

MINISTÈRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE  
MINISTÈRE DU TRAVAIL — MINISTÈRE DES COLONIES  
MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS  
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

### III<sup>e</sup> EXPOSITION NATIONALE DU TRAVAIL

#### Les Meilleurs Ouvriers de France (1932-1933)

COMITÉ EXÉCUTIF :

*Président* : M. de Moro-Giafferi, ancien Sous-Secrétaire d'Etat de l'Enseignement Technique.

*Membres.* — MM. Auribault, inspecteur divisionnaire du Travail ; Castelain, président de l'Association des Meilleurs Ouvriers de France ; Clouzot, conservateur du Musée Galliéra ; Contenot, conseiller municipal de Paris ; Druot, inspecteur général de l'Enseignement technique ; Froment, chef de Bureau à la Direction Générale de l'Enseignement Technique ; Klotz, publiciste, inspecteur départemental de l'Enseignement technique ; Larcher, inspecteur général des Services d'Orientation professionnelle ; Le Cars, sous-chef de Bureau au Ministère du Commerce ; M<sup>me</sup> Letellier, inspectrice du Travail ; MM. Limet, inspecteur départemental de l'Enseignement technique ; Luc, directeur-adjoint de l'Enseignement technique ; Ribollet, sous-chef de Bureau au Ministère des Colonies.

*Secrétaire du Comité Central et du Comité exécutif.* — M. Baillat, rédacteur principal, direction générale de l'Enseignement technique.

*Secrétaire administratif.* — M<sup>lle</sup> Weiss.

#### RÈGLEMENT GÉNÉRAL

*Art. 1<sup>er</sup>.* — Dans le but d'améliorer la formation professionnelle, de fortifier l'esprit corporatif, de développer le goût de l'ouvrier pour son travail, l'attachement de l'artisan, du façonnier, des employés et des collaborateurs non spécialisés à leurs métiers, de stimuler le zèle de l'apprenti, de permettre aux uns et aux autres d'affirmer leur personnalité, leur esprit d'initiative et de progrès et d'obtenir la juste récompense de leur effort, il est institué périodiquement, sous le patronage des Ministres du Commerce et de l'Industrie, de l'Instruction publique, du Travail, des Colonies, du Sous-Secrétaire d'Etat de l'Enseignement technique, et avec le concours des chefs d'entreprises, une *Exposition Nationale du Travail*.

Cette Exposition, qui intéressera toutes les branches de la production nationale, donnera lieu à la désignation des « meilleurs ouvriers de France » et



permettra de mettre en lumière et de récompenser les plus hautes qualités professionnelles et morales.

*Art. 2. — L'Exposition Nationale du Travail est à deux degrés :*

1<sup>o</sup> Une Exposition régionale ou départementale qui reçoit les œuvres des exposants déterminés à l'article 3, les installe, les juge et les récompense ;

2<sup>o</sup> Une Exposition Nationale où figurent seulement les œuvres désignées par les jurys régionaux ou départementaux, comme étant de premier ordre et dignes de concourir pour des récompenses plus hautes.

*Art. 3. — L'organisation de l'Exposition est confiée :*

1<sup>o</sup> A un Comité central qui a son siège à Paris et qui comprend, outre les personnalités présentes à la réunion, qui s'est tenue au Ministère du Commerce le 21 février 1923, les Présidents et Vice-Présidents de Groupes et de Commissions de classes professionnelles.

Ce Comité central se subdivise en Groupes et en Commissions de classes professionnelles, conformément à la classification annexée au présent règlement.

Il nomme son Bureau, composé d'un Président et, au plus, de huit Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, d'un Secrétaire adjoint, d'un Trésorier et d'un Trésorier adjoint.

Le Comité central peut s'adjoindre des membres nouveaux sur la proposition de son Bureau.

Le renouvellement du Bureau a lieu par moitié tous les deux ans, les membres sortants sont rééligibles ;

2<sup>o</sup> Aux Comités départementaux de l'Enseignement Technique.

*Art. 4. — Le Comité central constitue dans son sein une Commission permanente, qui prend le nom de Comité exécutif. Le Comité exécutif comprend les délégués du Comité central et les délégués des départements ministériels, sous le patronage desquels l'Exposition est placée. Il est présidé par un des Vice-Présidents du Comité central désigné par celui-ci.*

*Art. 5. — Sur la proposition du Comité exécutif, le Comité central arrête la classification de l'Exposition, prend connaissance des procès-verbaux des opérations des expositions du premier degré et des dossiers moraux que lui transmettent, par l'intermédiaire du Préfet, les Comités régionaux ou départementaux ; il organise l'Exposition Nationale, nomme les Comités d'installation, reçoit les dons et subventions, arrête son budget, fixe le nombre et la qualité des récompenses à attribuer. Il reçoit du jury les propositions de récompenses. Il publie le palmarès de l'Exposition Nationale, et un rapport sur les résultats d'ensemble de l'Exposition.*

Il répartit les industries en groupes, et les professions en classes. Chaque groupe est placé sous l'autorité d'un Président et de Vice-Présidents désignés par le Comité exécutif, et chargés d'organiser les Commissions de classes professionnelles.

*Art. 6. — Chaque Commission de classe professionnelle est constituée :*

1<sup>o</sup> Par des représentants des organisations patronales, artisanales et ouvrières ;

2<sup>o</sup> Par des individualités qualifiées.

Elle fait des propositions à son groupe respectif, en vue de déterminer les conditions dans lesquelles devront être organisées les Expositions, en ce qui concerne sa classe ; elle indique notamment, s'il y a lieu, d'adopter le principe d'un concours local ou national d'après un modèle déterminé, ou d'admettre un travail non imposé, présenté par l'exposant, mais avec toutes les garanties et justifications d'exécution que la classe estimera nécessaires.

*Art. 7.* — Chaque Comité départemental devra faire connaître au Comité exécutif le nom de la personne chargée par lui de procéder à l'organisation de l'Exposition régionale ou départementale et de le représenter auprès du Comité central. Celui-ci pourra désigner à son tour un délégué pour le représenter auprès des Expositions départementales ou régionales.

*Art. 8.* — Le règlement définitif des Expositions départementales ou régionales, applicable pour chaque profession et pour l'ensemble des départements, sera arrêté par le Comité central, après avis des Commissions de classe professionnelles ; notification de ce mode en sera faite par l'intermédiaire du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Enseignement Technique aux Préfets, Présidents des Comités départementaux de l'Enseignement Technique.

Les représentants des organisations professionnelles de patrons, d'artisans et d'ouvriers seront invités à faire procéder à la plus large publicité du mode de sélection adopté. Ils faciliteront la participation des ouvriers et employés aux Expositions par tous les moyens financiers et moraux dont ils pourront disposer.

*Art. 9.* — Les représentants des professions qui n'auraient pas été comprises parmi celles appelées à participer à l'Exposition, pourront saisir le Comité exécutif qui examinera comment des Expositions seraient susceptibles d'être organisées dans ces branches particulières.

*Art. 10.* — Chaque Comité départemental de l'Enseignement Technique soumet à l'approbation du préfet qui nomme, la désignation des jurés départementaux et régionaux ; le Comité central soumet à l'approbation du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Enseignement Technique qui nomme, la désignation des jurés de l'Exposition Nationale.

Pour le choix des jurés, il sera tenu compte du titre de *Meilleur Ouvrier de France*, déjà décerné ; le titulaire de cette récompense, s'il est choisi comme juré, aura la faculté d'accepter les fonctions de membres du jury, mais, dans ce cas, s'il est exposant, il ne pourra pas participer aux récompenses.

*Article 11.* — Chaque objet devra être revêtu de deux devises ; il sera immatriculé à son arrivée à l'Exposition en présence du représentant de l'Exposition départementale ou régionale, chaque devise devra être inscrite sur une enveloppe fermée contenant tous les renseignements nécessaires sur le candidat et sur les conditions dans lesquelles le travail a été effectué.

*Art. 12.* — Sont admis à prendre part à l'*Exposition Nationale du Travail*, quel que soit leur sexe, et sous réserve de justifier de la nationalité française :

- 1<sup>o</sup> Les ouvriers, les façonniers, les contremaîtres et artisans ;
- 2<sup>o</sup> Les employés et collaborateurs non spécialisés du travail ;
- 3<sup>o</sup> Les apprentis concourront dans une section spéciale, un règlement déterminera les conditions de leur participation.

Pour les travaux non susceptibles d'exposition, il peut être présenté soit des plans, soit des attestations délivrées par des Commissions professionnelles établies sur la base paritaire et dont la constitution est fixée par les Comités régionaux ou départementaux après consultation des Chambres syndicales ou des organisations professionnelles intéressées.

Sont autorisées les Expositions collectives de groupes d'ouvriers.

Seront exclus de l'Exposition : les matières explosives, détonantes, fulminantes et en général toutes les matières dangereuses ou nuisibles, les produits contraires aux convenances.

Il pourra être institué une section rétrospective.

*Art. 13.* — Les frais d'emballage, de transport, de déballage, de réemballage

lage et de réexpédition sont supportés par les organisations régionales ou départementales.

*Art. 14.* — Un droit d'entrée sera perçu pour la visite de l'Exposition Nationale. Pour les exposants munis de leur carte, l'entrée sera gratuite.

*Art. 15.* — Les exposants ou leurs ayants droit, qui voudront bénéficier de la protection temporaire accordée par la loi du 13 avril 1908 aux inventions brevetables, aux dessins et modèles industriels et aux marques de fabrique ou de commerce, pour les produits qui seront régulièrement admis à l'Exposition du Travail, devront se faire délivrer un certificat de garantie. La demande du certificat devra être faite dès l'ouverture officielle de l'Exposition.

Elle sera accompagnée :

1° D'une description exacte des objets à garantir, et, s'il y a lieu, de dessins desdits objets. Les descriptions et dessins devront être établis par les soins des exposants ou de leurs mandataires, qui certifieront, sous leur responsabilité, la conformité des objets décrits ou reproduits avec ceux qui sont exposés ;

2° D'une attestation signée de l'autorité chargée de délivrer le certificat d'admission, constatant que les objets pour lesquels la protection est demandée sont réellement et régulièrement exposés.

La délivrance du certificat est gratuite.

### *Groupe XI*

#### INDUSTRIES SCIENTIFIQUES

##### *Classe 2.*

#### APPAREILS DE PROTHÈSE DENTAIRE

M. Henri Villain, président de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, 10, rue de l'Isly, Paris.

*Ouvriers faisant de la prothèse dentaire :* 1° Un appareil obligatoire sur modèle imposé :

Appareil métal (plaque estampée et renforcée ou plaque coulée à volonté).

De huit à dix dents maximum comprenant : Dents de bouche (dents soudées ou interchangeables) ; petites et grosses molaires à tube, d'un côté molaires à tube ajustées, de l'autre côté molaires à tube avec galerie, c'est-à-dire gencive métallique.

Ce travail doit être envoyé sur le modèle d'origine ; il sera tenu compte de l'état du modèle ;

2° Un appareil ou un bridge (fixe ou amovible) au choix avec ou sans céramique de portée pratique (un seul sur modèle non imposé).

En dehors de ces deux travaux, il ne sera tenu aucun compte des autres envois.

Chaque travail devra être accompagné :

1° D'une enveloppe cachetée contenant une feuille sur laquelle seront inscrits le nom et l'adresse du concurrent. Cette enveloppe sera attachée sur l'objet confectionné.

2° D'une attestation fournie par un ou plusieurs professionnels pour lesquels travaille l'artisan. Si ce dernier est en atelier, il devra joindre à



l'attestation de son chef direct celle de deux ouvriers choisis parmi les plus anciens. Le jury se réserve en outre d'exercer toute surveillance qu'il jugerait utile pour assurer la sincérité des épreuves.

Tous les candidats devront informer de leur inscription le Président de la Classe 2, M. Henri Villain, 10, rue de l'Isly, Paris (8<sup>e</sup>), qui leur adressera dans le plus bref délai possible le modèle imposé.

*Concours des apprentis remplissant les conditions exigées par l'art. 4 du règlement intérieur.* — L'examen du certificat d'aptitude professionnelle servira de concours (section d'apprentissage) ; seules les régions ayant fait passer le C.A.P. Prothèse dentaire pourront participer au concours, étant entendu que les notes données pour le *travail manuel du C.A.P.* serviront seules, pour la désignation du concurrent devant être présenté au concours national.

## CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS

### AIDE AUX CHOMEURS INTELLECTUELS

Un Comité a pris l'initiative de venir en aide aux Travailleurs intellectuels privés de leurs ressources professionnelles, par suite de la crise économique mondiale. Un des buts de ce Comité, qui a déjà recueilli un fonds de roulement important, est d'ouvrir un restaurant où, pour un prix très modique, pourra être donné un repas substantiel bien présenté.

La carte justificative qui est la carte individuelle de la C. T. I. sera exceptionnellement délivrée gratuitement à tout adhérent d'un groupement affilié à la Confédération des Travailleurs Intellectuels *sur la demande du groupement lui-même*, qui seul aura à s'assurer de la situation de l'intéressé privé de la totalité ou d'une partie de ses ressources professionnelles habituelles.

La carte ainsi délivrée ne portera aucune mention spéciale et donnera au porteur les mêmes avantages que la carte ordinairement délivrée moyennant 10 fr. 50.

Cette même carte sera présentée au personnel du « Restaurant des Travailleurs Intellectuels » pour les chômeurs intellectuels et les personnes vivant avec lui l'accompagnant.

Le Comité Directeur de la C. T. I. désireux de permettre à tous ceux qui le peuvent de faire acte de solidarité a décidé de mettre en vente le timbre de la C. T. I. surchargé de la mention « chômage » au prix de un franc.

Les sommes ainsi recueillies seront transformées en « bons de repas » qui seront répartis avec la discrétion voulue aux intellectuels involontairement privés de leurs ressources normales.

Ces timbres sont en vente au siège de l'A. G. S. D. F., 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Le Restaurant des Travailleurs Intellectuels est ouvert au « Cercle Ronsard », 1, rue Cazotte, square Saint-Pierre.

Les Travailleurs Intellectuels porteurs de la carte de la C. T. I. y seront

admis et pour la somme de 4 fr. y trouveront un repas confortable et bien servi.

Pour les Travailleurs Intellectuels actuellement dans une situation difficile, le Comité organisateur prend à sa charge la moitié du prix du repas.

Pour bénéficier de cet avantage, les intéressés se procureront en plus de la carte de la C. T. I. des bons de repas de 2 fr.

Certains groupements adhérents à la C. T. I. prennent pour leur compte une certaine quantité de ces bons afin de les remettre gratuitement s'il y a lieu, ces bons devant être payés par la Société adhérente qui jugera de la situation des T. I. demandant ces bons de repas et se les fera rembourser ou non.

## SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

*Assemblée Générale du 9 Avril 1932*

L'Assemblée générale administrative et statutaire du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France s'est tenue le samedi 9 avril 1932, dans la Salle des Conférences de la Semaine Odontologique, au Grand Palais.

La séance était présidée par M. de Croës, assisté de MM. Bruel, Blanpin, Blocman.

L'Assemblée, debout, écoute la lecture de la liste des Membres du Syndicat morts au Champ d'Honneur.

Le procès-verbal de l'Assemblée générale du 22 février 1931, dont le compte rendu analytique a paru dans le numéro de la *Presse Dentaire* de mars 1931, est adopté.

Les Commissions autonomes et le Conseil de Famille sont ensuite constitués de la façon suivante :

*Commission des Finances.* — MM. Pilmyer, Crocé-Spinelli, A. Sorré, Schuler, Guillot, Fouquez.

*Commission de Déontologie.* — MM. G. Viau, Blatter, Devoucoux, Schuler, Rodolphe, Knodler, Pilmyer, Guillot, Brodhurst, Lassagne, Rigolet, Eustache, Roubien, Conte.

*Conseil de Famille.* — *Membres titulaires* : MM. de Croës, Friteau, Bruel, Blanpin, Péron, Blocman, Martinier, Fourquet. *Membres suppléants* : MM. Schuler, Breyer, Guillot, Pilmyer.

Après ratification des rapports moral et financier, M. Renault fit un exposé sur le projet d'entente avec l'Association générale syndicale des Dentistes de France. L'Assemblée, à l'unanimité, adopta l'ordre du jour suivant :

« Les membres du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, réunis en Assemblée générale statutaire annuelle, approuvent le projet de convention entre le Syndicat et l'Association Générale syndicale, considérant cette convention comme le point de départ de l'organisation générale d'une Fédération nationale unique nouvelle ».

A la suite d'une interpellation sur la gestion du journal et après discussion, l'Assemblée décide, à la majorité absolue, de continuer son ordre du jour.

L'ordre du jour étant épuisé, il fut procédé aux élections.

*Sont élus Conseillers Titulaires :* MM. Monet, de Croës, Regnault, Salas, Wintergerst, Renault, Lubetzki, Blocman, Khan.

*Conseillers Suppléants :* MM. Forget, Langlois, Chanut, Bourdeau, Descours.

*Commission de Déontologie :*

La Commission de Déontologie, réunie le 9 avril 1932, à 19 heures, pour examiner le détail des opérations et les résultats des votes, les déclare conformes aux règlements et valide les élections de l'Assemblée Générale.

*Ont signé :* Rigolet et Conte.

\* \* \*

Le Conseil d'Administration s'est réuni le dimanche 10 avril, à 18 h. 30, dans la Salle des Conférences de la Semaine Odontologique au Grand Palais. Il a composé son Bureau de la façon suivante :

*Président :* M. le Dr Friteau ; *Vice-Présidents :* MM. Bruel et Péron. ; *Secrétaire Général :* M. Monet ; *Secrétaire de Séances :* M. Fay ; *Trésorier :* M. Blanpin ; *Trésorier adjoint :* M. Khan ; *Directeur des affaires politiques :* M. Charlet ; *Directeur des affaires administratives :* M. Renault ; *Directeur des affaires judiciaires :* M. Blanpin ; *Directeur des Assurances et Mutualité :* M. Péron.

*Le Secrétaire Général :* LUCIEN MONET.

---

## NÉCROLOGIE

### LÉON WISNER

Nous avons le regret d'apprendre le décès à l'âge de 71 ans, survenu le 6 juin, de M. Wisner (de Paris), ancien membre de l'A. G. S. D. F.

Léon Wisner fut pendant la guerre un des dévoués collaborateurs du Comité de Secours aux Blessés des maxillaires et de la face auquel il se consacra avec le plus grand zèle.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Nous relevons dans le tableau de concours pour la Légion d'honneur de 1932 (réserve), les noms suivants :

*Médecins :*

Maréchal (Henri-Philippe), médecin-capitaine, région de Paris ;  
Beltrami (Georges-Emile-Thémistocle), médecin-commandant, 15<sup>e</sup> région

*Dentistes :*

Blanc (Abel-Léon), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe, 20<sup>e</sup> région  
Ferlat (Marie-François-Louis), dentiste militaire de 2<sup>e</sup> classe, 15<sup>e</sup> région  
Debrauwer (Anatole-Alexandre), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe, rég. de Paris.  
Lévy dit Levier (Maurice-Louis), dentiste militaire de 2<sup>e</sup> classe, rég. de Paris.  
Pirou (Albert-Louis-Baptiste), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe, rég. de Paris.  
Davigneau (Pierre), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe, région de Paris.



Robin de Morhery (Adolphe-Georges-Louis), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe, 3<sup>e</sup> région.

Nous adressons à tous nos félicitations.

(*Journal Officiel*, 1<sup>er</sup> juin 1932).

**Distinctions honorifiques.** — Nous relevons dans le *Journal Officiel* du 22 mai, la nomination au grade d'Officier de l'Instruction Publique de M. Chollou (Marcel-Henri), de Boulogne-sur-Seine, membre de l'A.G.S.D.F.

Nous apprenons également que M<sup>lle</sup> Somer (Béca), membre de l'A.G.S.A.F., a été nommée Officier d'Académie pour services rendus aux œuvres scolaires (*Journal Officiel* du 7 avril 1932).

Nous leur adressons nos félicitations.

**Promotion.** — Dans le tableau d'avancement pour 1932 des officiers de réserve du Service de Santé, nous enregistrons avec plaisir l'inscription de M. le Dr Bonnet-Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, actuellement Médecin-Lieutenant pour le grade de Médecin-Capitaine (*Journal Officiel* du 21 mai 1932).

Nous lui adressons nos félicitations.

**Récompense.** — La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, qui avait exposé dans les classes 5, 6 et 6B de l'Exposition Coloniale internationale de 1931, a obtenu un Grand Prix pour la Section de prothèse (Enseignement technique). (*Journal Officiel*, du 27 mai 1932).

**Mariage.** — Le mariage du Dr Jean Chemin, fils du Dr Félix Chemin, de Toulouse, avec M<sup>lle</sup> Mercédès Lamothe, a été célébré le 28 mai.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur.

**Naissance.** — M<sup>me</sup> et M. Louis Maret, de Melun, membre de l'A.G.S.D.F., nous font part de la naissance de leur fils Alain.

Nos félicitations.

**Errata.** — Numéro de mai 1932, p. 331, 4<sup>e</sup> ligne, au lieu de 27 novembre 1931 lire 27 FÉVRIER 1932.

Numéro de mai, p. 289, nous avons omis de mentionner que le portrait de M. Frison est un cliché *Manuel Frères*.

**Les voyages de « La Nomade ».** — « La Nomade », société médicale et universitaire de tourisme, effectuera aux grandes vacances des excursions confortables, en autocar :

*Pays-Bas*, du 2 au 11 août.

*Engadine, Dolomites, Tyrol*, du 22 août au 7 septembre.

*Lacs italiens*, du 6 au 11 septembre.

*Engadine, Dolomites, Tyrol et Lacs italiens*, du 22 août au 11 septembre.

*Morvan et alentours*, du 14 au 21 septembre.

Ces voyages seront dirigés par le Dr Cavo, 15, rue Jules-Ferry, à Paris (13<sup>e</sup>), qui envoie sur demande (joindre timbre) le bulletin de la société avec tous détails. M. le Dr Cavo nous fait connaître que « La Nomade » accepte bien cordialement les chirurgiens-dentistes.

# L'ODONTOLOGIE

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RECHERCHE ET LA DÉSINFECTION DES CANAUX RADICULAIRES

Par le Dr Maurice ROY,

Stomatologiste des Hôpitaux,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 mai 1932)

616.314 16 3

Pour répondre au désir que plusieurs confrères m'avaient exprimé de connaître mon procédé de recherche des canaux, je devais vous présenter cette technique, mais, à la suite de l'intéressante discussion qui a eu lieu, dans notre séance de février, sur le traitement des canaux, j'ai décidé d'élargir un peu le cadre de mon projet primitif et de vous présenter, en même temps que ce procédé opératoire, quelques considérations relatives au traitement canaliculaire, visant plus particulièrement la partie technique de ce traitement, dont, dans la discussion précitée, j'avais signalé l'importance pour le succès des manœuvres de désinfection proprement dites.

Dans mes travaux antérieurs et notamment dans celui relatif au *Traitement des dents infectées*, (1) présenté au Congrès de Strasbourg en 1920, j'ai développé mes idées relatives à la plupart des points concernant la désinfection des canaux ; je vous demanderai cependant la permission de revenir encore sur certaines de ces idées, il est, en effet, des choses sur lesquels on ne saurait trop insister, car, en cette matière comme en tant d'autres, il est extraordinaire de constater combien il règne d'erreurs, qu'un simple raisonnement suffirait à corriger.

La désinfection des canaux est une opération très complexe, comme

---

(1) *L'Odontologie*, 1921, p. 65.

on le sait, mais on a trop souvent l'habitude, quand on traite de ce sujet, de se tenir sur des données théoriques qui ne répondent pas toujours à la réalité et aux possibilités pratiques de l'opération à effectuer. Je signalais justement à ce propos, dans la séance de notre Société que je rappelais tout à l'heure, que, dans ce traitement, il fallait bien savoir que le succès ne tenait pas seulement à des considérations d'antisepsie ou d'asepsie indispensables (cela est entendu), mais encore à une infinité de détails de technique, faute desquels les dites considérations d'antisepsie sont absolument inopérantes, et c'est à cette occasion que j'ai promis à notre président la communication que je vous présente ce soir.

Je soulignerai l'importance de la question par cet aphorisme que je ne cesse de répéter :

*La défectuosité de préparation des dents est une des causes fréquentes d'échec du traitement des dents infectées.*

Je n'ai pas l'intention de développer ce soir devant vous toute la technique que comporte ce traitement, je vous renverrai pour cela au *Traité de dentisterie opératoire* de mon excellent élève, aujourd'hui mon collègue et ami Lubetzki, ouvrage tout à fait remarquable que je relisais encore avec intérêt avant de préparer ce travail et où il a bien voulu recueillir une bonne part de ce que, depuis tant d'années, j'ai enseigné par la plume et la parole dans cette école et dans nos réunions scientifiques. Je me contenterai donc, dans ces considérations générales, de vous signaler seulement les points principaux sur lesquels, à mon avis, l'attention du praticien doit être particulièrement appelée.

#### LA PRÉPARATION DE LA CAVITÉ CARIÉE ET DE LA CHAMBRE PULPAIRE

La pénétration dans les canaux radiculaires étant la condition capitale et indispensable de la désinfection de ceux-ci, tout devra donc être fait, dans la préparation de la dent, en vue d'obtenir ce résultat.

Par conséquent, dans la préparation de la cavité, qui constitue le premier temps opératoire, tous les sacrifices de tissu nécessaires devront être faits, quelque étendus qu'ils puissent être, pour pénétrer aisément dans les canaux. Comme le dit très justement Lubetzki : « il est préférable de faire une obturation plus importante sur des racines bien traitées que de faire une petite obturation sur des racines insuffisamment traitées ».

En vue de restreindre néanmoins l'étendue des résections de tissu



nécessaires, lorsqu'il s'agit de cavités cervicales ou distales par exemple, je traite d'abord ces cavités comme des caries simples et je les obture à l'amalgame, en protégeant la chambre pulpaire, puis je les traite en les trépanant au lieu d'élection.

Je pose en principe absolu que, quelle que soit la dent considérée, la cavité doit être préparée de telle sorte que *l'orifice de tous les canaux soit accessible à la vue directe* et aucun sacrifice de tissu ne doit être épargné pour obtenir ce résultat.

Je m'en voudrais d'insister sur l'obligation élémentaire d'obtenir la disparition complète de toute dentine altérée avant d'aborder l'ouverture de la chambre pulpaire ; je signale cependant à mes collègues, de la clinique de dentisterie opératoire, la constatation que j'ai pu faire parfois, de graves manquements à ce principe de la part des élèves.

L'ouverture et la préparation de la chambre pulpaire constituent le second temps opératoire du traitement ; il est très important, et j'insiste sur ce point, de ne pas altérer la forme anatomique du plancher de cette cavité. En effet, ainsi que l'a signalé notre collègue Oscar Amoedo il y a bien longtemps, l'orifice des canaux, dans les grosses molaires plus particulièrement, forme un petit entonnoir se continuant avec les parois de la chambre pulpaire, en sorte que les sondes, glissant le long de ces parois, pénètrent tout naturellement dans le canal, ce qui ne se produit plus si le plancher de la chambre pulpaire a été aplani par la fraise. C'est pour cette raison que, à mon avis, il faut n'employer que des fraises rondes pour la préparation de la chambre pulpaire, et encore, ne pas fraiser, à moins de ramollissement de la dentine, le plancher de la dite chambre pulpaire.

En observant ces principes, la préparation d'une chambre pulpaire est une opération assez simple puisqu'il s'agit uniquement d'effondrer le plafond de cette cavité en ne négligeant pas d'abattre soigneusement les angles rentrant formés par les cornes de la pulpe, parfois très développées dans les dents à cuspidés très prononcées. Cependant, cette opération peut être rendue assez délicate lorsque l'on se trouve en présence d'une complication dont on ne parle pas assez, étant donné sa fréquence, je veux parler de la calcification de la pulpe.

Cette calcification représente une réaction de défense de cet organe, quand elle n'est pas la conséquence d'une névrite pulpaire (1) ; elle peut se manifester soit par une diminution générale du volume de la

---

(1) Maurice Roy. — Les Névrites pulpaires, *L'Odontologie* 1930, p. 69.

chambre pulpaire (ceci est très manifeste dans les molaires présentant des caries sèches étendues), soit par la présence de noyaux dentinaires remplissant plus ou moins la cavité pulpaire et présentant souvent des prolongements dans le petit entonnoir que forme l'orifice canaliculaire dont je parlais tout à l'heure et d'où il est parfois difficile de les déchatonner.

L'existence de cette calcification, que la radiographie permet généralement de prévoir, nécessite une attention particulière dans la préparation de la chambre pulpaire afin de ne pas trop en altérer la configuration générale, ce qui rendrait plus difficile la recherche des canaux. Il faut, dans cette préparation, avoir toujours bien présente à l'esprit l'anatomie normale de la pulpe.

Je pratique, pour ma part, l'ablation de ces masses dentinaires avec des fraises rondes de moyen calibre, maniées prudemment et je les déloge ensuite à l'aide de sondes à exploration lorsqu'elles sont morcelées.

La présence de ces masses dentinaires se reconnaît à leur coloration gris jaunâtre, plus foncée que les parois normales de la chambre pulpaire et l'on doit savoir que, bien que ces masses pénètrent dans l'orifice des canaux, elles peuvent parfois permettre une certaine perméabilité de ceux-ci lorsqu'ils sont d'assez gros calibres comme les canaux palatins des grosses molaires supérieures ; l'étroitesse anormale de ces derniers canaux est une présomption de calculs dentinaires.

La chambre pulpaire préparée, je pose en principe que, ainsi que le disais il y a un instant, la dent doit se présenter dans des conditions telles que, *quelle que soit la dent, quel que soit le siège de la carie, l'orifice des canaux doit être accessible à la vue directe de l'opérateur.*

Je sais que cette visibilité directe n'est pas nécessaire pour pénétrer dans les canaux ; l'instrument doit, en effet, entrer de lui-même dans ceux-ci en glissant le long des parois de la chambre pulpaire, sans que l'œil ait besoin d'intervenir pour autre chose que pour donner la direction convenable à l'instrument. Mais le résultat de visibilité que j'indique, doit être obtenu à tout prix parce que, d'abord, c'est lui seul qui permettra de bien reconnaître la situation d'un canal, de savoir s'il est unique ou s'il présente quelque anomalie à son orifice et enfin ce résultat obtenu permettra toujours de remplir une indication à laquelle j'attache une grande importance, à savoir de ne jamais imprimer une courbure trop accentuée aux sondes à canaux, celles-ci devant, autant que possible, pouvoir entrer dans

les canaux sans être recourbées et, quand une légère courbure est malgré tout nécessaire, celle-ci ne doit pas dépasser au grand maximum 45°.

#### LA TRÉPANATION DES DENTS

Ces différentes considérations m'amènent, avant d'aller plus loin, à parler d'un point de technique qui a, de nos jours, une importance beaucoup plus grande qu'autrefois, je veux parler de la trépanation des dents, qui se fait aujourd'hui d'une façon courante en vue de la dépulpage des dents utilisées dans les travaux de restauration prothétique. On doit constater que cette opération est cause de beaucoup des infections apicales que l'on observe. Or, si un grand nombre de ces infections sont dues à des fautes graves d'antisepsie, il en est un nombre important qui est dû à des fautes de technique sur lesquelles je veux attirer votre attention.

Je laisserai de côté la trépanation des incisives et canines du haut ou du bas sur la technique desquelles je n'ai rien de particulier à signaler, si ce n'est que, pénétrant dans le canal radiculaire par l'orifice de trépanation situé généralement à la face linguale des dents, on fait fréquemment cet orifice trop petit et l'on néglige ainsi la partie coronaire de la chambre pulpaire, en direction du bord libre de la dent, ce qui laisse dans cette région des débris pulpaire sur le rôle ultérieur desquels je n'ai pas besoin d'insister.

Pour les prémolaires inférieures, en raison de la forme de la pulpe, qui se trouve exactement dans l'axe de l'orifice de trépanation situé au centre de la face triturante, cet inconvénient n'est pas à craindre, et ces dents sont, à cet égard, les plus simples à trépaner. Par contre, il est fait de fréquentes erreurs dans la trépanation des prémolaires supérieures et de toutes les grosses molaires aussi bien supérieures qu'inférieures.

La forme de la pulpe des prémolaires supérieures est, comme on le sait, toujours largement aplatie dans le sens mésio-distal et ces dents comportent un ou deux filets radiculaires. Or, si la première prémolaire comporte généralement deux canaux, un vestibulaire et un palatin, les anomalies sont fréquentes et il n'est pas rare de rencontrer les deuxièmes prémolaires avec deux canaux et vice-versa ; de plus, même quand il n'y a qu'un seul canal, celui-ci, continuant la chambre pulpaire, est aplati comme elle, au point de dessiner une sorte de 8 de chiffre formant deux canaux réunis par une partie médiane rétrécie.



Il résulte de cette disposition que, si l'on trépane une prémolaire supérieure par un orifice circulaire central, on pourra pénétrer dans un canal, mais on ne pourra savoir s'il n'y en a qu'un seul ou s'il y en a deux, et on ne pourra enlever dans sa totalité la pulpe dont il restera des débris dans la chambre et dans le canal, si, comme c'est fréquemment le cas, il a cette forme en bissac que je viens de signaler. C'est là une erreur des plus fréquentes dont je ne suis plus à compter les exemples que j'ai eu l'occasion d'observer.

Pour éviter cette erreur, l'orifice central de trépanation des prémolaires *doit être élargi transversalement dans le sens vestibulo-lingual et de toute la dimension de la chambre pulpaire*, dont le plancher doit être complètement visible ainsi que l'orifice des canaux ou la totalité de l'orifice du canal unique si c'est le cas. En raison de la disposition en besace, si fréquente, que je signalais plus haut, je place deux mèches dans presque toutes les prémolaires supérieures dont je traite les canaux comme s'ils étaient doubles.

Pour la trépanation des grosses molaires, il est une erreur fondamentale presque générale, que je trouve même dans le *Traité de Dentisterie Opératoire* de mon ami Lubetzki, dont cependant je vous ai dit tout à l'heure le grand bien que j'en pense, par ailleurs, c'est dire à quel point est ancrée dans les esprits cette erreur dont je vais vous montrer les raisons.

On prescrit, en effet, de faire la trépanation des molaires au centre de la face triturante. Or, si ce point d'élection est susceptible d'être justifié dans une certaine mesure pour une molaire tenue dans la main, il ne saurait en être de même pour une molaire située dans la bouche à sa place normale, c'est-à-dire plus ou moins loin dans la profondeur de celle-ci ; les rayons visuels *directs*, les seuls à mon avis qui doivent être utilisés dans les explorations et manœuvres nécessaires au traitement, ne pourront l'être par un orifice central où seule la vue réfléchiée par le miroir sera possible.

De plus, les canaux, au nombre de trois d'une façon générale en haut comme en bas, sont loin de présenter la même difficulté de visibilité et d'accès ; il se trouve que justement le canal le plus difficile à voir et à atteindre se trouve être, pour les molaires du haut comme pour celles du bas, le canal mésio-vestibulaire. Siffre a très bien décrit, il y a longtemps, la disposition toute particulière de ce canal mésio-vestibulaire dans les molaires supérieures, où il se dirige d'arrière en avant. Or, il se trouve que, justement, dans une trépana-

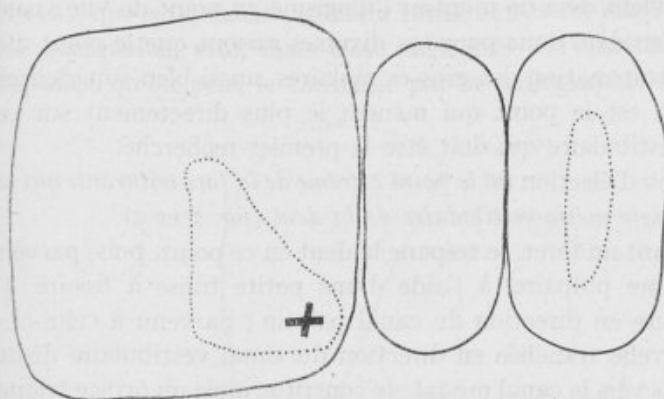


FIG. 1. — La trépanation des prémolaires et des grosses molaires supérieures. La croix noire sur la grosse molaire indique le point d'élection de la trépanation en direction du canal mésio-vestibulaire et le pointillé indique la forme à donner à l'orifice de trépanation pour avoir accès normal dans les canaux. L'angle mésio-vestibulaire de l'orifice doit être biseauté avec une pointe de carborundum pour bien voir le canal mésial. Dans les prémolaires l'orifice doit avoir la forme de la chambre pulpaire.

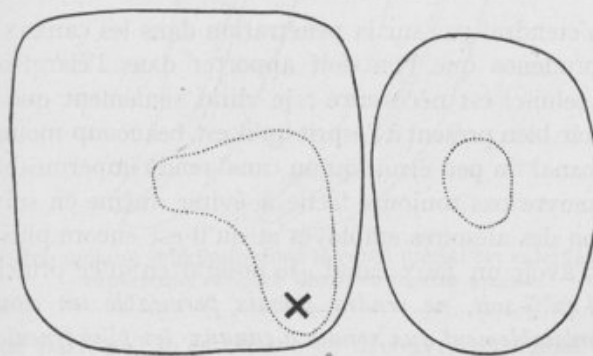


FIG. 2. — La trépanation des prémolaires et des grosses molaires inférieures. La croix noire sur la grosse molaire indique le point d'élection de la trépanation en direction du canal mésio-vestibulaire. Le pointillé indique la forme à donner à l'orifice de trépanation pour avoir un accès normal dans les canaux ; l'angle mésio-vestibulaire de l'orifice doit être biseauté avec une pointe de carborundum pour permettre la visibilité des canaux mésiaux. Un orifice circulaire suffit pour la trépanation des prémolaires inférieures.

tion centrale, c'est ce canal qui se trouve le plus éloigné de l'orifice dont je viens déjà de montrer l'illogisme au point de vue visuel.

Je considère donc pour ces diverses raisons que le point d'élection pour la trépanation des grosses molaires, aussi bien supérieures qu'inférieures, est le point qui mènera le plus directement sur ce canal mésio-vestibulaire qui doit être le premier recherché.

Ce lieu d'élection est le point extrême de la face triturante qui se trouve dans l'angle mésio-vestibulaire de la dent (fig. 1 et 2).

Prenant un foret, je trépane la dent en ce point, puis, parvenu dans la chambre pulpaire, à l'aide d'une petite fraise à fissure, j'élargis l'ouverture en direction du canal palatin ; parvenu à celui-ci, je fais une nouvelle tranchée en direction du canal vestibulaire distal, d'où je reviens vers le canal mésial. Je constitue ainsi un orifice triangulaire, non pas central, mais fortement désaxé dans le sens mésio-vestibulaire, c'est-à-dire dans le sens le plus favorable à la vue et il suffira de faire un biseautage convenable de l'angle mésio-vestibulaire de cet orifice pour avoir une visibilité parfaite de l'orifice de tous les canaux, y compris le canal mésial où l'on pénètre alors aisément avec des sondes rectilignes ; je ne parle pas des autres canaux où les conditions sont toujours plus favorables que pour celui-ci.

#### LA RECHERCHE DES CANAUX IMPERMÉABLES

Je ne m'étendrai pas sur la pénétration dans les canaux normaux et sur la prudence que l'on doit apporter dans l'élargissement de ceux-ci, si celui-ci est nécessaire ; je dirai seulement que l'on doit toujours avoir bien présent à l'esprit qu'il est beaucoup moins fâcheux d'avoir un canal un peu étroit qu'un canal rendu imperméable par une fausse manœuvre pas toujours facile à éviter, même en suivant bien la graduation des alésoirs employés et qu'il est encore plus fâcheux, *a fortiori*, d'avoir un faux canal. Je poserai enfin ce principe qu'un alésoir, quel qu'il soit, ne rendra jamais perméable un canal qui ne l'était pas préalablement aux sondes à canaux les plus fines.

Ce temps opératoire m'amène tout naturellement à ce qui forme l'objet principal du travail que je vous présente ce soir, à savoir la recherche des canaux imperméables.

Arrivé dans la chambre pulpaire et celle-ci correctement préparée, il se trouve parfois qu'il est complètement impossible de pénétrer dans les canaux, ceux-ci se trouvant complètement calcifiés par la



formation de dentine secondaire. On a souvent tendance à croire, dans ces cas, que cette calcification est totale et s'étend jusqu'à l'apex ; cela est quelquefois vrai, mais c'est aussi très souvent une opinion erronée, ainsi qu'on peut le contrôler par la radiographie et je dirai

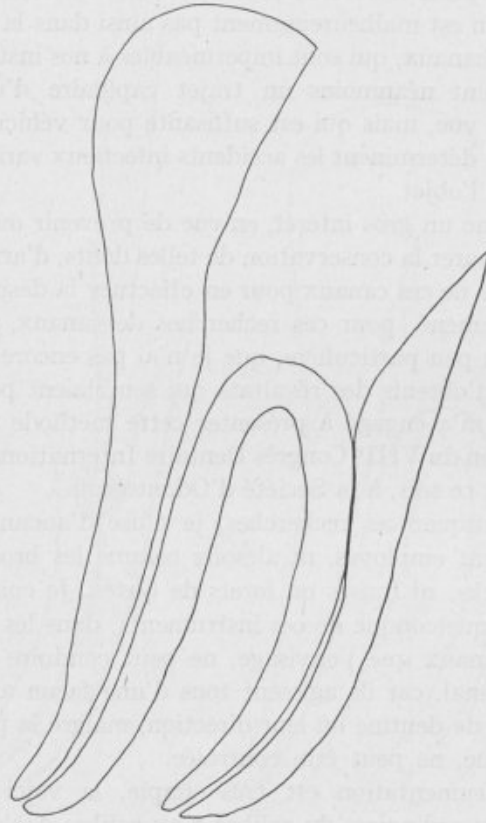


FIG. 3. — Une molaire inférieure dont le canal mésial est calcifié dans sa moitié supérieure et libre dans sa moitié apicale.

même que parfois il m'est arrivé de découvrir un canal dans des racines semblables où la radiographie n'en décelait aucune trace.

En dehors de la calcification d'origine apicale de nature cémentaire, que l'on constaterait parfois à la suite de l'amputation coronaire de la pulpe et qui n'est pas en question ici, la calcification des canaux radiculaires se fait de la chambre pulpaire vers l'apex, en sorte que, très souvent, la pulpe coronaire se trouvant détruite avant la fin de ce

processus hyperplasique, la calcification du canal s'arrête à un niveau plus ou moins éloigné de l'apex (fig. 3).

On pourrait penser aussi que, ces canaux étant imperméables dans toute la portion en rapport avec le centre d'infection coronaire de la dent, la portion libre de ce canal, si elle existe, est complètement stérile ; il n'en est malheureusement pas ainsi dans la plupart des cas. En effet, ces canaux, qui sont imperméables à nos instruments les plus fins, présentent néanmoins un trajet capillaire d'une ténuité qui échappe à la vue, mais qui est suffisante pour véhiculer les éléments septiques qui déterminent les accidents infectieux variés dont ces dents peuvent être l'objet.

Il y a donc un gros intérêt, en vue de prévenir ou guérir ces accidents et d'assurer la conservation de telles dents, d'arriver à découvrir la partie libre de ces canaux pour en effectuer la désinfection.

J'ai été amené, pour ces recherches de canaux, à recourir à une technique un peu particulière, que je n'ai pas encore vu décrite ; elle m'a permis d'obtenir des résultats qui semblaient parfois inespérés ; c'est ce qui m'a engagé à présenter cette méthode à une séance de démonstration du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International et à venir vous en entretenir ce soir, à la Société d'Odontologie.

Pour pratiquer ces recherches, je n'use d'aucun des instruments habituellement employés, ni alésoirs comme les broches de Kerr ou les Beutelrocks, ni fraises ou forets de Gates. Je considère que l'emploi de l'un quelconque de ces instruments, dans les cas d'imperméabilité des canaux que j'envisage, ne peut conduire qu'à la création d'un faux canal, car ils agissent tous d'une façon aveugle au milieu d'une masse de dentine où leur direction, malgré la plus grande habileté technique, ne peut être contrôlée.

Mon instrumentation est très simple, la voici : une série de fraises rondes ordinaires du calibre 8 au calibre 3 ; j'en ai deux séries, une pour la pièce à main, une pour l'angle droit, mais celles-ci sont plus longues que celles que l'on trouve dans le commerce qui sont trop courtes pour l'usage auquel je les destine ; ces fraises pour l'angle sont faites avec des fraises droites dont je diminue la tige de 7 à 8 mm. et que je taille ensuite à la lime pour m'en servir dans l'angle droit ; j'en ai toujours quelques séries de préparées à l'avance.

Donc une série de fraises rondes, des sondes à exploration droites et coudées, fines et résistantes et enfin des sondes à canaux (équarrissoirs d'horloger que vous connaissez bien), des longues et des courtes.

L'orifice des canaux est quelquefois légèrement perméable à la sonde et cette ébauche de trajet constituera alors un premier guide ; mais, si le canal est complètement fermé, on constatera généralement, à son emplacement, un petit point noir minuscule qui est d'ordinaire un

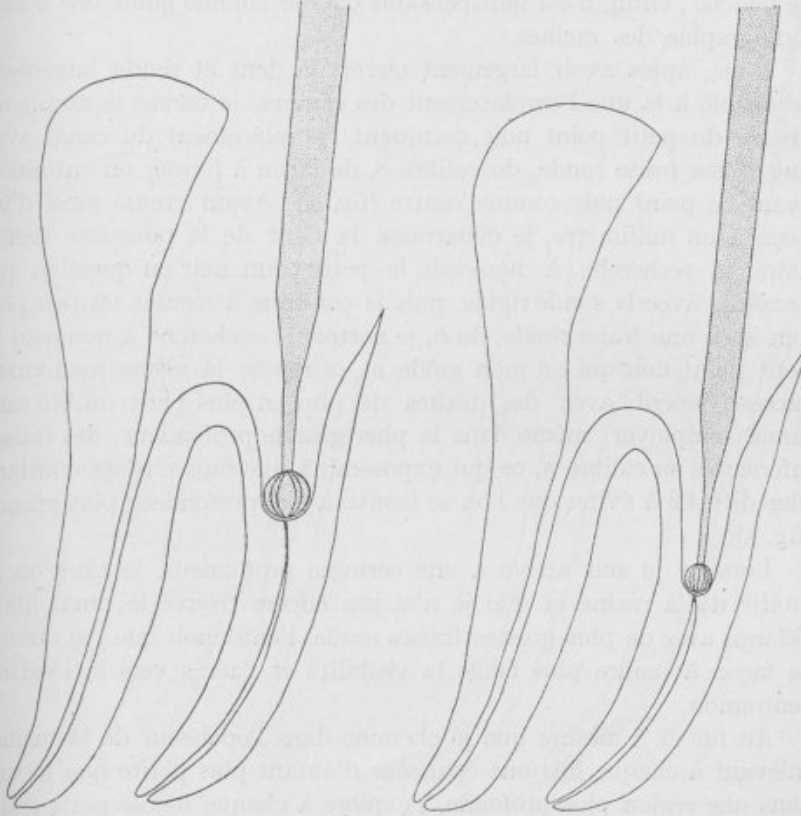


FIG. 4. — Le début du fraisage avec une fraise ronde du calibre 8.

FIG. 5. — Le fraisage dans une région plus profonde avec une fraise ronde de plus petit calibre.

peu moins dense que le tissu voisin, ce que l'on constate quand on l'explore en appuyant un peu fortement avec une sonde à exploration fine et résistante. Or, ce point noir minuscule, qui représente le centre primitif du canal, se poursuit généralement dans toute la longueur de la racine et c'est lui qui me sert de fil conducteur dans cette poursuite minutieuse vers la portion libre du canal. C'est vous dire combien,



plus que jamais, les principes que je vous ai exposés sur la préparation de la dent en vue de la parfaite visibilité de la chambre pulpaire doivent être appliqués ici. On aura besoin fréquemment, au cours de ce travail, de s'éclairer au moyen de la petite lampe électrique de bouche ; enfin, il est indispensable d'avoir comme guide une bonne radiographie des racines.

Donc, après avoir largement ouvert la dent et rendu largement accessible à la vue l'emplacement des canaux, je creuse la racine au niveau du petit point noir marquant l'emplacement du canal avec une grosse fraise ronde, du calibre 8, de façon à former un entonnoir ayant ce point noir comme centre (fig. 4). Ayant creusé ainsi d'un demi à un millimètre, je débarrasse la dent de la poussière dentinaire et recherche à nouveau le petit point noir en question que j'explore avec la sonde rigide, puis je continue à creuser un peu plus loin avec une fraise ronde, du 6, je nettoie et recherche à nouveau le petit point noir qui est mon guide et je répète la même manœuvre successivement avec des fraises de plus en plus petit calibre sans jamais employer, même dans la plus grande profondeur, des fraises inférieures au calibre 3, ce qui exposerait à une fausse route d'autant plus difficile à éviter que l'on se trouve à une profondeur plus grande (fig. 5).

Lorsque je suis arrivé à une certaine profondeur, le tiers ou la moitié de la racine et que je n'ai pas encore trouvé le canal libre, j'élargis avec de plus grosses fraises rondes l'entonnoir que j'ai creusé, de façon à rendre plus facile la visibilité et l'accès vers le fond de l'entonnoir.

Au fur et à mesure que je chemine dans l'épaisseur de la racine, enlevant à chaque fois une épaisseur d'autant plus petite que je suis dans une région plus profonde, j'explore à chaque fois le petit point noir guide, à l'aide de la sonde rigide, en m'efforçant de la faire pénétrer dans celui-ci où elle se pique généralement un peu et je cherche à dilater avec cette sonde rigide ce semblant d'orifice (fig. 6). Je prends ensuite une sonde à canaux fine, je prends de préférence des sondes courtes, qui sont plus rigides, et je cherche si le passage est libre en imprimant à la sonde de petits mouvements de rotation. Après un nombre plus ou moins grand de tentatives semblables, au fur à mesure que je creuse la racine, la sonde, à un moment donné, pénètre librement dans le canal libre au niveau duquel je suis arrivé (fig. 7).

Ce niveau est variable, il peut se trouver parfois jusqu'à 5 mil-

limètres et plus du plancher de la chambre pulpaire ; j'ai creusé, il y a quelque temps, une prémolaire supérieure jusqu'à moins de 2 millimètres de l'apex où j'ai trouvé le canal libre et j'ai pu ainsi guérir une fistule vestibulaire intarissable jusque-là. Toutefois, je ne

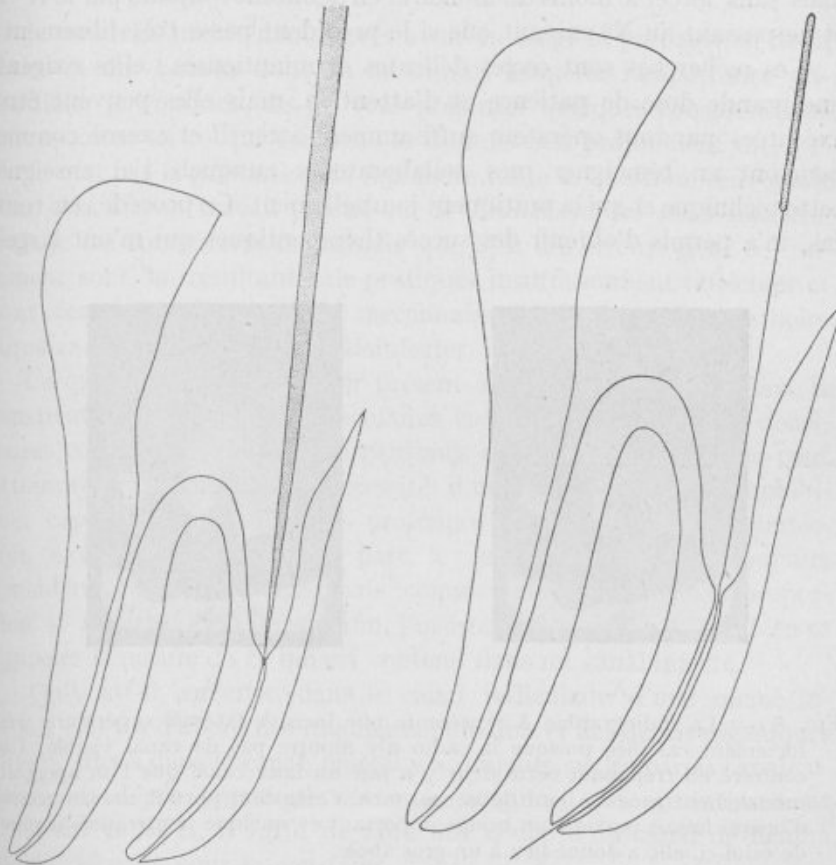


FIG. 6. — Exploration à la sonde rigide du petit point noir, qui est la trace du canal calcifié que la sonde cherche à agrandir pour permettre l'introduction de la sonde à canaux.

FIG. 7. — La partie libre du canal est atteinte et la sonde à canaux passe jusqu'à l'apex.

poursuis jamais mes recherches lorsque, ce qui se produit quelquefois, le petit point noir guide disparaît ; sans ce fil d'Ariane il n'y a plus de base de certitude ; continuer serait une imprudence et une marche vers l'inconnu ; de plus je considère, dans ces cas, que la calcification canaliculaire est totale et j'agis en conséquence.

Le canal libre étant donc trouvé, il sera alésé à la sonde-équarisseur d'abord puis, lorsque celle-ci aura fait son œuvre et y pénétrera très librement, mais alors seulement, on pourra pratiquer avec une extrême prudence l'élargissement du canal avec les broches de Kerr, mais sans forcer le moins du monde et en débutant toujours par le N° 1 et ne passant au N° suivant que si le précédent passe très librement.

Ces recherches sont certes délicates et minutieuses ; elles exigent une grande dose de patience et d'attention, mais elles peuvent être exécutées par tout opérateur suffisamment attentif et exercé comme pourront en témoigner mes collaborateurs auxquels j'ai enseigné cette technique et qui la pratiquent journellement. Ce procédé, en tout cas, m'a permis d'obtenir des succès thérapeutiques qui m'ont large-

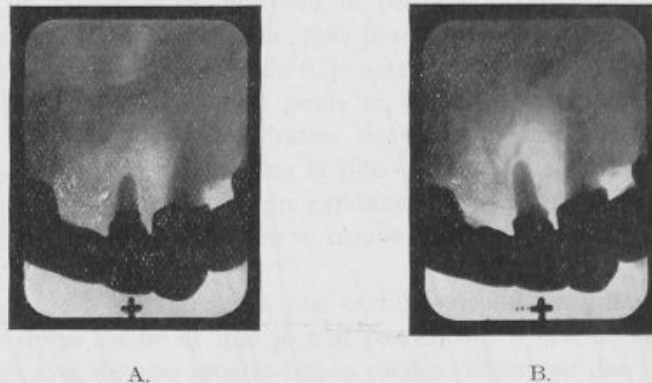


FIG. 8. — La radiographie A représente une incisive latérale supérieure très fortement calcifiée puisque la radio n'y montre pas de canal visible. Un confrère en trépanant cette dent y a fait un faux canal que l'on aperçoit mésialement près du bord de la couronne. Cette dent portait une couronne d'or qui faisait partie d'un bridge important et, quelque temps après la pose de celui-ci, elle a donné lieu à un gros abcès.

L'enlèvement du bridge constituait une complication très grande ; dans ces conditions, j'ai ouvert le bridge sur la face triturante, trépané la dent et, en suivant la technique ci-dessus décrite, j'ai pu retrouver le canal comme le montre la radiographie B, prise avec une sonde placée à ce moment dans le canal.

ment payé de mes peines, même en simple satisfaction sportive professionnelle, si je puis ainsi parler (fig. 8).

Les dents que je fais passer parmi vous ont été naturellement préparées à la main ; mais je tiens à vous dire que chacune d'elles représente une recherche identique effectuée par moi dans la bouche



avec le même résultat que celui que vous pouvez constater sur les dents que je vous présente.

#### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA DÉSINFECTION DES CANAUX

Je voudrais maintenant, après avoir envisagé la préparation de la cavité et des canaux dont on ne saurait exagérer l'importance primordiale, je voudrais, dis-je, vous présenter quelques considérations intéressantes en ce qui concerne la désinfection proprement dite.

Je n'ai pas la prétention de reprendre toute la question, renvoyant pour cela à mon travail précité sur le *Traitement des dents infectées*, mais je me contenterai de signaler que bien des erreurs dans ce traitement sont la résultante de pratiques insuffisamment réfléchies et dont certaines tiennent à la méconnaissance de l'anatomie pathologique exacte de la région à désinfecter.

Ce qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit, c'est, d'une part, la constitution des parois canaliculaires creusées des canalicules dentinaires, réceptacles de micro-organismes que l'action directe ne peut atteindre, qui impose la nécessité d'une désinfection par imbibition capillaire plus ou moins prolongée et s'oppose à une désinfection extemporanée ; d'autre part, le fait que l'on doit toujours considérer la région péri-apicale comme infectée dans une proportion si minime soit-elle et enfin, j'insiste sur ce point, il faut bien se rappeler la nature de ce qui est contenu dans un canal infecté.

Qu'y a-t-il, en effet, dans le canal radiculaire d'une racine infectée ? Il y a d'abord des fragments pulpaire et des débris organiques divers, libres dans le canal, mais il y a toujours, sur les parois canaliculaires, un dépôt organique d'origine sanguine, qui est intimement collé sur celles-ci, il suffit de faire une coupe d'un canal de dent à pulpe détruite pour le constater.

La nécessité de l'enlèvement de tous ces débris organiques libres ou adhérents dans le canal ne fait, je pense, de doute pour personne. Or, j'ai vu maintes fois, des opérateurs, dans un but qui semble des plus louables, laver pour cela les canaux avec de l'alcool alors que celui-ci est incapable de dissoudre le moindre dépôt sanguin et que, seule, l'eau est susceptible de le faire.

Cette simple remarque vous montre que, pour faire de la désinfection, il ne suffit pas d'avoir les meilleures intentions du monde et même des connaissances approfondies en bactériologie, mais qu'il

faut encore réfléchir un peu au résultat que l'on se propose d'obtenir. Qu'arrive-t-il, en effet, dans un canal où l'on a procédé à un lavage semblable en vue de le nettoyer ? Tout cet enduit putride reste *entièrement* collé sur les parois, alors que celles-ci peuvent sembler propres puisque les mèches ressortent blanches et nettes en apparence. Cet enduit ne pourra jamais être suffisamment et assez profondément désinfecté par les pansements subséquents pour assurer une désinfection convenable du canal, dont ces dépôts organiques, en outre, obstruent l'orifice des canalicules dentinaires. Or, que suffit-il de faire pour éviter cela ? *Laver le canal radiculaire avec de l'eau* au lieu de le laver avec de l'alcool. C'est on le voit des plus simples, mais faute de le faire on va à un échec.

Pour ce lavage j'emploie l'eau oxygénée qui dissout parfaitement le sang collé sur les parois (1), qui est en même temps antiseptique et qui présente encore cet avantage sur l'*aqua simplex* de dégager des bulles d'oxygène qui favorisent l'expulsion des débris organiques mis en liberté par le lavage.

Vous citerai-je encore une autre erreur d'un ordre un peu différent ?

Un de mes anciens élèves, aujourd'hui praticien de grande valeur, me confiait un jour ses déboires au sujet de quelques dents qu'il avait déulpées lui-même avec grand soin, pensait-il, et qui avaient donné lieu à des accidents. Comme il m'exposait la technique qu'il avait suivie, il me signalait notamment qu'il prenait toujours la précaution d'obturer *immédiatement* le canal radiculaire de la dent après déulpation, afin d'éviter les possibilités d'infection. Je lui fis alors remarquer que cette précaution, qu'il considérait comme une mesure de sécurité, pouvait bien être pour une part dans les échecs qu'il avait éprouvés et que cette façon de procéder, très judicieuse en théorie, pouvait se montrer mauvaise dans la pratique.

En effet, la pulpectomie par anesthésie apicale s'accompagne généralement d'une hémorragie assez abondante du tronçon de la pulpe ; de plus, si cette hémorragie peut être momentanément arrêtée, il se produit parfois des hémorragies secondaires tardives lorsque l'action de l'adrénaline a disparu, ce que l'on peut constater sur les pansements placés consécutivement à une pulpectomie.

---

(1) Je signale que, ainsi que je l'ai indiqué autrefois, l'eau oxygénée n'est pas hémostatique, contrairement à une opinion répandue. — (Maurice Roy : « De quelques préjugés en thérapeutique dentaire » *l'Odontologie*, 1924, p. 807.

S'il se produit une hémorragie secondaire et s'il y a un pansement dans le canal, il suffira de laver celui-ci pour enlever tout dépôt sanguin et de refaire au besoin un second pansement pour s'assurer des conditions parfaites. Si, au contraire, le canal est obturé quand se produit cette hémorragie secondaire qui vient de l'apex, il se forme un petit hématome dans la région apicale.

D'autre part, il est bien difficile d'affirmer que, dans une opération aussi délicate et aussi complexe qu'une pulpectomie de dent, il n'y aura pas quelques micro-organismes qui auront échappé à toutes les précautions. Or, si la région péri-apicale est en parfait état, ces quelques rares éléments microbiens seront sans importance, les éléments cellulaires, par leur vie propre, étant capables de les détruire ; mais si, au contraire, ces conditions de santé de la région péri-apicale n'existent pas, s'il s'y forme un hématome notamment, comme dans le cas envisagé, ces quelques micro-organismes trouveront là un milieu favorable à leur développement, et pourront entraîner des accidents infectieux qui ne se fussent jamais produits si ces conditions particulières ne s'étaient pas trouvées réalisées à ce moment-là.

Cet exemple vous montrera qu'il nous faut, outre nos connaissances théoriques, faire jouer notre raisonnement dans tous nos actes opératoires et que tel acte, qui, au premier abord, paraît rationnel, s'avérera mauvais dans la pratique parce que nous n'aurons pas tenu compte d'une petite contingence insignifiante. Nous ne devons jamais oublier que nous opérons non pas dans un verre à expérience, mais sur un terrain vivant et par conséquent susceptible de certaines réactions dont nous devons toujours tenir compte.

Je n'entrerai pas dans le détail de la désinfection, mais je rappellerai simplement que la désinfection médicamenteuse doit être obligatoirement précédée d'un nettoyage mécanique aussi complet que possible des canaux dont le lavage dont j'ai parlé tout à l'heure, constitue un élément des plus importants.

Toutes les manœuvres de désinfection proprement dites doivent être faites avec les plus grandes précautions de même que la stérilisation du matériel opératoire.

Je ne crois pas nécessaire de vous redire tout ce que je vous ai exposé à ce sujet dans une séance récente de notre société (1) ; je me bornerai à vous répéter que je considère que la solution du problème

---

(1) Société d'Odontologie, 2 février 1932. — *L'Odontologie*, juin 1932, p. 373.



de la désinfection des canaux radiculaires ne doit pas être recherchée, à mon avis, dans une complication technique excessive, impossible à appliquer pratiquement dans un traitement semblable ; mais qu'on réalisera ce problème par une systématisation soigneusement réglée et réfléchie des différents temps du traitement et par une attention minutieuse apportée à tous les actes opératoires.

Enfin, je pense que la stérilisation du matériel de pansement n'est pas une chose aussi compliquée que certains le pensent et que, par exemple, par le procédé du chloroforme pour les mèches, que je pratique et enseigne depuis plus de trente ans, par le procédé de l'alcool boriqué que Pont a indiqué autrefois et qu'il rappelait dans la séance où j'ai moi-même pris la parole, on peut, au moyen de procédés très simples et faciles à réaliser, effectuer des pansements antiseptiques des canaux dans des conditions absolument satisfaisantes en observant toutefois les règles impérieuses d'attention qui sont nécessaires pour ne pas exposer ce matériel opératoire, pendant l'exécution du pansement et lorsqu'il est placé dans la dent, aux souillures extérieures qui réduisent à néant toutes les précautions que l'on aurait prises pour obtenir des matériaux de pansement et des instruments stériles.

C'est, pour ma part, une technique semblable que j'emploie et les résultats tout à fait satisfaisants que j'obtiens et que je puis contrôler après dix, vingt, trente ans et plus me confirment tous les jours dans l'excellence, je crois pouvoir le dire, des principes que je viens de vous exposer.

J'en ai fini avec ces considérations que j'ai voulu vous présenter en même temps que je vous exposais ma méthode de recherche des canaux radiculaires.

J'espère que l'exposé de ces idées, résultant de minutieuses observations et d'un long enseignement où je me suis toujours efforcé de faire concorder la logique avec les principes que j'enseignais, aura amplement justifié à vos yeux ce que je vous disais il y a trois mois sur le rôle capital d'une bonne technique dans la désinfection des canaux radiculaires, même bien avant qu'on ne commence la désinfection proprement dite.

J'espère enfin que la technique de recherche des canaux que je vous ai présentée pourra vous rendre service et augmenter ainsi les possibilités de guérison des dents infectées dont le traitement est un des points les plus délicats et les plus difficiles de notre art.

(V. discussion, p. 465).

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROGNATHISME PAR LA RÉSECTION DU CONDYLE

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES

Par le D<sup>r</sup> DUFOURMENTEL.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 mai 1932)

616.314.21 007 53

J'ai eu bien souvent l'occasion de préciser le traitement chirurgical du prognathisme. Si j'y reviens à nouveau, c'est que de différents côtés des craintes ont encore été formulées au sujet de l'opération que je préconise.

Il faut d'abord établir à quel prognathisme s'adresse le traitement chirurgical. Il convient d'en éliminer avant tout les proglissements, les sauts d'articulation, et, d'une façon générale, toutes les protrusions d'origine purement dentaire.

Le prognathisme vrai est une malformation *osseuse* due soit à l'allongement global de l'os, soit à l'ouverture anormale de l'angle mandibulaire, soit à la courbure du col du condyle. Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, ces diverses modifications coexistent, contribuant pour une part variable à la malformation.

Le prognathisme est habituellement mentonnier et alvéolaire. Toutefois, il peut être à prédominance alvéolaire, plus rarement à prédominance mentonnière. Quelle qu'en soit la modalité anatomique, le prognathisme devient une affection chirurgicale à partir du moment où les méthodes orthodontiques sont impuissantes à le corriger. Tous les malades que j'ai opérés jusqu'à présent et qui, depuis mon premier cas, remontant à 1917, forment un total de 47, avaient été examinés, observés et traités par des orthodontistes. Ce n'est que lorsque ceux-ci se déclarent impuissants à obtenir la correction que j'entreprends le traitement chirurgical. Mes cinq premiers opérés ont servi de base à la thèse du D<sup>r</sup> Bureau, en 1921 ; depuis lors, de nombreux cas ont été présentés à la Société de Chirurgie (17 novembre 1920), à la Société de Stomatologie (1922), au Congrès d'orthopédie dento-faciale (avril 1926), aux Journées médicales belges (juillet 1928), à la Société des Chirurgiens de Paris (juin 1929), à la Société Odontologique de France et à la Société de Stomatologie (mars 1932).

\* \* \*

On peut schématiquement réduire à trois les principales opérations destinées à corriger le prognathisme.

La plus ancienne est la résection d'un fragment de branche horizontale. L'opération étant faite sur les deux côtés, on peut reculer le fragment antérieur et le fixer en bonne position de réduction pour obtenir après consolidation, une mâchoire raccourcie. Il est inutile d'insister sur la gravité de cette opération qui réalise une double fracture de la mâchoire avec perte de substance et communication intrabuccale, qui, en même temps, sectionne le paquet vasculo-nerveux dentaire inférieur, et qui laisse après elle, outre le risque d'une pseudarthrose, une cicatrice toujours regrettable. Si cette opération arrive à donner un résultat satisfaisant, on peut dire qu'une véritable prouesse chirurgicale a été accomplie. Mais des désastres peuvent la suivre, et on a signalé l'élimination totale du fragment antérieur.

Deux méthodes restent actuellement en présence :

L'une, particulièrement employée et défendue dans les pays de langue allemande, nous a été exposée au dernier Congrès dentaire International par Pohl (de Vienne), et est surtout pratiquée par Pichler. De même au Congrès Français pour l'avancement des Sciences tenu il y a deux ans à Alger, Ernst (de Berlin) défendit cette méthode.

Elle consiste à sectionner la branche montante au-dessus de l'épine de spix, et à reculer le fragment antérieur pour obtenir une consolidation dans une bonne position de réduction.

La deuxième, la résection condylienne pratiquée une fois par Jaboulay, puis par moi-même, consiste à sectionner le col du condyle et à extraire le condyle. On obtient ainsi une laxité articulaire telle, que la mâchoire d'elle-même se recule suffisamment pour que, suivant l'ampleur de la résection, le prognathisme quel que soit son degré se trouve corrigé.

Il est important de savoir quelle est celle de ces deux méthodes qui représente le moins de risques opératoires, le moins d'inconvénients post-opératoires, et par conséquent la meilleure garantie de réussite.

J'ai pratiqué 47 fois la résection bilatérale des condyles pour prognathisme. Si ce chiffre peut paraître peu élevé il n'en constitue pas moins actuellement la plus grande statistique connue ; or, même dans les cas les plus difficiles, et celui dont M. Housset vous entretiendra tout à l'heure détient le record à ce point de vue, nous avons obtenu un résultat absolument parfait à la condition que l'opéré accepte le traitement prothétique ultérieur.

Dans un seul cas où il s'agissait d'une femme obstinément décidée



à ne supporter aucun appareil, une béance antérieure de près d'un centimètre a persisté.

Il est difficile, pour une opération quelle qu'elle soit, de pouvoir promettre avec autant de sécurité un résultat intégral.

Je vous rappelle la technique que j'ai déjà eu l'occasion de décrire bien souvent et en particulier dans mon livre sur *La Chirurgie de l'Articulation Temporo-Maxillaire*, édité par Masson.

Découverte du col du condyle par une incision en V, dont la pointe se trouve exactement en avant du tragus, dont la branche postérieure verticale remonte en avant de l'oreille sur trois centimètres de longueur, et dont la branche antérieure, oblique à 45°, se dirige vers la région temporale sur trois centimètres également. Un lambeau cutané en V, représentant toute l'étendue de peau libre entre l'oreille et les rameaux supérieurs du facial, se trouve ainsi libéré. Cette incision en V a l'avantage de donner le maximum de jour et le minimum de risques, puisqu'elle rappelle continuellement à l'œil l'emplacement du principal organe à éviter : le nerf facial. Ce lambeau étant relevé, tous les plans superficiels sont incisés jusqu'à la saillie du condyle, la plupart du temps très facile à repérer. Dans l'épaisseur de ces plans, l'on rencontre fréquemment soit un plexus veineux abondant, soit l'artère temporale superficielle : il suffit de les pincer pour obtenir un champ exsangue. Dès qu'on a pris contact avec le condyle, il faut l'isoler des tissus fibreux qui le revêtent et surtout libérer complètement le col sur lequel va porter le temps principal de l'opération. Cette manœuvre sera souvent longue et délicate et devra permettre de découvrir très nettement le condyle et son col. C'est en effet de la façon dont sera pratiquée la section du col que dépendra, sinon la perfection, du moins la rapidité du résultat obtenu. S'il s'agit d'un cas de prognathisme peu accentué, on fera porter la section du col au ras même du condyle ; s'il s'agit, au contraire, d'une déformation considérable, la section devra porter aussi loin que possible en avant. Or, comme le col est vertical et bordé, en avant, par l'échancrure sigmoïde, on pourra faire une section oblique en bas et en arrière, quelquefois même une section presque verticale s'étendant depuis le quart postérieur de l'échancrure jusqu'en un point plus ou moins reculé du bord postérieur de l'os. Cette section qui, dans tous les cas, doit être courbe, de façon à reproduire un nouveau condyle, je la faisais au début, soit à la scie de Gigli, soit à la pince coupante, soit même à la gouge ; je la fais toujours actuellement à la fraise électrique. Avec de petites fraises,

on perce au travers de l'os une série de petits orifices qu'il est ensuite aisé de réunir au moyen de la fraise plate, ou avec un ciseau-burin.

Le col une fois sectionné, il reste à faire l'extraction du condyle ainsi libéré. C'est un acte parfois délicat. En effet, le condyle étant débarrassé, d'une part, de toute connexion osseuse, d'autre part, de ses attaches capsulo-ligamentaires externes, se trouve immédiatement attiré dans la profondeur, par la puissante insertion du ptérygoïdien externe. Il est important de ne pas le laisser échapper, car il peut disparaître dans la fosse ptérygo-maxillaire, où il sera caché profondément et difficile à retrouver. On introduira donc, en passant devant lui, l'extrémité d'une spatule courbe vers son pôle interne : on l'empêchera ainsi d'obéir à la traction musculaire qui l'entraînerait en dedans et en avant ; d'autre part, on le saisira par son pôle externe avec un davier droit ; il sera dès lors facile de le libérer de ses attaches profondes et de l'extirper. Lorsque le condyle est ainsi sorti, on se rend compte de ses altérations. On avait déjà pu constater en le dénudant que, dans beaucoup de cas, il est fortement rejeté en arrière, expliquant ainsi la projection de la mâchoire en avant. Lorsqu'il est isolé, on peut de plus constater tantôt son atrophie, tantôt sa déformation, tantôt son hypertrophie. Il est rare que, chez un prognathe accentué, le condyle soit tout à fait normal, mais il m'a paru impossible jusqu'ici d'établir un rapport constant entre les modalités du prognathisme et la déformation condylienne. Il est d'ailleurs possible que la déformation ne soit nullement la cause, mais soit au contraire une conséquence de la malposition mandibulaire.

Le condyle extirpé, on s'appliquera à régulariser la tranche de section qui doit devenir la nouvelle surface articulaire, ceci dans le but d'éviter le plus possible toute éraillure des surfaces fibro-cartilagineuses supérieures. L'opération est dès lors terminée ; il suffit d'assurer l'hémostase d'une part, la fermeture de la plaie par quelques points de suture d'autre part. La même extirpation est faite, dans la même séance, du côté opposé.

Le résultat immédiat, très facile à constater, est la liberté considérable de déplacement de la mâchoire inférieure ; privée de ses condyles, la mâchoire est comme folle ; on peut la mobiliser d'avant en arrière, dans une étendue considérable qui permet la réduction du prognathisme le plus accentué, à la condition, toutefois, d'avoir eu soin de graduer la résection comme nous l'avons indiqué plus haut.

Pour expliquer cette laxité articulaire et surtout l'étendue du recul, la disparition du condyle ne suffit pas à elle seule. Le recul se fait parce que l'organe principal de propulsion de la mâchoire, le ptérygoïdien externe se trouve momentanément privé de toute action. On sait, en effet, que tous les muscles masticateurs déterminent par leur contraction non seulement un mouvement vertical, mais un recul, et que, seuls, les muscles ptérygoïdiens externes sont des protracteurs. C'est par la contraction d'un seul de ces muscles que l'on dévie la mâchoire sur le côté ; c'est par leur contraction simultanée qu'on la projette en avant.

Aussitôt après l'opération, le sujet ne peut donc pas projeter sa mâchoire en avant ; mais, peu à peu, les faisceaux inférieurs du ptérygoïdien externe, qui ont été respectés, ramènent les faisceaux supérieurs ou une partie d'entre eux à leur insertion osseuse, au ras du trait de section, et le mouvement réapparaît. Il reste donc diminué, mais suffit amplement à compenser la traction inverse des autres muscles. De toute façon, aucune impotence, aucune gêne des mouvements n'est à craindre.

La mâchoire est donc reculée, mais il est facile de comprendre qu'elle est aussi attirée en haut, et que par conséquent, sa partie antérieure va se trouver abaissée. Il en résultera un défaut de contact entre les incisives, une béance qui est le seul inconvénient réel de cette opération, et contre laquelle on aura souvent à lutter. Si l'on a pris soin, comme nous l'avons indiqué plus loin, de faire porter la résection le plus possible en arrière et le moins possible en haut, de laisser par conséquent aussi saillante que possible la partie antérieure du col, la béance sera minime. Si l'on a dû amputer bas, la béance sera considérable. Dans tous les cas, il faut la combattre rapidement. Si elle est minime, dans les cas favorables, le sujet la réduit de lui-même, et il suffit qu'il y veille pendant quelques jours pour que la correction soit parfaite.

Dans les autres cas, c'est au prothésiste compétent qu'il appartient d'appliquer les appareils nécessaires et de traiter les dents comme il convient. C'est sur quoi M. Housset vous donnera dans un instant les renseignements les plus complets.

En quoi consiste l'autre opération, la section de la branche montante ?

Je n'ai jamais voulu la réaliser sur le vivant, considérant que j'avais



à ma disposition une opération meilleure, mais je l'ai réalisée plusieurs fois sur le cadavre.

Avec les constatations que j'ai pu faire, avec l'expérience que nous avons des fractures de la branche montante dont vous avez pu, comme moi, observer un très grand nombre pendant la guerre, voici quel est mon sentiment : La partie supérieure de la branche montante étant horizontalement coupée, le résultat théorique paraît excellent. Le fragment inférieur est reculé horizontalement et glisse sur la tranche du fragment supérieur comme glisse un volet à glissière sur son rail de suspension, les branches montantes se reforment avec une déformation en baïonnette ou en marche d'escalier, mais en bonne position de réduction.

Pratiquement, hélas, les choses ne se passent pas ainsi. Dès que le fragment supérieur est séparé par un trait de scie du fragment inférieur, il subit des déplacements considérables. Il bascule vers le haut, attiré par la puissante traction du temporal, il bascule en dedans, attiré par la puissante traction du ptérygoïdien externe ; ces déplacements sont inévitables. Ils sont immédiats et tous ceux qui ont soigné des fractures de la branche montante les connaissent et savent qu'il est à peu près impossible de lutter contre eux. Si bien qu'une consolidation d'une fracture de la branche montante est pour ainsi dire irréalisable.

Que se passe-t-il donc après l'opération, car il faut bien qu'il se passe quelque chose de favorable puisque des auteurs défendent le procédé ?

L'explication est très simple. Il se passe exactement la même chose que lorsqu'on a sectionné le col du condyle. La mâchoire devient très libre, et se place à volonté dans une bonne position de réduction. Le mécanisme de la correction est donc strictement le même et ne doit pas être interprété comme une consolidation au niveau du trait de section. Il y a toutefois une différence importante, c'est que le fragment inutilisé et déplacé reste inclus au lieu d'être extrait comme le condyle. D'autre part l'ascension du fragment postérieur et la béance interincisive concomitantes sont encore plus accentuées puisque l'amputation a porté sur un fragment plus long. Il en résulte que la prothèse correctrice en sera d'autant plus nécessaire et devra être appliquée dans tous les cas sans exception. Nous sommes donc très affirmatif dans nos conclusions que l'opération portant sur le condyle est plus logique et plus simple.

(V. discussion, p. 466).

## LA RÉDUCTION ET LA CONTENTION DE LA MANDIBULE A LA SUITE DE LA RÉSECTION BI-CONDYLIENNE

CONSIDÉRATIONS PROTHÉTIQUES.

Par P. HOUSSET,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 3 mai 1932)

616.314.21 007 53.

Les conditions d'équilibre de la mandibule dépendent de trois facteurs coordonnés :

- poids de la mandibule et centre de gravité ;
- forme, dimensions et position de la mandibule ;
- système musculaire (bras de levier et couples).

Ces trois facteurs intervenant dans la cinématique, le dynamisme et la position de repos, déterminent les axes instantanés de rotation.

L'intervention chirurgicale modifiant les proportions des bras de levier donne la prédominance à certains groupes musculaires.

La résection bi-condylienne entraîne un mouvement de rétropulsion et d'élévation (action prédominante des élévateurs et surtout du temporal). Il se produit un mouvement de rotation de la mandibule autour d'un axe dont la situation dépend de la longueur des portions réséquées, c'est-à-dire du degré de prognathisme.

Les maxillaires n'entrant plus en contact qu'au niveau des parties postérieures des arcades dentaires, il en résulte une béance interincisive d'autant plus marquée que le degré de prognathisme est plus grand.

\* \*

L'opération de Dufourmentel, élégante et précise, présente le minimum d'inconvénients, elle est certainement bien supérieure à la méthode de résection des branches montantes et horizontales, il suffit de concevoir la possibilité d'une pseudarthrose pour éliminer ces dernières interventions.

L'opération de Dufourmentel entraîne inévitablement une béance dont le degré est fonction de celui du prognathisme. Dans les cas peu marqués, la correction de la béance est facile et, dans les grands prognathismes, si elle demande une intervention prothétique consécutive importante, cette dernière n'est pas plus compliquée que dans les autres formes d'intervention et elle conduit à un résultat beaucoup plus sûr.

La prothèse de réduction a pour but, en recherchant l'articulé le plus correct, de rétablir la synergie musculaire et la reconstitution d'une néo-articulation temporo-maxillaire dans des conditions physiologiques normales comme on a pu déjà le vérifier, pendant la guerre, sur les fractures des condyles et, d'après les heureux résultats obtenus,

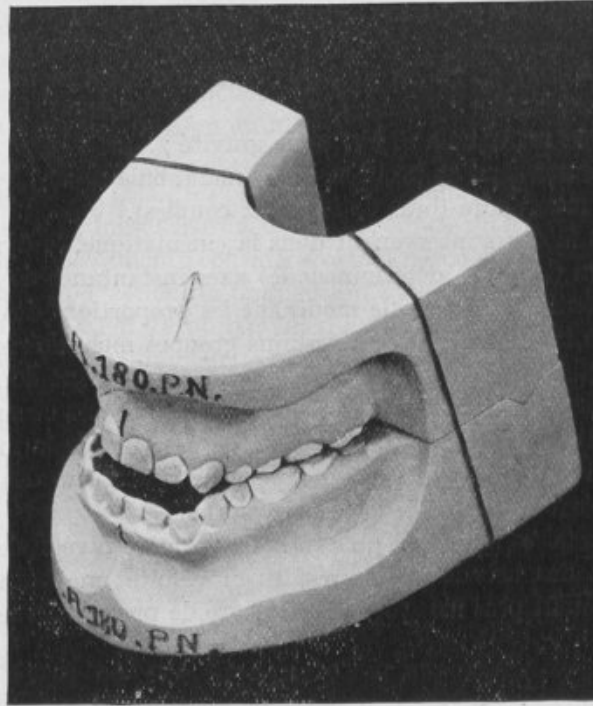


FIG. 1. — Cas de prognathisme avec forte déviation à gauche.

quand on laissait la réparation osseuse s'effectuer sous l'influence des mouvements mandibulaires convenablement guidés.

C'est dire que, prothétiquement, nous sommes opposé à tout emploi de systèmes de blocage, de ficelage inter-maxillaire, etc... Les appareils ne doivent en aucune façon empêcher les mouvements mandibulaires.

Dans l'étude du prognathisme, si le facteur héréditaire est à la base de la dysmorphose il convient de faire une large part aux caractères acquis. En effet, la position des deux maxillaires est inversée, la



mandibule, os normalement circonscrit par le maxillaire supérieur, devient un os libre et l'on admettra que son développement peut devenir excessif, deux facteurs mécaniques venant s'ajouter au *primum movens* d'ordre biologique ou héréditaire.

En effet, l'arcade alvéolaire supérieure circonscrivant à l'état normal le maxillaire inférieur se trouve limitée dans son développe-

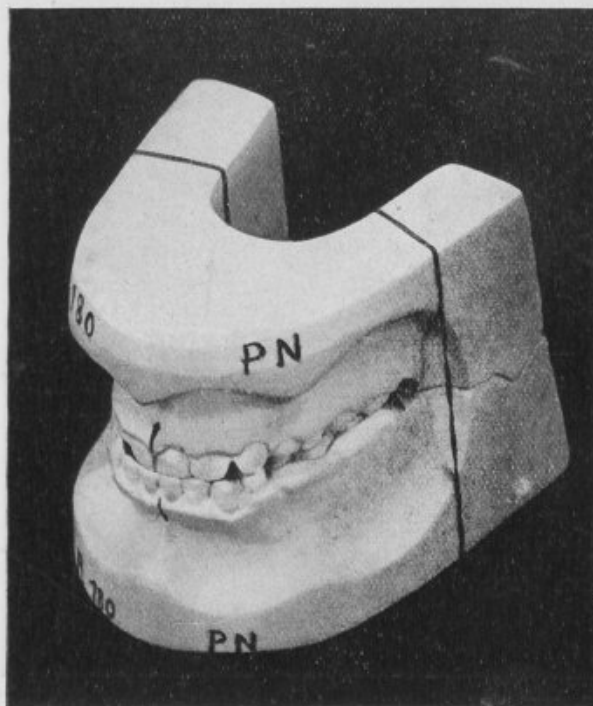


FIG. 2. — Le même cas, après résection chirurgicale et réduction mécanique ; en cours de traitement orthodontique.

ment par sa liaison avec la superstructure, d'autre part l'engrènement intermaxillaire dans le sens vestibulo-lingual détermine la position et le développement des arcades alvéolaires, il existe donc une action mécanique réciproque conditionnant le développement des deux maxillaires dans toute leur masse. Dans le prognathisme le jeu des plans inclinés, sur l'action desquels nous insistons depuis longtemps en orthopédie dento-faciale, tend, au contraire, par l'inversion des plans cuspidiens, à écarter l'arcade inférieure, à rétrécir l'arcade supérieure,

notamment au niveau des multicuspidées. Il est évident qu'il ne faut pas confondre avec ces modifications réelles du diamètre frontal au niveau des molaires la non-concordance des diamètres transversaux résultant du déplacement en avant de la mandibule, c'est ainsi que le diamètre frontal au niveau des molaires inférieures correspond au



FIG. 3. — Avant la résection bi-condylienne. Grand prognathisme sur un sujet de quarante ans.

diamètre frontal au niveau des prémolaires supérieures, ce qui peut faire croire à une disproportion plus grande entre les deux arcades supérieure et inférieure.

L'inversion des plans inclinés cuspidiens constitue le premier facteur mécanique.

Si l'on examine les arcades alvéolaires dans le plan horizontal, on constate fréquemment que l'inférieure est élargie nettement au niveau des dernières molaires, elle est plus étroite, parfois légèrement concave, au niveau des premières molaires et surtout des prémo-

lares et fréquemment atrésiée dans la partie antérieure projetée en avant. Il semble que les angles mandibulaires sont écartés.

Au maxillaire supérieur l'arcade est nettement atrésiée dans son contour, la formule dentaire est fréquemment au-dessous du chiffre, on constate souvent des agénésies et des ectopies, ainsi que des formes

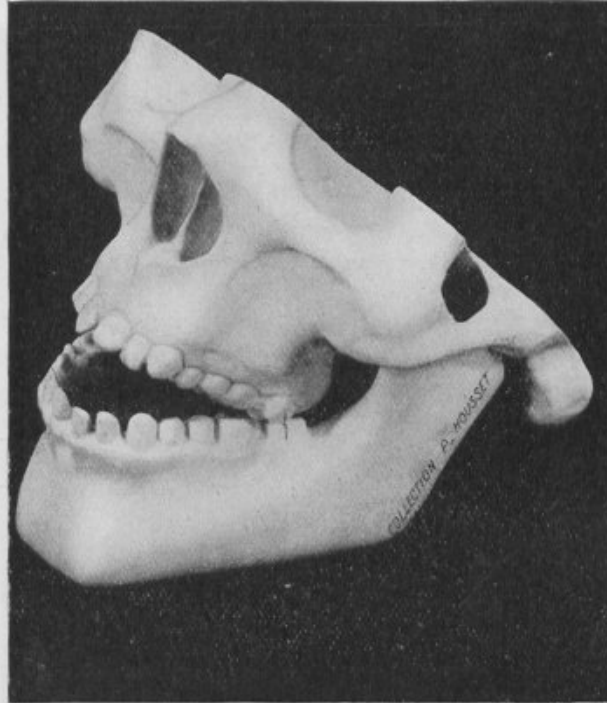


FIG. 4. — Après la résection chirurgicale. Grande béance à réduire par des moyens mécaniques.

de nanisme ou surtout de gigantisme dentaire et toutes les malpositions que l'on peut rencontrer dans les cas d'endognathie supérieure.

Mais il faut aussi remarquer que le maxillaire supérieur est diminué dans toute sa masse, c'est-à-dire dans les trois dimensions.

La région sous-nasale est en retrait, les fosses canines sont profondes, les apophyses pyramidales peu développées ; la face, proéminente dans sa partie mentonnière, est concave dans la région péri-nasale.

Au maxillaire inférieur le développement radiculaire est normal,



le plus souvent les racines sont longues. Au maxillaire supérieur, au contraire, il semblerait que les racines fussent en général plus faibles, mais cette observation pour être de valeur, aurait besoin d'être relevée dans de nombreux cas.

Le développement inversé des deux maxillaires, rétréci en haut,

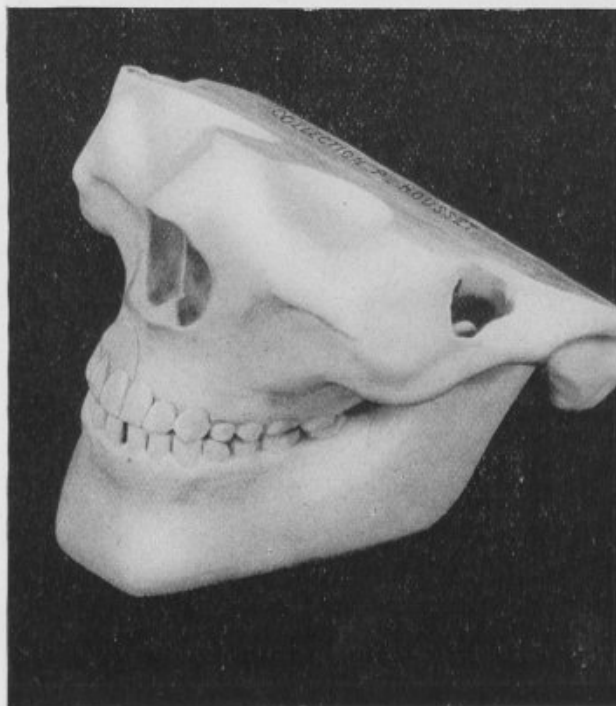


FIG. 5. — Après la réduction mécanique et le traitement prothétique.

élargi en bas, dans la région des gonions, peut faire croire que l'orientation musculaire plus oblique n'est pas sans action secondaire.

On peut donc admettre *a priori* que si le traitement du prognathisme, chez les adultes, comporte une partie chirurgicale, une partie prothétique de réduction mandibulaire et d'obtention du nouvel engrenement dentaire assurant un articulé correct, il doit aussi, pour que l'œuvre soit parachevée, être fréquemment suivi d'un traitement orthodontique. Il semble d'ailleurs que l'os alvéolaire chez ces pro-

gnathes se laisse assez aisément modifier et n'oppose pas les résistances que l'âge des sujets pourrait faire prévoir.

\* \* \*

Dans les grands prognathismes, avant l'opération et après les radiographies nécessaires, des empreintes d'études (comme pour toute prothèse) seront prises et le nouvel articulé sera étudié. Ainsi sera déterminée l'étendue des résections condyliennes, symétriques ou, dans les cas de déviation, asymétriques, avec résection plus large du côté opposé à la déviation. Il est alors possible, en recherchant les points de contact interdentaire du nouvel articulé, de procéder à un meulage orthopédique pré-opératoire.

Toujours avant l'opération et d'après notre méthode, un casque cranio-frontal et une plaque de Guérini seront ajustés, des coins de liège préparés ; ces dispositifs seront placés presque immédiatement après l'intervention en assurant ainsi un début de réduction.

De même, une gouttière attelle inférieure sera construite, elle doit envelopper complètement l'arcade en laissant libre la face occlusale. L'inclinaison linguale généralement très marquée des prémolaires et surtout des molaires inférieures rend impossible la construction en une seule pièce de gouttières bien ajustées, cet inconvénient devient un avantage pour la rétention si les gouttières sont établies en plusieurs pièces articulées selon notre procédé :

a) Une pièce antérieure vestibulaire est raccordée à droite et à gauche par un encastrement à forte vis avec une seconde pièce (C C'). Cette dernière suit les contours vestibulaires au niveau des molaires, le contour distal à droite, à gauche et le contour lingual. Si l'inclinaison linguale des molaires est très accentuée, il conviendra d'établir au niveau de la face linguale des incisives et verticalement une charnière à vis (A) qui permet l'introduction facile, en la repliant, de la pièce linguale. On obtient ainsi une excellente rétention, absolument indispensable.

La pièce vestibulaire antérieure porte des goupilles ou des vis d'interstices interproximaux (P), orientées de bas en haut et de dehors en dedans pour assurer la résistance à la traction verticale. Ces gouttières seront scellées, quelques jours après l'intervention, avec du ciment ou même de la pâte à l'oxyde de zinc-eugénol.

Deux tubulures horizontales, à droite et à gauche (B B'), soudées sur la partie vestibulaire, au niveau des prémolaires et dans l'axe

des commissures, permettront de fixer les antennes amovibles.

Ces antennes (E) dont la longueur est calculée pour équilibrer le bras, de levier de résistance formé par la force motrice du temporal, sont reliées par des élastiques puissants au bandeau frontal du casque.

La réduction, à partir de ce moment, s'opère graduellement dans des conditions précises, efficaces et sans empêcher les mouvements mandibulaires. D'après les lois de l'ostéogénèse il n'y a aucun intérêt à rechercher une réduction rapide et brutale. La réduction lente permet

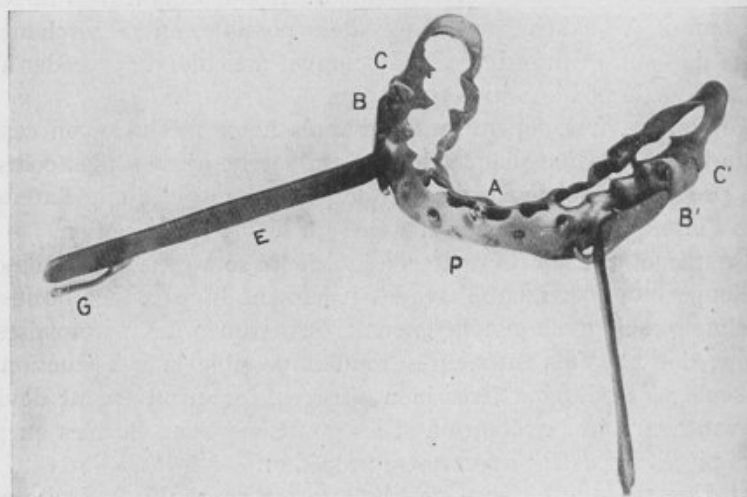


FIG. 6. — Appareil de réduction mécanique, gouttière en trois pièces articulées (E), antennes amovibles (C), raccords vestibulaires et vis, vis linguale (A), tiges d'interstices (P).

d'une façon plus certaine le retour à des conditions d'équilibre définitives et aucun maintien n'est nécessaire (en concordance avec les principes de réglage dans les traitements d'orthopédie dento-faciale).

Les antennes sont portées dans la journée, mais au moment des repas elles peuvent être remplacées, ainsi que pendant la nuit, par la plaque de Guérini. La réduction s'opère progressivement en trois mois environ pour les prognathismes moyens.

\*  
\* \*

Le processus de réduction est composé des modifications suivantes :

a) Le meulage orthopédique pré et post-opératoire peut déjà per-



mettre de réduire la béance, sans avoir recours à des avulsions souvent excessives et ayant l'inconvénient de modifier la formule dentaire (les avulsions ne sont indiquées que pour les troisièmes molaires mal évoluées) ;

b) Le principal de la réduction est obtenu par le pivotement de la

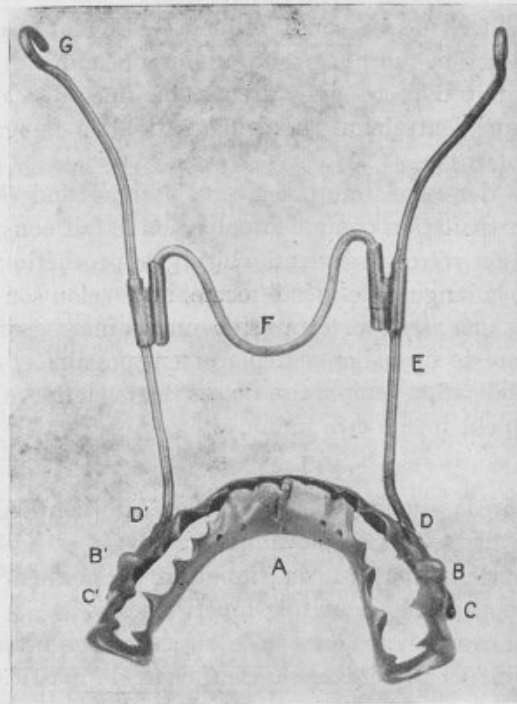


FIG. 7. — Gouttière en trois pièces et antennes amovibles, raccords vestibulaires et vis, vis linguale.

mandibule à l'aide des antennes. La résistance est au début assez grande, mais il suffit d'allonger les antennes. La traction par élastiques fixés sur les dents du maxillaire supérieur est un moyen dangereux pour ces dents en raison de la force nécessaire, c'est un procédé beaucoup plus gênant et parfois douloureux, très traumatisant pour des racines peu résistantes.

c) Il se produit d'autre part, au niveau des molaires, une certaine intrusion par suite de la grande pression localisée sur ces dents ;

d) Enfin, dans de nombreux cas, on peut compléter la réduction

par l'emploi de moyens prothétiques si les dents antérieures sont en mauvais état ou de moyens orthodontiques fréquemment indiqués (égression des incisives supérieures, rotation, etc...).

\* \*

Quel est le processus de réparation, de néo-formation, au niveau des parties osseuses réséquées ?

On peut admettre que sous l'influence des mouvements mandibulaires, par l'action morphogénétique des phénomènes mécaniques, l'os réséqué subit d'abord une raréfaction, une mise en liberté de matériel calcique, entraînant la régularisation du moignon avec ostéogénèse consécutive.

Il se forme donc une tête osseuse ou pseudo-condyle qui rétablit une nouvelle articulation comme la palpation le fait constater.

Dans tous ces rétro-glissements chirurgico-prothétiques du maxillaire inférieur, la langue elle-même recule, mais selon son volume peut parfois exercer une assez forte pression sur les incisives inférieures. Il conviendra donc de surveiller ce déplacement possible et dans certains cas une immobilisation temporaire de ces dents s'impose. La méthode de Skogsborg peut même être indiquée.

\* \*

J'insiste sur la qualification de telles interventions : elles ne sauraient être classées dans la simple chirurgie esthétique. Le fait qu'elles comportent souvent un important traitement prothétique consécutif démontre déjà leur rôle fonctionnel.

Si l'on tient compte que, dans le cas de grand prognathisme dont les illustrations sont ici présentées, le coefficient de mastication pouvait être évalué à 35 % et que l'on peut maintenant l'estimer à 95 % sinon davantage, la démonstration devient bien évidente. Ces traitements jouent un rôle prophylactique important pour une paradentose possible, résultant des surcharges et des carences de pression.

Enfin, les grands prognathismes peuvent, quand l'abrasion occlusale se produit, se compliquer de pro-glissement.

Certes, ces traitements ont une importance esthétique indéniable dont l'influence sur la vie affective ou sentimentale de l'individu n'est pas négligeable.

La suppression d'une infirmité si nettement apparente redonne au sujet plus de confiance, elle peut rénover ses activités d'extériorisation et tendre à augmenter sa valeur sociale. (V. discussion, p. 466).

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

### LES EXPOSITIONS (Suite) (1)

#### EXPOSITION SCIENTIFIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE ET DES DOMINIONS

Le Dr J. Menzies Campbell exposait une série de 19 photographies des dentures de trois squelettes de l'âge de bronze (environ 500 ans avant J.-C.), découverts dans des fouilles près de Glasgow, en 1928. Ils provenaient : 1<sup>o</sup> d'un homme de 70 ans ; 2<sup>o</sup> d'une femme de 25 ans ; 3<sup>o</sup> d'un enfant de 10 ans et demi.

Squelette I. — Crâne brachio-céphale typique. Articulation bout à bout des dents avec usure prononcée. Fracture verticale complète (*post mortem*) de la mandibule. Irrégularités prononcées des dents antérieures du maxillaire et de la mandibule. Il y avait une preuve distincte que cet homme était atteint de deux abcès dento-apicaux mandibulaires (1<sup>res</sup> mol. dr. et g.) sur lesquels des opérations chirurgicales avaient été pratiquées. Des calculs salivaires existaient sur les 15 dents restantes. Pas trace de carie. Des excroissances osseuses marquées étaient visibles sur le côté lingual du bord alvéolaire mandibulaire (dr. et g.) et dans la région des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> molaires.

Squelette II. — Ce crâne tomba en morceaux lors de l'exhumation, mais quand le sable eut été criblé, 32 dents furent recueillies. Pas de traces de caries, traces légères de calculs salivaires. Nodules d'émail sur les 2<sup>mes</sup> mol. dr. et g. du maxillaire sup. et sur la 3<sup>e</sup> mol. dr.

Squelette III. — Crâne remarquablement bien conservé. Les dents temporaires étaient des cuspidées, des 1<sup>res</sup> et 2<sup>mes</sup> molaires ; les dents secondaires étaient des incisives centrales et latérales et des 1<sup>res</sup> molaires, tandis que les 2<sup>mes</sup> molaires étaient visibles au niveau alvéolaire. Au maxillaire les 3<sup>mes</sup> molaires se trouvaient dans des cryptes osseuses, mais l'examen radiographique ne permit pas de découvrir de trace des 3<sup>mes</sup> mol. mandibulaires. Articulation : les incisives supérieures débordent de 2 mm sur les inf. Fracture verticale complète du maxill. inf. (*post mortem*). Usure marquée de toutes les dents temporaires. Irrégularités frappantes des dents des maxill. sup. et infér. Pas de traces de caries. Traces de calculs salivaires sur les faces labiales des 2<sup>mes</sup> mol. dr. et g. du maxill. sup.

\* \*

Il exposait également un volume de coupures de journaux pour montrer le degré marqué de succès des efforts faits pour éveiller l'intérêt du public en hygiène dentaire, par la publication d'un manifeste adressé, en décembre 1930, à la presse de la Grande-Bretagne et signé d'une série de notabilités dentaires.

---

(1) Voir l'*Odontologie* d'octobre 1931 à juin 1932.



Enfin, il exposait aussi un ouvrage intitulé : *Those teeth of yours* (publié chez Heinemann, 3 shill. 6 pences), qu'il a écrit en langage familier pour contribuer à faire mieux comprendre par le peuple les efforts de la profession dentaire en faveur de la santé du public. Cet ouvrage répond à des questions souvent posées par les patients.

EXPOSITION PRÊTÉE PAR L'ÉCOLE DENTAIRE DE L'HOPITAL DE LONDRES  
ET PAR M. HAROLD CHAPMAN (ANGLETERRE)  
POUR ILLUSTRER LA POSITION ANORMALE D'UNE OU DE PLUSIEURS DENTS  
DUE A DES CAUSES LOCALES (CLASSIFICATION DE BENNETT)

- 1<sup>o</sup> Dents permanentes conservées.
- 2<sup>o</sup> Dents de forme anormale.
- 3<sup>o</sup> Dents surnuméraires.
- 4<sup>o</sup> Dents manquantes.
- 5<sup>o</sup> Frein de la lèvre anormal.
- 6<sup>o</sup> Position en crypte et déplacement total.
- 6<sup>o</sup> a. Déplacement partiel ou inclusion.
- 7<sup>o</sup> Inclusion de la 1<sup>re</sup> mol. perman. sup. contre le collet de la 2<sup>e</sup> mol. temporaire.
- 8<sup>o</sup> Suçage du pouce, des doigts, des orteils, de la lèvre, de la langue ou d'une sucette.
- 9<sup>o</sup> Perte d'espace due à la carie et à la perte prématurée de dents temporaires ou permanentes.

LABORATOIRE DE RECHERCHES JOHN HAMPTON HALE, ROYAL DENTAL  
HOSPITAL, LONDRES.

*Physiologie de l'émail et Pathologie de la dentine*, par E. W. FISH.

Une collection de photomicrographies et de dessins, accompagnés de légendes descriptives, montrant les recherches faites sur la physiologie de l'émail et la pathologie de la dentine a été exposée. Le rapport suivant donne une description générale des expériences et de leurs résultats qui furent démontrés.

Physiologie de l'émail.

I. — Tissu fluide dans l'émail.

La présence de tissu fluide dans l'émail est démontrée en plaçant un colorant solide dans la chambre pulpaire de la dent, avant ou après la mort. Ce colorant se diffuse dans les canalicules dentinaires et, si l'émail est perméable, il pénètre dans les gaines prismatiques, tandis que des traces du colorant se montrent aussi dans les prismes. La substance interprismatique semble toujours perméable.

Chez un jeune chien, le colorant atteint la surface de la bouche et entre aussi dans l'émail, ce qui montre que la pulpe est en communication par un fluide avec la bouche.

Dans la dent d'un vieux chien la surface de l'émail devient imperméable

et tandis que les couches profondes reçoivent du tissu fluide de la dentine, elles ne sont pas en communication avec la bouche par un fluide.

Dans la bouche humaine, seules, des traces de tissu fluide entrent éventuellement dans quelques gaines prismatiques près de la jonction amérodentinaire.

Photomicrographies et dessins montrant :

1<sup>o</sup> Colorant pénétrant de la pulpe au travers de la dentine dans l'émail d'un chien.

2<sup>o</sup> Colorant qui a été mis dans la pulpe, présent dans les gaines prismatiques de l'émail d'un chien.

3<sup>o</sup> Traces de colorant dans de l'émail humain.

II. — Perméabilité de l'émail d'un jeune chien.

Photographies de l'aspect microscopique et macroscopique d'une coupe de dent de jeune chien montrant que, quand une boulette de coton saturée d'une solution de bleu de méthyle est placée à la surface de l'émail d'une dent de chien vivant et recouverte d'une coiffe pendant 24 heures, le colorant pénètre au travers de l'émail dans la dentine.

III. — Changements dans la perméabilité avec l'âge.

Quand l'expérience est répétée sur des chiens d'âges différents, on constate que la perméabilité diminue à mesure que l'âge avance. Mâchoires de chiens d'âges différents qui ont servi aux expériences avec les dents en place.

IV. — Nature des gaines de l'émail.

Une série de microphotographies de coupes d'émail à diverses phases de décalcification lente, vues au microscope, montraient la persistance de la cuticule kératineuse, les lamelles et les gaines prismatiques et leur continuité entre elles.

Pathologie de la dentine.

I. — Tissu fluide dans la dentine.

Des photomicrographies de coupes décalcifiées de dents de chiens et de singes dans la pulpe vivante desquelles de l'encre de Chine avait été introduite, montraient que des particules d'encre avaient pénétré dans les canalicules dans un espace entre les fibrilles et les parois de ceux-ci ; on a conclu de cela que cet espace est occupé par le tissu fluide de la dentine.

Un certain nombre de photomicrographies de l'anastomose quelque peu restreinte normalement des branches terminales des canalicules dentinaires au-dessous de l'émail et l'obstruction de la partie terminale des canalicules dans des dents vieilles et malades, ont été montrées pour prouver que le canalicule est un système d'irrigation complet par lui-même.

II. — Réactions de la dentine aux lésions naturelles : usure, érosion, carie, hypoplasie de l'émail.

Du bleu de méthyle avait été introduit dans la pulpe de 58 dents représentant ces diverses formes de lésions.

Des coupes meulées furent faites et examinées et parmi elles on peut distinguer deux types distincts de réaction :

1<sup>o</sup> Zone translucide vue quand les canalicules sont irrités, mais non ouverts à la bouche. La zone translucide se trouve dans la dentine et agit comme une barrière entre la lésion et la pulpe, mais résiste rarement à la carie longtemps. Elle est décalcifiée par la carie et les canalicules, devenant contaminés, le *dead tract* (conduit mort), type de réaction, survient.

2<sup>o</sup> Bloc hyalin et réaction du conduit mort vus quand les canalicules, ouverts par la lésion, sont contaminés par la bouche et meurent. Une bar-

rière hyaline est formée par la pulpe, séparant les extrémités centrales des canalicules primaires et, au-dessous, la dentine secondaire. Quand la dentine est attaquée et envahie par la carie, d'autres barrières calciques sont déposées par la pulpe.

La dentine normale se protège par les canalicules bordant le conduit mort en le calcifiant pour former une barrière latérale.

Les deux types de réaction étaient montrés par des photographies et des dessins de coupes meulées qui faisaient voir que le colorant avait pénétré dans les canalicules dentinaires normaux, tandis que les canalicules séparés par les zones translucides, la dentine secondaire et les barrières latérales étaient exempts de colorant.

### 3° Réactions pulpaires aux lésions périphériques.

Quand la réaction du conduit mort de la dentine survient et que les canalicules dentinaires sont tués par la contamination, quelques odontoblastes ou tous sous la dentine atteinte sont également détruits.

Parfois la pulpe sous une carie cervicale est si gravement contaminée, que non seulement tous les odontoblastes meurent, mais qu'une infiltration à cellules rondes survient dans la pulpe et que l'os habituel de dentine secondaire formant les canalicules morts est remplacé par un petit granulome chronique.

Des photographies montrant la destruction et la mort des odontoblastes sous de la dentine secondaire furent exposées, ainsi qu'un cas de carie cervicale avec infiltration de cellules-rondes et un granulome chronique, au lieu du dépôt habituel de dentine secondaire.

### IV. — Lésions expérimentales de la dentine.

Une autre série de photographies montrait les réactions de la pulpe de dents qui avaient été usées expérimentalement et ses canalicules laissés ouverts dans la bouche pendant diverses périodes.

Les réactions typiques observées étaient :

1° Dépôt de sels de chaux sur les extrémités centrales des canalicules séparés de la pulpe par fermeture.

2° Dégénérescence simultanée des odontoblastes.

3° Formation de dentine secondaire, hyaline ou tubulaire, suivant le nombre d'odontoblastes régénérés.

Dans les lésions moins graves, quelques odontoblastes seulement sont détruits ; quand la contamination est plus grande, la réaction de la pulpe est plus accusée et la destruction des odontoblastes sous la dentine secondaire est presque totale.

Dans tous les cas l'étendue de la barrière de dentine secondaire correspondait exactement à la zone des canalicules morts qu'elle fermait.

Lésion expérimentale du ligament épithélial.

Les photographies montraient que quand le ligament épithélial est enlevé expérimentalement avec le ciment et une partie de la dentine, chez le chien ou le singe, le tissu mou associé devient généralement infecté et l'épithélium se reforme en quelques semaines et se réattache au ciment non lésé.

S'il n'y a pas d'infection, la surface lésée de la dent se résorbe légèrement, puis est réparée par le ciment secondaire qui sert à réattacher les fibres de la membrane du périoste.

L'épithélium se réattache à la surface de la dent au point de résorption ou parfois peut même se perdre dans le tissu connectif.



Expériences sur l'absence de la vitamine C (En collaboration avec le Dr L. J. Harris).

I. — Une série de photomicrographies de coupes longitudinales des molaires d'un cobaye normal fut d'abord présentée pour montrer les erreurs pouvant provenir de l'emploi de coupes transversales de dents pour vérifier l'absence de vitamines.

La coupe longitudinale de la dent normale montra qu'à mesure qu'on s'approche de la partie la plus ancienne (le bord incisif), il y a dégénérescence progressive des odontoblastes et dégénérescence de la pulpe, des îlots de pulpe étant séparés par de la dentine secondaire qui, finalement, remplit le canal radiculaire.

La base de la dent présentait une pulpe normale et des odontoblastes fonctionnant ou se développant. Par suite, il faut se servir de coupes longitudinales si l'on veut faire une comparaison juste entre les dents normales et les dents anormales.

II. — Cobayes dépourvus de vitamines C.

Des photographies de coupes longitudinales des dents montraient :

1<sup>o</sup> Que la dentine primaire de formation la plus récente était anormale dans son type et irrégulière dans sa forme.

2<sup>o</sup> Que les odontoblastes n'étaient pas reconnaissables.

3<sup>o</sup> Que des masses irrégulières de dentine secondaire et de dégénérescence entouraient les vaisseaux sanguins de la pulpe.

III. — Cobayes avec insuffisance de vitamines C, complètement privés de ces dernières tout récemment.

Des photographies de coupes longitudinales des dents montraient :

1<sup>o</sup> Que la dentine primaire n'était pas sérieusement altérée.

2<sup>o</sup> Que la pulpe était seulement un peu dégénérée.

3<sup>o</sup> Que la dentine secondaire n'était pas limitée à l'apex de la chambre pulpaire, mais formait un modèle régulier sur les côtés de la chambre pulpaire à droite et au bas du bord développant de la dent. Ce tissu renferme un certain nombre d'odontoblastes qui lui donnent l'aspect osseux et a incité divers auteurs à employer l'expression *os pulpaire*.

4<sup>o</sup> Que les odontoblastes n'étaient pas sérieusement dégénérés.

#### EXPOSITION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE

L'Exposition scientifique française occupait presque entièrement une des grandes salles comprises entre la section allemande et la section autrichienne. Elle comprenait une trentaine de vitrines et une douzaine d'exposants.

Dr Henri CHENET, *professeur à l'Ecole Dentaire de Paris*.

Toute une série de photographies, moulages et modèles de restaurations auriculaires, totales ou partielles, en pâte gélatineuse, ainsi que la démonstration de la technique.

Un squelette maxillo-facial préparé pour l'enseignement aux élèves des fractures du maxillaire inférieur : des élastiques fixés aux points des diverses insertions musculaires permettent, par un système de fixation, de reproduire toutes les déviations des fragments, suivant la position du trait de fracture. Un appareil de réduction automatique par force élastique mono-maxillaire, déjà présenté par le Dr Chenet au Congrès interalliés de

1916, placé sur ce squelette, réduit et maintient les fractures avec chevauchement des fragments.

Un appareil sur moulage de démonstration, qui a fait l'objet d'une importante communication du Dr Chenet à la XII<sup>e</sup> Section. C'est un appareil de prothèse immédiate après résection du maxillaire supérieur. Fait sur un moulage préparé suivant les indications du chirurgien qui doit pratiquer l'intervention, cet appareil se place à la fin même de celle-ci, évitant le tamponnement, si pénible au réveil, de l'énorme cavité causée par l'ablation chirurgicale ; il permet la déglutition, la phonation, l'alimentation normales immédiatement, et évite les rétractions faciales cicatricielles si mutilantes et si gênantes pour l'appareillage définitif. Cet appareil, qui sert aussi d'appareil définitif, peut également être utilisé dans les cas de perte de substance traumatique du maxillaire supérieur (blessure de guerre, accident industriel, etc...). Constitué par une plaque palatine supportant une chambre à air en caoutchouc extrêmement mince que l'on peut gonfler à volonté, cet appareil est admirablement toléré par les téguments cruentés et les muqueuses, si susceptibles, dont il détermine une cicatrisation nette, sans bourgeonnement, sans irritation, supprimant une des causes les plus fréquentes de récidence de la tumeur enlevée.

M. le Dr M. DARCISSAC (*Communiqué par l'auteur*)

1<sup>o</sup> Appareils originaux de prothèse chirurgicale de la face accompagnés de photographies de sujets appareillés.

2<sup>o</sup> Articulation physiologique (de M. le Dr Darcissac) avec une série de moulages fixant les différents temps de la technique du montage d'un dentier sur cet appareil ;

3<sup>o</sup> Quelques brochures sur la prothèse chirurgicale.

#### LABORATOIRE DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

(*Communiqué par M. le Dr DELATER, Directeur du Laboratoire*)

Le laboratoire de recherches biologiques de l'Ecole dentaire de Paris a été imaginé par quatre grands tableaux synoptiques le résultat des recherches que son directeur, le Dr G. Delater, poursuit depuis 12 ans avec sa collaboratrice, M<sup>me</sup> Bourgeonier.

Au Val-de-Grâce, puis à l'École, il a établi le mécanisme pathogénique, histologique et bactériologique selon lequel prennent naissance et se développent les *processus inflammatoires et tumoraux périodontaux* ; 50 dessins en couleur, dus à M<sup>lle</sup> Budin, reproduisant et interprétant les meilleures coupes histologiques et les meilleures microphotographies obtenues par l'auteur, cristallisaient la substance des nombreuses communications, articles et ouvrages qu'il a composés sur ce sujet.

On y voyait s'animer et proliférer les *débris de Malassez*, ordinairement quiescents, sous l'influence d'une irritation microbienne dont les agents étaient partis de canaux dentaires infectés. Des figures illustraient le mode de développement de l'*épithélio-granulome apical*, dont les digitations épithéliales, bourrées de polynucléaires et de microbes, se hérissent dans un tissu conjonctif lâche infiltré de mononucléaires réactionnels, à l'intérieur d'une capsule fibreuse généralement étanche. Le processus s'étend par la périphérie et se nécrose par son centre proximo-apexien ; parfois la destruction et la suppuration gagnent la totalité de la petite tumeur.

On assistait au mode d'apparition du *Kyste paradentaire* par un raptus hémorragique à l'intérieur d'une de ces travées épithéliales de l'épithélio-granulome et le mécanisme en devenait compréhensible en voyant avec quelle exubérance les capillaires conjonctifs, congestionnés embrochent et labourent les travées épithéliales dans le but de leur apporter les leucocytes polynucléaires nécessaires à la défense contre l'agression microbienne. L'étape première apparaissait ainsi sous l'aspect histologique d'un *épithélio-granulome microkystique hémorragique*. Une métaplasie des cellules malpighiennes bordant la lumière permettait de comprendre comment la sécrétion nouvelle de ces cellules remplace ultérieurement le sang qui se résorbe par un mucus transparent et citrin. *La dégénérescence graisseuse et cholestérinique n'est que secondaire.*

Si la prolifération épithéliale devient exubérante, un *épithélioma adamantin* apparaît, mais reste habituellement sans caractère histologique de malignité, car la prolifération devient rarement anarchique et la différenciation cellulaire, caractère essentiel des tumeurs cancéreuses, ne se greffe qu'exceptionnellement sur l'épithélioma adamantin.

Les nécroses et les hyperplasies du collet se trouvaient également représentées. Destruction microbienne de la *Pyorrhée*, prolifération épithéliale initiale de l'*Epulis*, suivie d'une intense réaction conjonctivo-osseuse et souvent angiomateuse, identifient ces processus à ceux de l'apex et font de la *Pyorrhée* un équivalent des suppurations apicales, — de l'*Epulis* un *épithélio-granulome à prédominance conjonctive*.

Ces quatre tableaux sont visibles à l'Ecole Dentaire de Paris, dans le laboratoire du Dr Delater.

#### MUSÉE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

1<sup>o</sup> Collection de 12 pièces moulages en cire de lésions faciales, peau et muqueuses ;

2<sup>o</sup> 5 planches présentant 20 reproductions de fractures-types du maxillaire inférieur ;

3<sup>o</sup> Appareil de réduction-contention de fractures multiples des deux maxillaires et soutien de greffes.

#### EXPOSITION SCIENTIFIQUE DE M. P. HOUSSET

(9 Vitrines — Collection personnelle)  
(Environ 150 pièces)

##### 1<sup>o</sup> COLLECTION DE PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE.

a) Modèles et appareils pour traitement du prognathisme.

*Un cas de grand prognathisme* (réduction après résection bi-condylienne de Dufourmentel).

Première réduction par casque et plaque de Guérini.

Réduction par gouttière à antennes et appui cranien.

Trois crânes de démonstration (avant l'opération, après la réduction, après la guérison).

Deux cas de réduction et de contention après résection bi-condylienne.

Présentation de photographies pour les trois cas.

b) Modèles et appareils porte-radium pour le traitement de cancers



de la bouche, du voile, des amygdales, des fosses nasales (en collaboration avec le Dr Wickham).

Appareils intra-buccaux.

Appareils système P. Housset à tube souple, réglable.

Modèles pour le voile, les amygdales, le nez, etc...

c) Appareils d'urgence système P. Housset, pour fractures des maxillaires (différents cas).

Appareils d'urgence pour fractures des maxillaires supérieurs, disjonctions, fractures du nez.

Différents systèmes de gouttières articulées pour réduction et contention.

Présentation de moulages cranio-faciaux (avant et après traitement).

Présentation d'un cas d'anophtalmos, etc...

#### 2° COLLECTION D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE.

Cas de traitement de prognathisme (enfant de 2 ans 1/2).

Cas d'endognathie marquée chez le nourrisson.

Modèles d'arcs transpalatins.

Modèles d'arcs linguaux.

Modèles d'Ainsworth, différentes modifications de P. Housset.

Type à barre parallèle.

Appareils de pro-glissement.

Différents types standard de filières.

#### 3° COLLECTION DE PROTHÈSE PARTIELLE.

Appareil inférieur à double barre (continuous clasps).

Bridges de contention d'arcades supérieures et inférieures complètes avec ancrages de raccordement.

Type de bridge amovible à selle articulée.

Différents types de bridges amovibles et de bridges fixes.

Maquettes de construction des coiffes télescopes (Procédés Peeso, Cross, Housset).

Maquette de construction des pivots pyramidaux.

Maquette de construction des vis pour ancrages.

Types standard de filières.

Couronnes trois quarts.

Construction de rotules fendues (Procédé P. Housset).

Kinétoscope n° 2. La contention dans les cas d'ostéolyse alvéolaire. Principes mécaniques.

Kinétoscope n° 3. Conditions d'équilibre des différents types de bridge (Calcul des forces).

#### 4° ORGANISATION DE L'ASEPSIE EN DENTISTERIE.

Présentation d'une boîte à pulpectomie (Méthode chirurgicale aseptique P. Housset).

Présentation d'une boîte porte-cotons aseptiques.

Organisation du matériel d'obturations temporaires.

Casque porte-écarteurs chirurgicaux et trans-illumination.

(A suivre).

## REVUE DES REVUES

### LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le Dr Wilhelm WALLISCH (Vienne)

Depuis mes dernières publications sur la pyorrhée alvéolaire de nouveaux points sont apparus, dont l'exposé est nécessaire pour la thérapeutique.

A ce sujet, je dois revenir en quelques mots sur ma classification de 1913.

1<sup>o</sup> La pyorrhée alvéolaire proprement dite dont la première cause est l'atrophie interne de l'alvéole. « Cette atrophie se manifeste par la mobilité de la dent sans suppuration, la gencive est toujours pâle et molle, le pourtour des dents mobiles est souvent bleuâtre. La mobilité des dents ne résulte pas de la résorption marginale de l'alvéole, mais, par sa mauvaise nutrition, elle ne peut plus fixer la dent qui perd ainsi son maintien solide. « L'alvéole est élargi, c'est une atrophie alvéolaire interne ». La thérapeutique montre que nous avons affaire à une perte des forces de résistance des tissus. La gencive s'étant réellement relâchée, la dent n'est plus entourée. Il en résulte secondairement un dépôt de tartre et une suppuration. J'ai tiré toutes mes conclusions de l'observation clinique. Fleischman et Gottlieb ont, en 1920, au sujet de leurs recherches histologiques, posé la question de l'atrophie de l'alvéole qu'ils ont nommée atrophie diffuse. Cette désignation a été confirmée par de nombreux auteurs. Ces différentes descriptions sont le résultat d'observation. L'atrophie interne est le résultat de l'observation clinique ; c'est le stade de début, l'atrophie diffuse est le stade final.

Cliniquement parlant elles se laissent caractériser et différencier ainsi : dans l'atrophie alvéolaire interne, la dent est mobile, sans élévation ; dans l'atrophie alvéolaire diffuse la dent mobile est allongée.

2<sup>o</sup> La pyorrhée tartrique a été fortement combattue par Gottlieb, puis considérée comme pyorrhée par manque d'hygiène, de traitement simple. J'ai dit antérieurement les différentes causes de la pyorrhée qui la rendent compréhensible et pourquoi un dentiste peut avoir un résultat heureux dans son traitement, tandis qu'un autre ne pourra pas s'en vanter.

Pour un traitement rationnel un diagnostic exact est essentiel et il paraît étrange de choisir dans une pyorrhée alvéolaire les manifestations de la paradentose, dont les manifestations sont proches de cette pyorrhée et de l'inflammation paradentaire. Je me rappelle que Wunschheim a décrit il y a quelques années des manifestations d'inflammation paradentaire qui n'avaient rien à faire avec la pyorrhée alvéolaire. Dans ces cas les ré-

sultats des traitements sont augmentés sans que l'on sache les suites d'un traitement propre à la pyorrhée, ce qui doit être mis à part. Evidemment, la désignation de paradentose est très pratique pour une rubrique d'assurance sociale, elle est courte, on ne fait pas une faute de diagnostic, et l'on peut ainsi désigner tout ce qui est possible.

Dans la *Zahnärztliche Rundschau* de 1931, je lis sous le titre de « Forte mobilité dentaire avec suppuration » la remarque suivante : par l'application de Dentinermator dans les culs-de-sac gingivaux, je peux guérir la paradentose, et dans les cas opiniâtres, j'appelle le paradentol à l'aide. Sans cassement de tête, le traitement de la paradentose est résolu d'une façon simpliste. Depuis de nombreuses années je poursuis ma façon de voir pour la dénomination précise de la maladie que l'on désigne pyorrhée alvéolaire.

Par les auteurs qui l'ont en premier lieu décrite, elle fut appelée maladie de Riggs (Riggs disease), par Greve (alvéolite chronique atrophique), par Witzel (alvéolite infectieuse), par Beaumé (atrophie alvéolaire précoce).

Maintenant on préfère le terme de paradentose, ce mot qui peut désigner diverses maladies différentes et ne me paraît pas être significatif. Le terme de pyorrhée alvéolaire a droit de cité et est d'un emploi courant parmi les dentistes, médecins et aussi par les infirmières.

Le moment le plus important et le plus pénible de la pyorrhée alvéolaire et sur lequel j'ai insisté dans mes dernières publications est l'atonie, c'est-à-dire le manque de réactions des tissus, manifestations que l'on ne peut reconnaître que par la clinique. Dans mes premières publications je disais déjà que les dents mobiles se consolident quand les patients reviennent à nous après un certain temps de repos : l'alvéole tient plus solidement la dent, par régénérescence de l'alvéole atrophie. La thérapeutique consiste dans ces cas dans une élévation des moyens d'existence.

Dans la *Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1930, n° 8, je trouve dans la « Pathogenèse de la périodontie marginale » par le Dr Entin, la remarque suivante : La signification catégorique de Hay qui repose sur une pratique médicale de trente-sept années et sur des expériences dans des sanatoria à savoir que l'on peut guérir uniquement par la diète, sans aucun traitement local, la pyorrhée alvéolaire témoigne de l'importance de l'équilibre des acides et des bases dans l'organisme pour la physiopathologie des tissus paradentaires ».

L'amélioration de la pyorrhée alvéolaire après une cure à Karlsbad résulte d'une amélioration de l'état général et non de l'influence de cette cure sur la muqueuse gingivale.

Très intéressant est le cas relaté dans un journal médical.

Les gynécologues signalent les heureux résultats de traitement à base de Fluor avec diète. Le Fluor est souvent la cause d'une maladie d'ordre général semblable à un eczéma cutané, qui n'est pas traité par les dermato-



logistes comme maladie locale, mais comme maladie d'ordre général.

Une des origines de la pyorrhée est l'atrophie de l'alvéole et l'atonie des tissus qui existe si un traitement d'ordre général est en cours ou non ; il est nécessaire pour le chirurgien-dentiste de pratiquer un traitement local.

Pour provoquer une régénération des tissus, j'ai préconisé en 1913 le nitrate d'argent en poudre placé dans les culs-de-sac gingivaux, et l'application de tampons d'ouate imbibés d'acide phénique dans ces mêmes culs-de-sac.

Dans les cas difficiles, j'ai abandonné cette méthode et j'ai préconisé l'irradiation de rayons ultra-rouges avec une lampe Profundus. Dans une de mes dernières publications, j'ai mentionné cette méthode et je puis dire que les dents des patients traités par ces irradiations se sont journellement consolidées par une reconstitution de l'alvéole.

Chez ces patients l'atrophie très accentuée était une manifestation concomitante à une maladie grave, l'état général du patient étant fortement atteint.

Maintenant, je vais traiter de l'atrophie alvéolaire interne sans atonie des tissus.

Un patient vint à moi, porteur depuis quinze ans au maxillaire supérieur droit, d'un bridge partant de la deuxième molaire droite jusqu'à la canine. Le pilier antérieur de la canine est fortement ébranlé et se laisse facilement mobiliser avec le doigt. Le patient est gêné par ce bridge lors de la mastication et voudrait le voir enlever, et éventuellement voir prendre comme nouveau pilier la dent antérieure, l'incisive latérale ne constituant pas un pilier assez solide pour un bridge d'une telle portée. Je donne au patient le conseil d'exposer la canine mobile aux irradiations d'une lampe Profundus, ce qui pourrait la consolider. Après huit séances, la dent était redevenue si solide que l'on n'aurait jamais cru qu'elle avait été mobile. Le patient était satisfait, mais chaque fois qu'il mangeait, disait-il, il n'avait pas la sensation de solidité de la dent comme si elle allait devenir mobile. Je fis alors ce que j'aurais dû faire tout d'abord, je vérifiai l'articulation du bridge. Il ne présentait pas de surfaces articulaires, la paroi était épaisse, à chaque morsure le bridge était déporté à l'extérieur, la dent antagoniste s'étant allongée depuis longtemps. Par le meulage des antagonistes l'articulation fut rétablie, le bridge consolidé et le patient satisfait. Si j'avais vérifié l'articulation du bridge le meulage des obstacles aurait peut-être suffi à consolider les dents. J'avais suivi une méthode condamnable ; cependant la dent mobile sous l'action de la lampe Profundus s'était consolidée, ce qui prouve que l'irradiation avec des rayons rouges à grandes ondes excite les cellules vivantes provoquant de nouvelles formations extraordinaires. Il n'y a pas réellement une atonie des tissus, mais un tissu sain et fort réagissant immédiatement à l'excitation.

Un autre cas : Un patient vint à moi afin de faire remplacer les molaires inférieures manquantes. Les dents antérieures sont fortement mobiles et ce patient craignait que, la mastication aidant, leur mobilité ne les fit tomber. Aux dents frontales aucune suppuration, légère résorption osseuse, les dents mobiles sont sûrement accompagnées d'une atrophie alvéolaire interne. Je dus extraire deux racines de molaire et attendre pour la confection de l'appareil. Pendant ce temps, les dents antérieures sont traitées par les rayons ultra-rouges. Le patient ayant porté une prothèse, l'enleva par la suite, et revint me voir deux mois plus tard mais sans prothèse. A ma demande sur cette façon de faire le patient me répondit : « j'ai porté cet appareil pendant quatre semaines, mais mes dents antérieures se sont consolidées, et il ne m'est plus nécessaire de porter des dents artificielles. Les dents s'étaient réellement consolidées de telle façon que le patient n'avait plus peur de manger et de mastiquer.

Ces exemples montrent que le traitement par les rayons ultra-rouges à grandes ondes excite la cellule, d'où il résulte une nouvelle et rapide formation osseuse. La muqueuse gingivale et la suppuration sont influencées, comme je l'ai dit antérieurement dans mes publications. La faculté de réaction des cellules des tissus rétrograde et l'on se trouve en face d'une reconstitution remplaçant l'atrophie marginale ou l'atrophie horizontale (Weski).

Je me suis expliqué en 1928 sur l'importance de l'aide du patient dans la lutte contre la suppuration par l'emploi de Spray. Les appareils usuels de Spray donnent un faible rayon, aussi il est sage de préconiser l'Heim-Atomiseur, qui permet de nettoyer à fond les culs-de-sac gingivaux, les espaces interdentaires, les bridges et les appareils orthodontiques.

Le Dr Entin écrit : Dans le courant de ces dernières années, j'ai eu des résultats heureux sur un grand nombre de patients à l'aide de l'appareil Atomiseur et de la solution de Kamillosan, et l'on peut remarquer que ces résultats ne se manifestent pas non seulement par une sensation subjective du patient, mais aussi objectivement. Après trois ou quatre irrigations l'ensemble des tissus paradentaires s'améliore et la cyanose et la pyorrhée régressent.

Dans une discussion du Dr Back, au sujet de l'appareil de Dunlop-Spray, je trouve : L'application locale d'oxygène sur la gencive me paraît une mesure d'hygiène locale. Peu important le médicament et la méthode d'irrigation ; de l'eau additionnée d'acide carbonique provoque l'irrigation des culs-de-sacs gingivaux, rejette les débris cellulaires, établit des relations hygiéniques, favorise la disparition de l'inflammation.

En résumé, je désire, dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire, mentionner les points importants suivants.

Quand la suppuration n'a pas encore apparu, mais quand il y a qu'une

atrophie alvéolaire interne, dont le diagnostic est la mobilité de la dent, l'irradiation de rayons rouges à ondes longues est suffisante. Mais nous ne pouvons pas encore dire, malgré l'affirmation du patient, que la dent mobile s'est consolidée.

L'emploi par le patient, chez lui, de l'appareil de Spray est d'une grande utilité, ainsi que pour le chirurgien-dentiste traitant.

On doit faire attention, lors du brossage des dents, à ce que les débris alimentaires ne soient pas portés dans les culs-de-sac gingivaux.

Je lis dans la *Zahnärztliche Rundschau*, 1931, n° 39: Parodontose et Périodontite » par le Prof. F. J. Lang, ce qui suit :

« Quand occasionnellement je trouve dans le périodonte des signes d'atrophie dentaire, je ne vois pas là l'image de la pyorrhée alvéolaire.

La manifestation de l'atrophie alvéolaire interne est la dent mobile. Manifestation importante parmi des tissus normaux, comme dans l'observation citée plus haut relative à un pilier de bridge sans aucune suppuration ; l'atonie des tissus, leur manque de réaction aux manifestations inflammatoires, font que l'on se trouve en face des phénomènes manifestes de la pyorrhée alvéolaire.

L'auteur conclut que « Le traitement de l'atonie est le traitement de la pyorrhée ».

Jean RIVET.

(Sonderdruck aus der Zeitschrift für Stomatologie, Heft, N° 12).



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 Mai 1932

PRÉSIDENTE M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 20 h. 45.

I. — QUELQUES PROJECTIONS DE RADIOGRAPHIES DENTAIRES INTRA-BUCCALES, par M<sup>me</sup> CAEN-KANEKO.

M<sup>me</sup> Caen-Kaneko donne lecture de la communication.

*Discussion*

M. Roy. — Je tiens à féliciter M<sup>me</sup> Caen-Kaneko des belles radios qu'elle vient de nous montrer. J'ai très souvent recours à elle et je suis heureux de constater qu'elle arrive à nous donner d'excellentes radios ; dans des cas que j'aurai l'occasion de vous présenter prochainement, vous verrez de belles radios prises par elle et je la félicite de tous les efforts qu'elle fait pour perfectionner le travail du laboratoire de radiologie de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Eug. P. Darcissac. — M<sup>me</sup> Caen-Kaneko nous a présenté une radiographie nous montrant une fracture de la portion radiculaire d'une incisive supérieure. La fracture est complète, et les fragments sont séparés.

Ce que je tiens à souligner, c'est que le jour du traumatisme, ou pendant les quelques jours qui suivent, il est impossible de faire le diagnostic de fracture radiculaire. La dent est mobile, mais on ne peut affirmer s'il s'agit d'une mobilité partielle (portion coronaire), ou d'une mobilité complète de la dent. A la radiographie la coaptation des fragments est telle que le trait de fracture n'apparaît pas ; c'est seulement au bout de quelques jours, lorsque commence le processus d'extrusion de la portion coronaire, qu'apparaît nettement le trait de fracture.

Pendant la guerre, j'ai observé de nombreux cas de fractures radiculaires. Au point de vue thérapeutique, je conseille d'extirper le filet nerveux et, s'il y a fracture radiculaire, de tenter de faire, en quelque sorte, une ostéosynthèse en réunissant les fragments au moyen d'un pivot métallique scellé dans le canal.

M<sup>me</sup> Caen-Kaneko. — Je me rappelle qu'il s'agissait d'un sujet qui avait reçu dans la figure la manivelle de sa voiture automobile ; mais il n'était venu qu'après une dizaine de jours.

M. le Dr Roy. — M. Darcissac parle des fractures de racines. Je laisse souvent passer sans les publier passablement de documents intéressants, sans cela j'aurais dû vous présenter il y a quelques années le cas intéressant d'un malade que j'ai opéré pour un kyste des incisives centrales et latérales supérieures et j'avais découvert en le faisant radiographier auparavant qu'il

avait dans son kyste l'apex fracturé de l'incisive centrale, les dents étaient parfaitement solides. Je rechercherai la radio et vous la présenterai un jour. La dent existe encore ; elle avait subi un traumatisme longtemps auparavant ; ce traumatisme qui remontait à plus de dix ans avait fracturé l'apex de cette dent qui était libre dans le kyste et je l'ai enlevé au cours de l'opération. C'est un cas tout à fait extraordinaire, une fracture d'apex ; comment cela peut-il se produire ? Je ne pourrais le dire.

*M. le Président.* — Je tiens tout particulièrement à remercier M<sup>me</sup> Caen-Kaneko de nous avoir présenté ces radiographies. Je voulais montrer que le laboratoire de radiographie de l'Ecole fonctionnait et que le service dirigé par M<sup>me</sup> Caen, à la grande satisfaction des élèves et des malades, rend aussi de grands services à un grand nombre de praticiens qui y envoient leurs patients.

Je la remercie tout particulièrement d'avoir bien voulu se déranger ce soir pour nous présenter les anomalies qu'on pouvait rencontrer sur des radiographies, qui sont assez rares et qu'elle a pu collectionner à travers des milliers de radios qu'elle a prises dans son service.

## II. — CONSIDÉRATIONS SUR LA RECHERCHE ET LA DÉSINFECTION DES CANAUX RADICULAIRES, par M. le D<sup>r</sup> Roy.

*M. le D<sup>r</sup> Roy* donne lecture de sa communication. (V. p. 417).

### *Discussion*

*M. G. Villain.* — M. Roy vient de nous faire, selon son habitude, une communication très intéressante, fourmillant de détails et donnant des précisions tout à fait utiles pour chacun de nous. Je considère que cette communication mérite une ample discussion. Or, je vois trois orateurs inscrits à l'ordre du jour. Je vous propose, si nous n'y voyez pas d'inconvénient, que nous remettions la discussion après publication du travail de M. Roy parce que beaucoup d'entre nous ont certainement des indications à apporter et nous pourrions peut-être, par une discussion générale, contribuer à l'établissement d'une méthode rationnelle de traitement des canaux.

Je me place surtout au point de vue du choix d'une méthode type pour l'enseignement ; dans la méthode qu'a préconisée Roy, il y a une technique d'exception qui a sa valeur, mais qui n'est pas, à mon sens, applicable dans l'enseignement. D'autres points seront soulevés méritant qu'on s'y attarde, je préfère donc le renvoi de la discussion à une séance spéciale après publication du travail de M. Roy.

*M. le Président.* — Il est certain que la communication de M. Roy bouleverse un peu sur les idées que nous avions sur l'élargissement et la recherche des canaux. Cette communication est extrêmement importante et il y a de nombreux points à discuter. J'en ai noté quelques-uns en me plaçant peut-être au point de vue enseignement ; mais malgré tout, nous enseignons aux élèves qui deviendront de futurs praticiens. Il faut qu'une méthode présentée par un homme de la valeur de M. le D<sup>r</sup> Roy puisse être discutée complètement.

D'autre part, un certain nombre d'entre nous voudraient reprendre

la question discutée au mois de février, notamment mon ami Martinier et moi. Nous pourrions donc refaire une séance sur le traitement des canaux. Cette question suffisamment vaste permet de nouvelles discussions et la recherche de nouvelles solutions, la recherche surtout d'un peu plus de lumière.

M. Roy étant d'accord, je le remercie de cette brillante communication qui fera l'objet d'une nouvelle séance.

### III. — LE TRAITEMENT DU PROGNATHISME PAR LA RÉSECTION BI-CONDYLIENNE :

a) CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES (M. DUFOURMENTEL).

b) CONSIDÉRATIONS PROTHÉTIQUES (M. P. HOUSSET).

M. le Dr Dufourmentel donne lecture de la communication. (V. p. 435).

M. P. Housset donne lecture de sa communication. (V. p. 441).

M. le Président. — Je tiens à féliciter tout particulièrement M. le Dr Dufourmentel et M. Housset pour cette brillante communication, d'autant plus qu'elle a été présentée avec film, avec des modèles, tout ce qui peut accompagner une démonstration scientifique. Il ne s'agit plus de ces anciennes communications où l'on venait dire ce qu'on avait fait : le Dr Dufourmentel nous a montré aussi le résultat par le cinéma et par le modèle.

Je crois que nous pouvons tous le féliciter et surtout lui demander de venir plus souvent à la Société d'Odontologie nous apporter des cas intéressants comme celui-ci.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement notre ami Housset de nous avoir apporté des modèles si beaux. Le rôle de prothésiste est considérable, il exige bien des recherches, des essais, des appareillages successifs et nous savons tous combien ces travaux sont hérissés de difficultés. Nous pouvons le féliciter des résultats qu'il a pu obtenir.

M. G. Villain. — Je demande la parole après notre Président et je m'en excuse et je m'associe aux félicitations qu'au nom de tous il vient d'adresser aux auteurs pour leur magnifique présentation qui prouve une fois de plus la nécessité et l'importance de la collaboration du chirurgien et du prothésiste.

Mais la communication de Dufourmentel et Housset me fait penser à une chose, c'est que s'il est heureux de rencontrer des confrères ou des collègues capables par une intervention comme celle-ci de réduire des prognathismes qui sont des difformités désastreuses pour les malades qui en sont affligés, socialement et physiologiquement, il ne faut pas que nous oublions que notre devoir est de dépister le prognathisme jeune et que le prognathisme jeune se traite avec une admirable facilité ; ce n'est pas à 5, 10 ou 12 ans qu'on devrait dépister le prognathisme, c'est chez le jeune bébé de façon à l'empêcher de s'accroître ou de se produire.

C'est une grave erreur des professionnels de ne pas insister auprès des parents pour voir les enfants jeunes, et par jeune j'entends le tout jeune âge ; notre surveillance doit commencer dès les premiers mois de la vie. En général, les parents croient que les enfants doivent être examinés seulement



lorsqu'ils ont leurs dents permanentes. Notre devoir est de les éduquer ; nous devons montrer l'intérêt qu'il y a pour l'enfant et pour la bourse des parents, à voir les enfants au moment où la dentition se fait, dès l'apparition de la première dent. Il y a des prognathismes qui ne sont pas héréditaires, qui sont la conséquence du mauvais engrenement des incisives centrales inférieures sur les incisives centrales supérieures, l'engrenement incisive inverse provoque un développement anormal de la mandibule et peut créer un prognathisme alors qu'il suffisait d'un petit massage du doigt de la maman pour éviter cette difformité.

Il ne devrait pour ainsi dire plus y avoir de prognathisme ; néanmoins nous sommes heureux lorsque nous en rencontrons, et lorsque nos moyens orthopédiques sont insuffisants, de les confier à des chirurgiens de la valeur de Dufourmentel.

La séance est levée à 23 heures 55.

*Le Secrétaire général : Dr LEBLAN.*

*Séance du 7 Juin 1932*

(Résumé)

I. — *Le Dr P. Bernard : Signification biologique du granulome.*

Le granulome est un amas conjonctif ayant pour centre le canal radiculaire.

Le Dr Bernard divise les granulomes en deux catégories :

1° les granulomes qui disparaissent au traitement formolé ;

2° les granulomes qui ne changent pas malgré le traitement.

Le formol en contact avec les tissus produit une eschare qui ne tarde pas à s'éliminer, mais dans le cas du granulome, le formol produit une eschare qui ne peut pas se résorber et qui doit s'infecter. Pour cette raison le traitement ne lui paraît pas être toujours recommandable.

II. — *Le Prof. H. Vignes (Accoucheur des Hôpitaux) : Les caries dentaires en période obstétricale.*

Vers le 7<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine, le fœtus s'enrichit en chaux brusquement.

D'où vient cette chaux ?

1° de l'alimentation de la mère ;

2° des réserves en chaux de la mère : os et dents.

Des expériences sur les cobayes le démontrent nettement.

Les matières fécales des femelles pleines contiennent moins de chaux que les matières d'autres femelles témoins ayant exactement la même alimentation.

La décalcification gravidique est donc réelle.

Les caries dentaires durant la grossesse peuvent déterminer des endométrites à distance, des polyonéphrites et même des fièvres puerpérales.

Le Prof. Vignes n'est pas partisan d'abreuver la femme enceinte de phosphate de chaux car :

1° le fœtus vient à terme trop calcifié ;

2° le tonus utérin est augmenté et arrête les contractures du travail.

En définitive si la décalcification est un phénomène physiologique, il faut le respecter.

III. — *Le Dr Roy présente un très curieux cas de névrite pulpaire sur les centrales inférieures d'un jeune homme de 19 ans.*

Les radiographies nous montrent des chambres pulpaires presque totalement calcifiées.

*Le Secrétaire Général : Dr LEBLAN.*

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

*Séance du 24 Mai 1932*

La séance mensuelle a lieu à 20 heures 3/4 à l'Ecole Odontotechnique de Paris, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> Gérard Maurel, Président.

Avant d'ouvrir la séance, M. le Président invite l'auditoire à observer une minute de silence à la mémoire de M. le Président Doumer.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance est ensuite donnée. Le Président, conformément à l'ordre du jour, passe la parole au D<sup>r</sup> Charles Guébel pour sa communication sur « *Le traitement des paradentoses par l'atomiseur* ».

Après un court historique sur les différentes théories émises sur la pyorrhée et ses traitements, l'auteur attire tout particulièrement l'attention sur l'action de l'acide carbonique dont il cite les propriétés, non seulement dans les lésions bucco-dentaires, mais dans les plaies chirurgicales.

Le D<sup>r</sup> Charles Guébel fait une description détaillée suivie d'une présentation de différents modèles d'atomiseurs.

Le D<sup>r</sup> de Martel fit une mise au point clinique lumineuse sur la névralgie du trijumeau et son traitement. A l'issue de sa conférence, nous assistâmes à un véritable défilé de malades dont le résultat était absolument remarquable.

Pris part à la discussion : MM. Sapet, D<sup>r</sup> Gérard Maurel, Griveau, Seimbille.

Le D<sup>r</sup> Dantrelle, ancien Interne d'Ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu, nous développa une étude fouillée sur les troubles oculaires d'origine bucco-dentaire.

Après avoir passé en revue tous les troubles oculaires d'origine bucco-dentaire suivant une classification parfaitement établie, le conférencier conclut que nombreux sont les troubles oculaires d'origine dentaire qui échappent journellement à la clinique.

La séance est levée à 23 heures 50.

*Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.*

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

*Séance du Mardi 15 Mars 1932*

*Un cas d'alvéolyse infantile.*

Le D<sup>r</sup> Lebourg présente une observation d'alvéolyse chez une fillette de 13 ans. L'auteur insiste sur la rareté de cette affection dans l'enfance. Il pense qu'il s'agit d'un hypodystrophie périostique. Un traitement thyroïdien n'a donné aucun résultat.

*Le traitement de l'atrésie et de l'imperméabilité nasale chez l'enfant par la disjonction des os maxillaires supérieurs.*

Le D<sup>r</sup> Ménard montre qu'il s'agit là d'une opération d'exception, qui a ses indications très réduites et très précises.

*Gomme génienne tuberculeuse.*

A propos de l'observation particulièrement intéressante d'un malade le D<sup>r</sup> Dechaume croit que la localisation du bacille de Koch au niveau des débris paradentaires est très fréquente, beaucoup plus qu'on ne le croit habituellement, et est très souvent à l'origine de tuberculose viscérale, pulmonaire par exemple, par l'intermédiaire soit de la voie sanguine soit du système lymphatique.

*Les hémorragies graves en pratique dentaire. Traitement préventif et curatif.*

Dans une remarquable mise au point, le D<sup>r</sup> Kerboul rappelle les signes des syndromes hémophilique hémogénique, hémophilo-hémogénique et hémocratique hépatique. Il rappelle les règles indispensables à observer quand l'on doit intervenir chez un tel patient.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

### LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE

6-13 Avril 1932 — (Suite)

Le dimanche 3 avril, après-midi, fut réservé à l'Assemblée générale commune de l'Association générale Syndicale des Dentistes de France et du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, pour traiter plusieurs questions d'une importance vitale pour la profession. Citons : la question du baccalauréat, la loi Armbruster, la loi sur les accidents du travail, celle sur les auxiliaires de la médecine, les soins aux mutilés de guerre, la lutte dans notre dernier numéro).

Durant cette journée il y eut une affluence particulièrement grande aux conférences et à l'exposition. En effet, ceux de nos confrères qui n'avaient pu se libérer de leurs travaux pendant la semaine ont profité de ce jour de repos hebdomadaire pour venir et la plupart de nos confrères belges sont aussi arrivés le dimanche.

Le soir, il y eut une fête brillante au Lido. Dîner par petites tables, charmant et d'autant plus agréable que le Lido nous était entièrement réservé et que nul étranger ne pouvait y pénétrer.

Entre les différentes écoles dentaires de Paris, il y eut des Championnats de natation, sérieusement disputés au milieu des encouragements énergiques de l'assistance enthousiaste. La soirée s'est poursuivie par un bal entrecoupé de nombreuses attractions toutes plus agréables les unes que les autres et s'est terminée par la fête vénitienne sur la piscine, laissant à tous une impression d'harmonie et de grande gaieté.

La sixième journée de la Semaine, le lundi 11 avril, fut entièrement consacrée à l'amitié franco-belge et aux confrères étrangers qui avaient pu venir.

La matinée : démonstrations pratiques. Le Dr Schenk, de Vienne, a fait des expériences concernant un amalgame à durcissement rapide (citalmalgame) ; M. Charlier, de Bruxelles, a présenté un dispositif nouveau de soudure électrique, et une méthode perfectionnée d'estampage rapide. Le Dr Brill, de Berlin, a expliqué la préparation d'obturations de porcelaine, sans prise d'empreinte à la feuille. M. Morineau, de l'Ecole Dentaire de Paris, a fait la démonstration du dispositif aussi ingénieux que simple,

---

(1) Voir *L'Odontologie*, juin 1932.



imaginé par lui pour la protection efficace des facettes de porcelaine interchangeable par contre-placage à recouvrement. M. Filderman, de l'Ecole Odontotechnique de Paris, a présenté une coiffe métallique avec face de porcelaine et M. Darcissac, de l'Ecole Dentaire de Paris, des incrustations à l'or. M. Agussol, de Lyon, a montré les procédés pratiques mis au point par lui pour le nettoyage et la stérilisation de la petite instrumentation, avec présentation du matériel nécessaire.

Un déjeuner intime, offert par le Comité d'organisation de la Semaine odontologique, réunit ensuite les confrères belges et étrangers décorés.

L'après-midi, il y eut de nombreuses conférences.

De M. Charlier, de Bruxelles : « Contribution à l'étude de l'acier inoxydable. Dispositifs nouveaux de soudure électrique ; l'estampage rapide, méthode perfectionnée. »

Du Dr Watry, de Bruxelles : « Le traitement des enfants, les idées et les faits ».

Du Dr Brill, de Berlin : « La préparation d'obturations de porcelaine sans prise d'empreinte à la feuille ».

Du Dr J. Rosenthal, de Bruxelles : « Décalcification et recalcification ».

Du Dr Bertrand, professeur à l'Ecole dentaire de Paris : « Généralités sur la haute fréquence en art dentaire ».

Cette même journée, déjà si remplie au point de vue scientifique, le Comité des dames a offert aux femmes des Congressistes un thé au Lido. Cette réunion fut charmante et entrecoupée d'attractions qui furent très applaudies.

Le soir, le Comité d'organisation de la Semaine Odontologique convia les confrères belges et étrangers à une soirée théâtrale des plus réussies.

L'avant-dernière journée du Congrès, le mardi 12 avril, a débuté par une amusante et instructive causerie de M. Joyeux, de Chartres, sur le Pèlerinage de Sainte Apolline à Beaumont-les-Autels (Eure-et-Loir). Présentation de documents inédits sur Sainte Apolline et récit d'un pèlerinage dans une petite ville du Perche où le culte de la Sainte est conservé depuis des siècles.

L'après-midi fut entièrement consacrée à des travaux scientifiques tous plus importants les uns que les autres. M. Joyeux, de Chartres, nous a parlé du principe de l'Ionothérapie et de la Haute Fréquence dans l'anesthésie dentaire. Cette communication très intéressante fut particulièrement discutée par plusieurs confrères, entre autres par M. Bernard, qui fit quelques objections.

Des Drs Paul Truffert, chirurgien-expert des « Gueules Cassées » ; Gelly, médecin-expert des « Gueules Cassées » et Bouland, radiologiste des « Gueules Cassées » : « Quelques séquelles tardives de traumatismes maxillo-faciaux de guerre ».

De *M. Agussol*, de Lyon : « Procédés pratiques de nettoyages-stérilisation pour la petite instrumentation. Présentation du matériel nécessaire ».

Du *D<sup>r</sup> Brill*, de Berlin : « La fixation chirurgicale de prothèses ».

Le soir, qui était réservé à la Société de Chirurgie dentaire et de Stomatologie de Paris, le *D<sup>r</sup> Lebedinsky* nous a parlé de « Goethe et de l'Anthropologie ».

Le conférencier, par une étude approfondie de la vie de Goethe, fait ressortir les traits dominants de son caractère : « la dualité de son âme, l'universalité de son génie, sa sensualité sans sentimentalité, son individualité et son indépendance intellectuelle, enfin son démonisme. Il nous montre comment Goethe est amené à découvrir l'os intermaxillaire et à expliquer les becs-de-lièvre, comment il établit la théorie vertébrale du crâne : je suis un être collectif qui porte le nom de Goethe ».

Après cette instructive et intéressante causerie, le *D<sup>r</sup> Virenque* devait faire une conférence sur : « le traitement chirurgical des pseudarthroses du maxillaire inférieur ». Mais à cause de l'heure tardive, ce sujet, pourtant très important, fut remis à une séance ultérieure de la Société de Chirurgie Dentaire et de Stomatologie de Paris.

Les étudiants, eux, s'étaient réunis en un banquet qui fut suivi d'un bal d'une gaité étourdissante, auquel tous les congressistes furent priés de se rendre à l'issue des conférences.

La matinée du dernier jour de la Semaine Odontologique, l'Association des Femmes dentistes dont il est juste de faire remarquer l'extension rapide, tint ses assises.

(A suivre).

### L' « ARPA » INTERNATIONALE

*Séance constitutive tenue à l'Institut Carolinum  
à Francfort-sur-le-Main, le 30 mai 1932*

Le 30 mai 1932 s'est définitivement constituée à Francfort-sur-le-Main, l'ARPA Internationale. A cette première réunion trois pays étaient représentés : l'Allemagne, par *Weski* (Berlin) et *Loos* (Francfort) ; la France, par *Hulin* (Paris) ; la Suisse, par *Jaccard* et *Held* (Genève).

Diverses questions étudiées lors d'une réunion préliminaire qui avait eu lieu le 29 novembre 1931, et à laquelle avaient pris part *Hulin*, *Oestmann*, *Weski*, *Loos*, *Boenheim* et *Citron*, ont été reprises et discutées.

Les points suivants sont été adoptés.

#### A. — ORGANISATION :

1. L'ARPA Internationale est un organisme destiné, par l'intermédiaire de son secrétariat, à faciliter les échanges d'idées au sujet de la paradentose.

2. Les buts de l'ARPA Internationale sont :

a) Initiation des confrères à l'étude de la paradentose qui doit retenir leur attention au même degré que la carie dentaire ;

b) Réalisation d'une collaboration plus intime entre la médecine et l'odontologie ;

c) Etude de la paradentose au point de vue de sa reconnaissance par les assurances sociales (dans les pays que cela peut intéresser).

3. L'ARPA Internationale n'aura pas, pour le moment, de publication autonome. Dans chaque pays possédant une ARPA nationale, un périodique dentaire se chargera de la publication des travaux concernant la paradentose.

Exemples : Allemagne : *Zahnärztliche Rundschau* ;

France : *Odontologie* ;

Suisse : *Revue mensuelle Suisse d'Odontologie*.

Les travaux de chacun des périodiques seront traduits *in extenso*, ou en résumé, dans les langues correspondant aux autres périodiques, et publiés dans ces derniers.

Les travaux de traduction sont à la charge de l'ARPA nationale qui reproduit la publication.

4. L'ARPA Internationale sera placée sous l'égide de la F. D. I. (sous réserve de ratification par le Conseil Exécutif de cette dernière) et se réunira chaque année, si possible en même temps que la F. D. I.

5. Le Secrétariat général, représenté par Jaccard et Held, a son siège à Genève ; il est chargé de recueillir toutes les publications consacrées à la paradentose et de les indexer.

Deux exemplaires seront conservés au Secrétariat, et un exemplaire sera remis au Centre Documentaire Dentaire International de Bruxelles.

6. Les réunions seront présidées à tour de rôle par chacun des pays représentés. Chaque session annuelle nommera son président.

7. Chaque ARPA nationale aura son organisation propre, adéquate aux conditions du pays qu'elle représente.

8. Une ARPA nationale est reconnue, si elle a été agréée par l'Assemblée annuelle ; elle doit, en principe, s'annoncer au Secrétariat International, six mois avant l'Assemblée annuelle.

9. Le Secrétariat International reçoit un subside annuel de chacune des ARPA nationales ; le montant de ce subside sera déterminé ultérieurement (1).

Les points ci-dessus énumérés seront soumis à l'approbation de la première assemblée générale de l'ARPA Internationale qui aura lieu le 7 août 1932, à l'Université de Zurich (Suisse).

---

(1) L'Allemagne annonce une participation annuelle de 400 francs or.



*Comité de l'ARPA française* : Roy, Hulin, Georges Villain, Delater, Housset.

*Comité de l'ARPA suisse* : Jaccard, Jung, Held, Baumann, Keller.

*Comité de l'ARPA allemande* : Linnert, Siegmurd, Boenheim, Citron, Loos, Weski.

*ARPA italienne* : Palazzi.

B. — CLASSIFICATION DES PARADENTOSSES :

Après une longue discussion, il est décidé de modifier comme suit la classification des paradentoses telle qu'elle avait été proposée par la 4<sup>e</sup> Section du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International.

I. Gingivitis marginalis.

- |                  |   |                          |
|------------------|---|--------------------------|
| II. Paradentosis | { | 1. inflammatoria ;       |
|                  |   | 2. mixta vel combinata ; |
|                  |   | 3. atrophica.            |

III. Atrophia senilis physiologica (1).

Sur proposition de l'ARPA suisse et pour permettre une meilleure compréhension dans les diverses langues, il est décidé d'utiliser des termes latins.

C. — PREMIÈRE ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ARPA INTERNATIONALE :

Elle aura lieu le dimanche 7 août 1932, à 10 heures, à l'Université de Zurich. Cette réunion suivra immédiatement la 27<sup>e</sup> session de la Fédération Dentaire Internationale.

Deux travaux y seront présentés par :

M. Weski (Berlin) : « Die dystrophische Komponente der Paradentose » (type 3).

M. Hulin (Paris) : sujet réservé.

Des convocations seront adressées aux confrères suivants, qui voudront bien grouper dans chacun de leur pays les membres de la profession, médecins et biologistes, que la question peut intéresser.

Senior Esq. (Angleterre).	Salingre (Finlande).
Bauer, Gottlieb (Autriche).	Guhraue (Hongrie).
Giovachini (Argentine).	Palazzi (Italie).
Boisson (Belgique).	Haupl (Norvège).
Haderup (Danemark).	Entin (Russie).
Becks (Etats-Unis d'Amérique).	Oestmann (Suède).
Coebergh, Nord, de Jonghe Cohen (Hollande).	Breuer (Tchécoslovaquie).

*Secrétariat Général de l'Arpa Internationale :*

René JACCARD. D<sup>r</sup> A. HELD.

Genève, le 10 juin 1932.

(1) En raison de divergences de vues, exprimées par correspondance à la suite de la réunion de Francfort, le terme « atrophique » (type 3 des paradentoses) n'est pas encore définitif ; cette question sera élucidée lors de la réunion de Zurich.

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Intérêts Professionnels

#### POUR L'UNION

Au cours de la Semaine Odontologique de 1932, plusieurs personnalités appartenant à divers Groupements se sont réunies pour tenter d'établir une entente générale sur un programme général d'orientation et d'union des diverses organisations existant dans la profession.

Deux Commissions ont été constituées ; l'une, sur la proposition de M. G. Villain, chargée de trouver un terrain d'entente pour établir un programme d'orientation professionnelle (Commission intersyndicale d'orientation professionnelle) ; l'autre, sur l'initiative de M. Sénécal, chargée d'étudier la possibilité de créer une Confédération unique des organisations professionnelles (Commission intersyndicale de la Confédération unique).

A la suite de cette réunion, le protocole suivant a été établi le 21 mai 1932.

#### PROTOCOLE

Les membres présents ; MM. Caumartin, Charlet, Fichot, Fourquet, Gibert, Solas, G. Villain, H. Villain proposent à l'unanimité de soumettre aux Groupements professionnels, en ce qui concerne l'orientation et la réforme des études dentaires, le principe de l'Evolution.

Cette évolution comporterait comme première étape l'identité des titres initiaux pour l'admission aux études médicales ou dentaires, c'est-à-dire actuellement :

1<sup>o</sup> Le baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

2<sup>o</sup> Le P. C. N.

(la durée de la scolarité, y compris le P. C. N., ne devant pas dépasser cinq années pour l'obtention du titre de chirurgien-dentiste).

La Commission a envisagé, en outre, dans son ensemble, le programme à venir ; le principe admis étant la concordance des programmes d'enseignement médical et dentaire au cours des deux années suivant le P. C. N. en vue de la poursuite simultanée et facultative des deux diplômes.

Signé : D<sup>r</sup> Caumartin, Charlet, D<sup>r</sup> Fichot, Fourquet, D<sup>r</sup> Gibert, D<sup>r</sup> Solas, G. Villain, H. Villain.

#### Réunion du 21 mai

Présents : MM. Boivin, Caumartin, Fichot, Friteau, Gibert, Sénécal, G. Villain et H. Villain.

# L'ODONTOLOGIE

---

## UNE VICTOIRE

---

*C'est avec la plus légitime satisfaction que nous enregistrons la victoire que constitue pour les Odontologistes la promulgation du décret ci-dessous qui, conformément à leur demande, décide que le baccalauréat de l'enseignement secondaire sera le titre initial pour l'accession aux études de Chirurgien-Dentiste.*

*Cette réforme marque une étape considérable dans l'évolution progressive de notre enseignement professionnel qui, comme il se devait, rentre ainsi, officiellement et par la grande porte, dans le cadre de l'enseignement supérieur de l'Université, en marge duquel des titres initiaux inférieurs à ceux des autres Facultés le tenaient jusqu'ici.*

*C'est pour cette raison que les Stomatologistes, et avec eux leurs excellents alliés les Odontoïatres, s'opposaient avec une énergie féroce et par tous les moyens à l'obtention de cette réforme, comme à tout ce qui est susceptible d'élever le niveau des études dentaires qu'ils ne conçoivent pas en dehors de la doctrine stomatologique pure dont ils ne fondent le triomphe que sur l'avilissement, voulu par eux, des études dentaires.*

*Nos adversaires, qui s'étaient si bien cru près du triomphe quand la loi Milan-Rio avait été soumise à l'Académie de Médecine, et qui ont, à cette occasion, subi l'échec retentissant que l'on sait et dont ils ne sont pas encore remis, auront peine à supporter cette nouvelle défaite ; mais on comprendra que les Odontologistes s'en réjouissent à bon droit.*

*Le développement et l'étendue des études dentaires, rendaient impérieuse, en effet, cette réforme qui, en obligeant les futurs étudiants au*



*cycle complet des études secondaires, les fera mieux préparés à l'étude d'un programme qui se trouve beaucoup plus étendu que celui établi après le vote de la loi de 1892 et pour lequel les diplômes de l'enseignement primaire, prévus jusqu'ici, ne constituaient plus une préparation suffisante.*

*Le brevet supérieur de l'enseignement primaire est toutefois conservé à côté du baccalauréat ; ce diplôme primaire, dont l'obtention est considérée comme plus difficile, parce que nécessitant plus de travail encore que le baccalauréat, est une porte qui reste ouverte encore à l'enseignement primaire pour ceux qui auront accompli le cycle supérieur complet de cet enseignement ; ce n'est pas nous qui nous insurgerons contre l'esprit démocratique qui a inspiré cette introduction dont pourraient utilement bénéficier les autres branches de l'enseignement supérieur, par l'accession à cet enseignement des éléments d'élite de l'enseignement primaire dont les connaissances, si elles sont différentes, sont au moins aussi étendues que celles des titulaires des diplômes d'enseignement secondaire.*

*Les Odontologistes qui, depuis tant d'années ont poursuivi avec opiniâtreté l'obtention de cette réforme sont heureux de cette victoire et ils remercient bien sincèrement le ministre éclairé et dépourvu de parti pris qui, après avis conforme du Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, a bien voulu faire droit à leurs vœux. Les historiens de l'avenir seront en droit de s'étonner que ceux-ci aient eu besoin de tant d'efforts pour étre exaucés et qu'ils aient rencontré tant d'oppositions intéressées et de parti pris, alors qu'ils tendaient si nettement à l'élévation du niveau de l'enseignement d'une profession dont le perfectionnement et la considération générale doivent être le but de tous ceux qui exercent l'Art Dentaire.*

L'ODONTOLOGIE.

*Journal Officiel*, 27 juillet 1932

## RÉVISION DES TITRES INITIAUX EN VUE DU DIPLOME D'ÉTAT DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Président de la République française,  
Sur le rapport du Ministre de l'Education Nationale.

Vu le décret du 11 janvier 1909, portant organisation des études et des examens afférents au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, modifié par les décrets des 20 juillet 1912, 13 février 1913 et 13 août 1931 ;

Vu les lois des 27 février 1880 et 30 novembre 1892 ;

Le Conseil Supérieur de l'Instruction Publique entendu,

Décète :

*Art. 1<sup>er</sup>.* — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 portant organisation des études et des examens en vue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est remplacé par les dispositions suivantes :

*Art. 2.* — Le stage afférent au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste est constaté au moyens d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il ne produit l'un des titres initiaux français suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ou de docteur ès sciences, ou de docteur ès lettres, titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, diplôme complémentaire de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire.

*Art. 2.* — Le présent décret entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 1935.

*Art. 3.* — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions an-

térieures à celles du présent décret et notamment les dispositions du décret du 1<sup>er</sup> août 1931.

*Art. 4.* — Le Ministre de l'Education Nationale est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 19 juillet 1932.

Albert LEBRUN

*Par le Président de la République.*  
*Le Ministre de l'Education Nationale :*  
A. DE MONZIE.



Après avoir échangé leurs vues dans un esprit tout de concorde, les Délégués présents se sont mis d'accord pour étudier les modalités à envisager pour grouper syndicalement tous les membres de la profession dentaire selon le système fédératif et espèrent en une prochaine réalisation.

La prochaine réunion aura lieu sur convocation du Président d'âge, le Dr Friteau.

Les conversations pour une entente définitive continuent.

### LES MÉCANICIENS A LA SALLE WAGRAM

*Le 10 avril s'est tenu, comme on sait, à la Salle Wagram, un meeting organisé par la Tribune Dentaire. Au cours de cette réunion M. Poullot, chirurgien-dentiste au Mans, a fait l'exposé suivant, que le Syndicat des Journaux dentaires nous demande de publier :*

#### EXPOSÉ DE M. POULLOT

Si je prends la parole aujourd'hui, c'est uniquement dans le but de mettre au point une question qui nous intéresse tous.

Les mécaniciens, dans la présentation du projet de loi des auxiliaires médicaux, font allusion, à l'appui de leur thèse, au procès de 1906, dans lequel furent témoins les MM. les docteurs Sauvez, Roy, Ferrier, Godon, MM. d'Argent, Geo. Villain, Viau, Pailliotin, etc..., demandant le droit à la prise d'empreinte.

Or, il ne faut pas confondre l'Association des Mécaniciens-Dentistes de cette époque, dont Alexandre Graff était le président, et le Syndicat des Mécaniciens dont le siège était à la Bourse du Travail et que nous avons toujours ignoré.

Avant la loi de 1892, la profession était libre et la coutume voulait que, pour devenir dentiste, l'on fût d'abord apprenti, puis mécanicien, ensuite, gravissant les échelons, assistant dans les opérations du cabinet et, plus tard, patron.

En France, les coutumes font loi, disent les tribunaux. Les coutumes commerciales et industrielles sont protégées par l'Etat et les mécaniciens-dentistes d'avant la loi de 1892 étaient en droit de supposer que l'Etat français les protégerait comme les autres.

Pas du tout. On les a trompés et ce fut une surprise désagréable pour des hommes ayant déjà plusieurs années de métier de se voir dire du jour au lendemain : « Si vous voulez exercer votre profession, vous passerez les examens. »

Plusieurs années s'écoulèrent, dans l'espoir d'une mesure transitoire mais, comme sœur Anne, ne voyant rien venir, un groupement des anciens mécaniciens-dentistes se forma sous le titre « d'Association des Mécaniciens-Dentistes » pour tenter d'obtenir, au moins, le droit à la prise d'empreintes. C'est à ce moment que l'Association eut l'idée de faire plaider un procès pour savoir si, oui ou non, l'on obtiendrait par les juges ce que l'on n'avait pu obtenir des pouvoirs publics.

L'un d'entre nous se fit prendre volontairement en flagrant délit, la mise en scène ayant été réglée chez moi, je suis donc bien placé pour vous parler de cette question.

Les témoins (D<sup>rs</sup> Sauvez, Godon, Roy, Ferrier, etc...) gagnés à notre cause plaidèrent en faveur de vieux collaborateurs dont ils avaient pu apprécier les mérites et demandèrent, pour eux, le droit à la prise d'empreintes.

Malheureusement, le procès fut un échec. Ce fut un mal pour un bien.

Tous se mirent au travail, passèrent leurs examens, — Ecoles, Faculté — et presque tous furent reçus.

Vous voyez, Messieurs, la nuance entre les mécaniciens de l'époque antérieure à 1892, qui, spoliés, trompés, réduits à ne pouvoir exercer le métier pour lequel ils avaient donné, légalement, les premières années de leur jeunesse, la nuance, dis-je, avec ceux qui réclament aujourd'hui et qui, en toute connaissance de cause, entrèrent dans la profession en connaissant les possibilités.

Ont-ils été spoliés et trompés ? Non ! car ils pouvaient exercer une autre profession si celle-ci ne leur convenait pas.

Je vous ai dit, tout à l'heure, que ce procès avait été un mal pour un bien. Oui ! parce qu'il nous a obligés à étudier, à apprendre de grandes choses que nous ignorions et qui nous permettent, aujourd'hui, à nous, anciens mécaniciens, de vous dire : « Il faut avoir un bagage scientifique plus lourd que le vôtre pour pouvoir exercer, même à titre d'auxiliaire. »

Prenez garde de voir, demain, se dresser devant vous un groupement de tous les anciens mécaniciens, professionnellement, ce sont eux qui, sortis de vos rangs vous craignent le moins ; leurs revendications, soyez-en sûrs, ne seront pas en votre faveur. Ils n'admettront jamais d'avoir été spoliés en 1892, et de l'être à nouveau aujourd'hui.

\*  
\* \*

Comme suite à l'article ci-dessus et au succès remporté le 10 avril au meeting de la salle Wagram, notre confrère, M. Poullot, nous prie d'adresser en son nom un appel à tous les confrères ayant débuté dans la profession comme prothésistes, antérieurement ou postérieurement, à la loi de 1892, d'avoir à envoyer leur adhésion, soit à lui-même, M. Poullot, chirurgien-dentiste, 38, rue Auvray, Le Mans (Sarthe), soit directement à la *Tribune Dentaire*, où elles seront groupées en une pétition devant servir le cas échéant, à éclairer les pouvoirs publics sur l'impossibilité d'accorder, aux mécaniciens actuels le droit à la prise d'empreintes.

Souvenez-vous des veillées, dimanches et jours de fêtes passés à travailler ! Souvenez-vous des transes et émotions subies aux veilles d'examen, des déceptions lors d'un échec !

Souvenez-vous des sacrifices pécuniaires que vous avez consentis pour prendre vos inscriptions et vous créer une installation !

Tout cela sera anéanti si le premier venu, avec des frais généraux inférieurs aux vôtres, peut s'installer à votre porte, y exécuter toute la prothèse, et le reste.

Confrères de province, l'examen demandé par les mécaniciens-dentistes de la C. G. T. pour l'obtention du titre « d'auxiliaires médicaux » étant à la portée de tous, vous assisterez impuissants à la perte de votre clientèle, glanée par les hongreurs, rebouteux et autres parasites de tout acabit.

Que vous restera-t-il pour vivre, payer votre loyer et vos contributions ?

Il ne faut pas leur permettre de réaliser leur rêve qui est le nivellement par la base de l'échelle sociale.

Vous ne tolérerez pas cela, ce serait l'effondrement de toute la profession, le retour au petit artisanat en chambre et, pour les fournisseurs, la perte des installations somptueuses et même modestes.

Envoyez donc tout de suite vos adhésions, elles ne seront pas *publiées*, mais *conservées sous le manteau de l'anonymat*, pour être présentées en une pétition aux pouvoirs publics si la situation l'exige.

#### FORMULE A COPIER ET A ENVOYER :

*Je soussigné....., chirurgien-dentiste, prothésiste depuis ..... années, déclare m'élever contre les prétentions des mécaniciens actuels, dans leur demande d'un diplôme d' « auxiliaires médicaux », leur donnant droit à la prise d'empreintes.*

### BLESSÉS MAXILLO-FACIAUX

#### RENSEIGNEMENTS DONNÉS PAR LA PRÉFECTURE DE LA SEINE

- 1° Exiger du blessé la production du carnet ;
  - 2° Prévenir immédiatement la Commission de Contrôle, 4, rue Lobau, en donnant les nom, adresse et le n° départemental du blessé. Indiquer la nature des soins envisagés (dans les 24 heures).
  - 3° Le carnet est valable sur tout le territoire. Remplir la feuille et conserver la partie détachable ;
  - 4° Il existe pour Paris 5 commissions tripartites, mais une seule Commission de contrôle, 4, rue Lobau.
  - 5° Les honoraires sont payés trimestriellement. Les mémoires, établis sur feuille spéciale doivent être envoyés en franchise sans le timbre : Préfecture de la Seine, Service des soins gratuits, annexe Napoléon, 4, rue Lobau, Paris (4°).
- Ces mémoires doivent parvenir au plus tard les 15 janvier, 15 avril, 15 juillet, 15 octobre.
- 6° Ne pas utiliser les métaux précieux ;
  - 7° Demander le décret du 25 octobre 1922 et le consulter, ainsi que les feuilles spécialement établies pour les soins gratuits aux victimes de la guerre.
- Si des modifications survenaient concernant les dispositions actuelles, nous en aviserions immédiatement nos confrères, par la voie des journaux professionnels.

H. VILLAIN, E. LEBRUN.



## Chronique Professionnelle

### DÉCRET RÉGLEMENTANT L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ARGENTINE

*Article premier.* — Tout praticien doit apposer sur la porte donnant accès de la rue dans son cabinet une plaque mentionnant son nom et son titre, et, placer à un endroit visible, dans ce cabinet, le diplôme l'habilitant à exercer avec le certificat de son inscription au Département national d'hygiène. Le praticien possédant plus d'un cabinet est tenu d'indiquer sur la plaque de la porte de la rue de chacun de ces cabinets ses jours et heures de consultation. En aucun cas, la superposition d'heures n'est permise.

*Art. 2.* — S'il s'agit de cliniques dentaires, c'est-à-dire de cabinets comptant deux ou plusieurs dentistes, la plaque de la porte de la rue doit indiquer le nom, le titre et les heures de consultation de chacun d'eux.

*Art. 3.* — Les employés du dentiste exécutant une partie du travail du laboratoire de prothèse et les mécaniciens prothésistes qui travaillent dans leur propre atelier peuvent seuls exécuter les travaux de prothèse que leur commandent les dentistes autorisés. Ils ne peuvent sous aucun prétexte intervenir dans la bouche des patients même en présence du dentiste diplômé. Seul le praticien autorisé a qualité pour prendre personnellement les empreintes et placer les appareils de prothèse.

*Art. 4.* — Il est interdit aux mécaniciens-prothésistes d'annoncer leurs services sous le titre de *mécanicien-dentiste*, *prothésiste-dentiste*, etc. ; ils ne peuvent prendre que le titre de *mécanicien-prothésiste* (*Mecanico dental*). De même, ils ne pourront s'annoncer en public ou en particulier sous des titres ou abréviations susceptibles d'induire le public en erreur.

*Art. 5.* — Le Département National d'Hygiène peut inspecter les cabinets dentaires ouverts au public pour s'assurer de l'observation stricte de ces dispositions.

Dans tous les cas d'infraction aux présentes dispositions, le Département National d'Hygiène peut ordonner la fermeture immédiate du local où elle a été commise pour une durée de trente jours, ainsi que la publication du nom du contrevenant, sans préjudice de poursuites devant le tribunal compétent, quand il s'agit de faits punis par les art. 172, 208, 239 et 247 du Code pénal et autres lois applicables. La fermeture des locaux est opérée par la Préfecture générale de police.

*Art. 7.* — Le présent décret sera communiqué, publié et inscrit au Registre national.

*Le Président du Gouvernement,*  
URIBURU.

OCTAVIO S. PICO.

(*Revista Dental*, Montevideo, mars 1932).

### A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

La réception des élèves des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années de l'Ecole Dentaire de Paris par le conseil d'administration et le corps enseignant a eu lieu le 5 juin.

M. Solas, secrétaire général de la Société de l'Ecole, a entretenu les futurs confrères de l'orientation professionnelle, question d'actualité.

M. H. Villain, président de l'A. G. S. D. F., a fait valoir l'utilité et la nécessité des groupements professionnels et la défense des intérêts matériels et moraux des chirurgiens-dentistes.

M. Brodhurst, président de la Commission syndicale, a exposé aux praticiens de demain leurs devoirs envers eux-mêmes, leurs confrères, leurs patients et la Société.

M. Blatter, président, directeur général, a adressé quelques paroles aux élèves pour leur recommander de rester attachés à l'Institution et aux œuvres professionnelles, en leur souhaitant le succès pour leur avenir.

La réunion s'est terminée en vidant une coupe de champagne et en portant un toast à la réussite de tous et à l'avenir de la profession.

---

## Jurisprudence Professionnelle

---

COUR D'APPEL DE PARIS

*Audience du 2 Mai 1932*

Notre confrère M. G. André, propriétaire de la marque Sérum Nader ou Nader tout court, avait confié à M. Grosjean l'exploitation commerciale du produit Nader.

Des difficultés étant survenues, les parties avaient dû se séparer et, postérieurement à la séparation, M. Grosjean avait cru pouvoir continuer à vendre un produit qu'il dénommait le Nader Grosjean. M. André fit saisir le produit vendu par M. Grosjean et, sur cette instance intervint un jugement du 2 juin 1930 du Tribunal Civil de la Seine portant en substance :

Le Tribunal prononce la nullité de la marque *Le Nader Grosjean*, ordonne la radiation de cette marque, condamne M. Grosjean à payer à M. André 20.000 fr. de dommages-intérêts pour le préjudice à lui causé, autorise M. André à faire insérer le jugement dans huit journaux à son choix, aux frais de M. Grosjean, fixant à 300 fr. le coût de chaque insertion, etc.

M. Grosjean a fait appel. La Cour d'Appel a confirmé le jugement ci-dessus, a débouté M. Grosjean de son appel et l'a condamné à l'appel et aux dépens d'appel.

(Extrait de « La Loi », 1<sup>er</sup> juin 1932, n<sup>o</sup> 104).

---

## NÉCROLOGIE

Paul GUYE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre excellent confrère, M. Paul Guye, de Genève, un de nos principaux collaborateurs, survenu le 25 mai.

Nous adressons à sa famille et à nos confrères suisses nos très sincères condoléances.

Nos confrères MM. Urbain Villas, d'Alger, et Charles Villas, de Toulouse, membres de l'A. G. S. D. F., viennent d'être éprouvés par le décès de M<sup>me</sup> Jeanne Villas, leur épouse et mère, survenu le 16 juin, dans sa 53<sup>e</sup> année.

Nous leur adressons nos sincères condoléances.

---

## NOUVELLES

---

**Légion d'honneur.** — Nous relevons avec plaisir, dans le *Journal Officiel* du 10 juillet, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère M. Robine, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

**Distinction honorifique.** — Lors de la 47<sup>e</sup> Assemblée générale de la Société Suisse d'Odontologie, à Bâle, en mai dernier, M. G. Villain a été nommé membre d'honneur de la Société.

**Ecole Dentaire de Paris.** — Un cours théorique et pratique de physiothérapie, haute fréquence, diathermie, rayons ultra-violets, etc., sera ouvert à l'Ecole Dentaire de Paris pour les confrères à la rentrée d'octobre. Les confrères désireux de suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à l'Ecole avant octobre.

**Ecole Odontotechnique.** — Un concours pour une place de Professeur suppléant du Service pratique de physiothérapie s'ouvrira dans la deuxième quinzaine d'octobre ; pourront y prendre part les Docteurs en médecine et Chirurgiens-Dentistes spécialisés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole, 5, rue Garancière, Paris (6<sup>e</sup>). Tél. : Danton 02-49.

**Mariages.** — Le mariage de M. Henry Modai, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Pauline Leber, a été célébré le 14 juin.

Le mariage de M. Martial Dumény, d'Alger, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Paule Hainaut, a été célébré le 12 juillet.

Le mariage de M. Charles Henry Pascal, d'Orléans, membre de l'A. G. S. D. F., avec M<sup>lle</sup> Yvonne-Elisabeth Moreau, d'Alger, a été célébré le 28 juillet.

Nous apprenons le mariage de M. Maurice Charenton, ancien élève de l'E. D. P., assistant de Stomatologie des Hôpitaux, avec M<sup>lle</sup> Madeleine Gaguin, célébré le 6 juillet, en l'Eglise de la Trinité.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur.

---

## AVIS

---

M. Joyeux, membre de l'A. G. S. D. F., nous prie d'informer les confrères qu'il n'est pour rien dans la publicité qui se réclame de son nom pour un produit pharmaceutique qu'il n'emploie plus.



## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### INFLUENCE GRAVE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

NÉCESSITÉ D'EN PRÉCISER LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES  
ET D'EN ORGANISER LA PROPHYLAXIE ET LA THÉRAPEUTIQUE.

ETUDE STATISTIQUE DE 150 CAS.

Par le D<sup>r</sup> LEMELAND,  
Accoucheur de l'Hôpital Tenon

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 6 avril 1932)

616.314.16.3

Je m'excuserai d'abord d'avoir modifié le sujet de ma communication. J'avais été inscrit il y a environ deux mois pour prendre la parole devant vous sur un cas de micrognathie ; il s'agissait d'un cas intéressant que nous avons constaté chez un nouveau-né à la Maternité et dont nous avons commencé l'étude avec mon ami Solas.

Malheureusement, le sujet a disparu.

Aussi, ne pouvant aborder devant vous une question de pathologie très spéciale, j'ai choisi un sujet qui me passionne depuis plus de 25 ans : c'est l'état lamentable des dents des pauvres femmes qui viennent accoucher dans nos Maternités, l'état lamentable des dents des mères françaises, des mères *laborieuses* françaises.

Il ne faut pas confondre, en effet, les femmes des classes aisées qui peuvent se faire soigner, qui ont la possibilité de se faire traiter et celles que nous voyons venir accoucher dans nos maternités.

Je vais essayer aujourd'hui de vous exposer la triste situation dans laquelle se trouvent ces femmes, de vous montrer le danger que cela fait courir non seulement à l'individu, mais à la race et à la nation.

Je crois qu'il y a ici une grande œuvre à accomplir, et c'est la pre-

mière fois que je viens parler en public sur ce sujet. Je voudrais emporter votre adhésion.

Il est assez bizarre de voir un accoucheur parler de dents ; croyez-moi bien, je n'ai nullement l'intention d'échanger mon forceps contre une clef de Garengot.

Je tiens à vous dire que ce dont je vous parlerai au point de vue lésions dentaires a été repéré, examiné et jugé par des dentistes. Moi, j'ai collationné leurs observations et vous apporterai le résultat de ce travail, mais je m'en réfère entièrement aux trois jeunes élèves de l'Ecole Dentaire, MM. Bermond, Expert et Jean Degrand, qui m'ont apporté leur concours avec tant de gentillesse et d'amabilité. Je tiens à les en remercier ici publiquement.

Je leur ai demandé de venir relever les observations dentaires de toutes les femmes accouchées dans mon service de maternité de l'Hôpital Tenon, et pour compléter, d'aller dans le service de mon ami Devraigne, à Lariboisière, faire le même travail.

Nous avons ainsi réuni un certain nombre d'observations ; et de l'examen de cette quantité de fiches dentaires, j'ai cru pouvoir tirer les conclusions que je vais vous rapporter.

Notre point de départ n'est pas absolument parfait ; nous aurions dû examiner tout d'abord des femmes non enceintes, puis les voir à leur première grossesse et aux grossesses suivantes.

Nous avons dû commencer notre étude par les primipares. Ces femmes présentaient donc à notre examen non seulement des lésions dentaires de leur première grossesse, mais aussi les lésions acquises précédemment. Nous avons été très étonnés de trouver chez ces femmes jeunes, qui devraient avoir une bonne dentition (puisque, si je ne m'abuse, il doit exister une organisation de soins dentaires dans les Ecoles, et les services d'hygiène se préoccupent de surveiller l'état dentaire des enfants), un état dentaire désastreux, alors que nous aurions dû trouver des dents parfaites.

Sur 78 femmes primipares, 2 seulement ont toutes leurs dents saines. L'une est une femme de 26 ans, l'autre de 23 ans.

Sur ces 78 femmes, nous trouvons ensuite des bouches saines, mais avec des dents manquantes ou soignées. Ainsi, dans notre observation 17, une femme de 19 ans a 1 dent manquante ; deux de 21 et 24 ans ont 2 dents manquantes ; 25 ans, 2 dents manquantes ; 17 ans, 4 dents manquantes ; 19 ans, 5 dents manquantes ; 19 ans, 3 dents traitées, 4 manquantes ; 21 ans, 8 dents traitées, 4 manquantes.

Soit au total 9 femmes sur 78 qui n'ont pas de carie en évolution, ce qui représente du 11,5 %.

Chez toutes les autres femmes, les caries et les dents manquantes se rencontrent presque toujours conjointement. Nous ne pouvons pas entrer dans le détail de chaque observation ; aussi je me suis permis, pour vous donner une idée approximative de l'ensemble de nos observations, de faire une moyenne de toutes ces observations en additionnant les dents cariées et en faisant la moyenne avec 78.

Que nous a donné cette manière de faire ?

L'âge moyen de nos femmes est de 23 ans. En moyenne, nous trouvons comme dents saines 21 à 22 dents, ce n'est pas énorme pour des femmes de 23 ans.

Combien de femmes ont été soignées : 41 %.

Combien en trouvons-nous avec des mâchoires propres, saines et soignées : 11,5 %

Combien ont une dentition saine : à peu près 6 %.

Caries au total : 361, soit 462 %. 100 femmes vous amèneront 462 caries :

du 2<sup>e</sup> degré : 253 % ;

3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré : 147 % ;

racines infectées : 62 %.

Quant aux dents manquantes, il y en a 308, c'est-à-dire 394 %.

Voilà ce que l'on trouve chez les femmes enceintes primipares de 23 ans, dans les hôpitaux de Paris.

En prenant ces chiffres, j'ai construit un schéma dentaire moyen de la femme enceinte primipare des hôpitaux de Paris (voir fig. 1).

Mais ce sont là des chiffres moyens. Evidemment, nous avons tous les extrêmes à considérer, depuis la femme aux dents saines dont nous parlions tout à l'heure, jusqu'à la femme qui a un dentier complet (notre observation 31) et nous trouvons les divers types suivants :

Obs. 3,	1 carie et 4 dents manquantes.		
Obs. 5,	7 caries et 5	—	1 traitée.
Obs. 8,	7 — 6	—	
Obs. 7,	17 — 8	—	
Obs. 22,	17 — 4	—	2 traitées.
Obs. 66,	4 — 7	—	1 bridge de 6
			2 couronnes.

Des moulages ont été pris, nous en figurerons deux qui représentent



des types moyens. Ce ne sont pas les pires. (Moulage 4, obs. 78, 25 ans). (Moul. 7, obs. 79, 20 ans) (1).

Nous ne saurions ne pas remarquer les derniers chiffres ci-dessus qui nous montrent une situation étonnante et paradoxale.

Nous voyons là des femmes qui ont eu des soins dentaires antérieurement et qui, aujourd'hui, ont des caries qui évoluent qu'elles négligent de faire soigner.

Il était un point important à préciser dans cette affaire : à quel moment, chez ces femmes primipares, s'étaient produites ces caries ; est-ce que nous devons les attribuer à la grossesse ou à ce qui s'était passé avant la gestation ?

Nous devons reconnaître que beaucoup de ces femmes avaient des caries avant la gestation, que les caries les plus graves, les dents manquantes ne sont pas du tout attribuables à la gestation ; mais nous devons attribuer à celle-ci toutes les caries du 2<sup>e</sup>, des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés qui sont venues se développer depuis et qui le plus souvent sont passées inaperçues de ces femmes.

Que nous disaient-elles, en effet, quand nous les interrogeons sur ce point ? « Mais je n'ai pas mal aux dents ; ce n'est pas la peine de m'examiner ».

J'ai été obligé de me fâcher pour certains examens ; l'une a été étonnée quand on lui a découvert 6 caries dans la bouche ; d'autres ont nettement vu se déclarer des caries pendant la gestation ; elles le reconnaissent et le savent ; mais elles nous ont donné cette réponse admirable qui est la condamnation des préjugés actuellement en usage pour les femmes enceintes : « *Je sais bien que j'ai mal aux dents ; je sais bien qu'elles vont encore me faire des accidents ; mais je ne puis pas me soigner tant que je suis enceinte ou que je suis nourrice* » (sic).

Voilà la notion qui règne en ce moment dans beaucoup de cerveaux qu'il faut extirper et qui est l'une des principales raisons de la communication que je fais aujourd'hui. Et ce qui est assez curieux, c'est de voir que les notions de danger des soins dentaires pendant la grossesse ou l'allaitement sont surtout développées chez les femmes qui ont reçu des soins dentaires antérieurement. Ce sont celles-là qui sont les plus négligentes ensuite.

---

(1) Voir les planches à la fin de l'article.

Ainsi, voilà une femme (obs. 43) qui a un bridge, un appareil en bas, 3 dents soignées, elle présente 5 caries en évolution.

D'autres :

Obs. 44, 9 dents soignées, 4 caries en évolution.

Obs. 45, 4 dents soignées } 2 couronnes, 3 caries } 2 du 2<sup>e</sup> degré.  
2 amalgames, 1 du 3<sup>e</sup> degré.

Obs. 53, un bridge, 6 caries } 1 du 2<sup>e</sup> degré.  
une couronne 5 du 3<sup>e</sup> degré.

Vous comprenez que ce sont là des lésions excessivement sérieuses pour des femmes qui, n'ayant eu encore qu'une grossesse, sont destinées à en avoir d'autres.

S'il n'y avait encore que les dents ! Mais il y a la bouche. Je ne veux pas insister sur la bouche après la leçon que vous venez d'entendre, mais vous allez voir. Voilà des femmes jeunes ; si nous avons pris l'âge de 23 ans comme âge moyen, c'est parce que par hasard, il y en a deux qui ont dépassé l'âge normal de 30 ans.

Dans 90 % des observations, le tartre est signalé avec insistance, les soins sont nuls. Aussi l'état de la bouche s'en ressent-il et pouvons-nous signaler la gingivite (obs. 4, 14, 15, etc.), la pyorrhée (obs. 27, 28, etc.). En somme, c'est la négligence complète des soins dentaires avant, pendant et après la gestation, d'où résulte l'infection de la bouche, favorisée par les troubles salivaires que va entraîner la gestation et par tous ces chicots qui viennent se putréfier dans ces gencives mal tenues. Voilà l'état de la bouche d'une jeune femme qui va devenir mère de famille, et cela par suite *d'une sorte de résignation aux accidents dentaires, reconnus comme un mal nécessaire, inéluctable*. L'origine de cette erreur est double, d'abord c'est une idée absurde, cette hérésie qu'il ne faut pas soigner les dents pendant la puerpéralité. Ne répète-t-on pas que tout enfant coûte une dent à sa mère ? Ensuite c'est l'habitude même dans l'enfance de s'abstenir de soins dentaires.

Nous avons essayé de chercher les causes de cet état chez ces jeunes femmes ; nous n'avons pas pu préciser l'origine de ces femmes, impossible de nous faire renseigner sur le lieu de naissance, le mode d'alimentation, l'état des parents ; nous avons des renseignements tout à fait flous.

De même, nous avons songé à préciser la prédominance du siège des lésions : la mâchoire inférieure, la mâchoire supérieure, les molaires, etc... On pourrait le faire, mais c'est là une affaire de spécialiste dentaire et qui sort du cadre que je me suis assigné.

Nous avons cherché l'hérédité : elle est impossible à préciser, mais cependant il est évident que déjà se dégage cette notion, que l'hérédité est plutôt d'origine maternelle que paternelle. Pour les caries dentaires, il semble bien que ce soit du côté de la mère, du côté de l'épuisement de l'organisme maternel qu'il faut chercher les causes des affections dentaires que l'on trouve chez l'enfant.

Il semble bien que presque toujours la mère a de mauvaises dents, que les femmes les plus touchées nous ont paru être issues de familles nombreuses et pour la plupart sont nées dans la deuxième moitié ou à la fin de la génération ; ce sont des enfants qui sont venus en fin de famille et ont été conçus et se sont développés dans un organisme déjà épuisé par les grossesses antérieures et saigné de son calcium.

De ces observations chez les primipares nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La dentition chez les jeunes filles, qui sont les futures mamans, est absolument négligée dans les classes populaires ;

2<sup>o</sup> Sur ce terrain mauvais, la première grossesse vient apporter des accidents dentaires nouveaux et aggrave les anciens ;

3<sup>o</sup> Enfin, la bouche de ces femmes est un foyer d'infection.

Que vont donner dans de semblables conditions les grossesses suivantes ?

LES MULTIPARES. — Nous avons réuni toutes les observations concernant les secondipares et les multipares au nombre de 68, etc... Une seule observation (la 121) nous montre une bouche sans carie, mais il lui manque 4 dents. C'est une IV pare de 21 ans. Une autre, 6 dents manquantes, pas de carie, mais elle a de la pyorrhée (obs. 116). Chez toutes les autres, il y a des caries.

C'est donc une proportion de 3 % à peine de dents saines encore qu'incomplètes.

Nous avons réuni 68 observations : l'âge moyen est de 27 ans et 6 mois. Dent saines 17 à 18 ; nous ne sommes plus à 21-22 de tout à l'heure. Dents soignées 28 %. Les mâchoires propres et entretenues : 5 %. De dentition vraiment saine il n'y en a pas et les caries sont de 716 pour 100 femmes dont :

333 de 2<sup>e</sup> degré ;

161 de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> ;

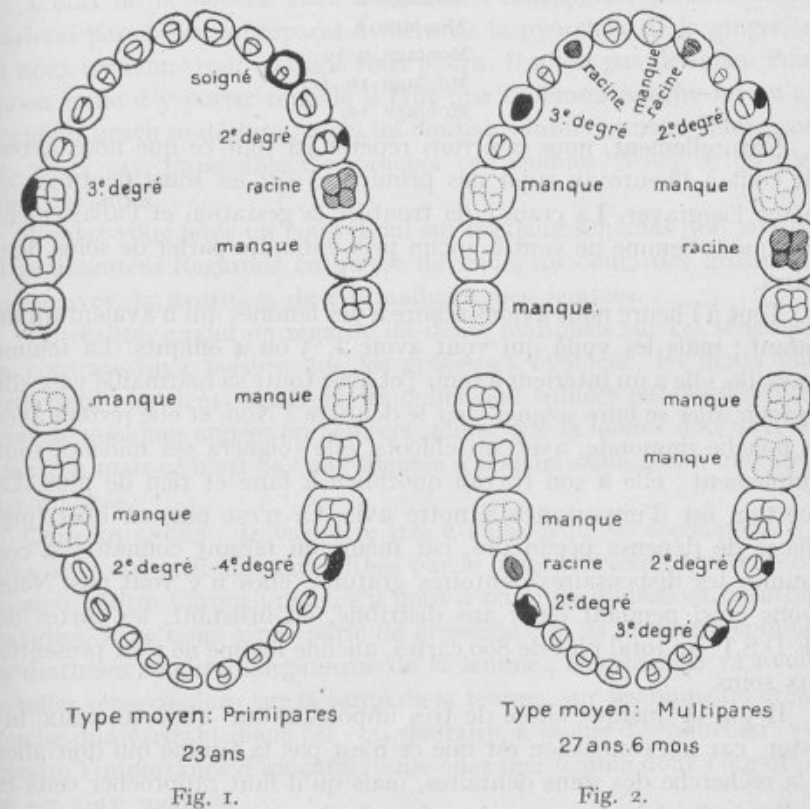
222 % de racines infectées.

Si vous ajoutez à cela 587 % de dents manquantes et si nous tota-



lisons les racines et les dents manquantes, nous arrivons à un manque de 810 %.

Le type moyen qui est représenté fig. 2 est tout à fait différent du type primipare ; celui-ci est aggravé. Il n'y a plus que 18 dents saines, pour 7 ou 8 caries et 5 ou 6 dents manquantes. Bien entendu comme



pour les primipares, nous trouvons ici les types cliniques les plus divers et même les plus curieux. Ainsi :

- Obs. 104, 21 ans, 11 pare, 12 caries, 1 dent manquante, 1 dent traitée.
- Obs. 113, 18 ans, 11 pare, 10 caries, 6 manquantes, 1 traitée.
- Obs. 132, 10 caries, 7 manquantes, 1 bridge.

Il est évident que, dans le tableau des multipares, la situation est pleinement aggravée. Nous avons pris quelques moulages qui illustrent ce que je viens de vous dire, et valent mieux qu'une longue description.

Ce sont des cas choisis pour représenter les divers types cliniques observés.

- Moulage 1.
- Moulage 2.
- Moulage 3.
- Moulage 5.
- Moulage 6.
- Moulage 8.
- Moulage 9.
- Moulage 10. (1)
- Moulage 12.

Naturellement, nous pourrions répéter ici tout ce que nous avons dit tout à l'heure au sujet des primipares sur les soins dentaires et même l'aggraver. La crainte de troubler la gestation et l'allaitement fait que la femme ne veut à aucun prix entendre parler de soins dentaires.

Tout à l'heure nous avions affaire à des femmes qui n'avaient qu'un enfant ; mais les voilà qui vont avoir 2, 3 ou 4 enfants. La femme travaille, elle a un intérieur à tenir ; et avec toute sa marmaille va-t-elle pouvoir aller se faire soigner chez le dentiste ? Non, et elle restera avec sa bouche immonde, avec ses chicots, elle soignera ses mioches tout simplement ; elle a son travail quotidien à faire et rien de plus. La question est d'importance, à notre avis. Ce n'est pas, en effet, une affaire de dépense pécuniaire, car même en faisant connaître à ces femmes les dispensaires dentaires gratuits, elles n'y vont pas. Nous avons ainsi pendant deux ans distribué, en insistant, les cartes de l'E.D.S.P. au total plus de 800 cartes, aucune femme ne s'est présentée aux soins.

Il y a là quelque chose de très important sur quoi je veux insister, car ma conclusion est que ce n'est pas la femme qui doit aller à la recherche des soins dentaires, mais qu'il faut rapprocher ceux-ci de l'endroit où les femmes se rendent facilement.

J'ai fait mieux ; j'ai voulu intéresser les pouvoirs publics à cette question. Comme Chef de service à l'asile Michelet, on m'a demandé un rapport sur la prophylaxie vénérienne. Dans mon rapport, j'ai demandé qu'en même temps que cette prophylaxie, on organise également des soins dentaires. J'ai fait établir, grâce à mon ami Solas, un devis pour l'installation du service de prophylaxie dentaire et il figure

---

(1) Voir les planches à la fin de l'article.

dans mon rapport. Je ne sais pas ce que c'est devenu ; les services d'hygiène ont gardé mon rapport et je n'en ai plus entendu parler.

Voilà mon commencement et je continue aujourd'hui devant vous, espérant donner un peu d'ampleur à l'œuvre que je voudrais voir accomplir : soigner les mères pour obtenir une race d'enfants plus robuste.

L'état de la bouche chez les femmes multipares, je ne vous en parlerai pas. Si les primipares avaient de la pyorrhée, de la gingivite, là nous trouvons tout ce qu'il vous plaira. Il n'y a pas de soins. Pour qu'on tente d'y porter remède il faut que la femme souffre ou qu'un accident grave se déclare ; alors les dentistes interviennent ; mais sauf ces deux cas, impossible d'approcher ces femmes. Voilà ce qu'elles sont devenues.

Voulez-vous jeter un coup d'œil sur les deux schémas que je vous ai représentés ? Regardez ce qu'est devenue, au cours des grossesses successives, la dentition de ces malheureuses femmes.

En réalité, quand on regarde les dents marquées sur ces schémas, on constate qu'à mesure que les grossesses évoluent, les dents disparaissent ; les dents tombent, les dents sont ruinées par la carie et au bout de quelques années on peut considérer que la femme doit devenir édentée ; mais ce n'est pas une édentée à bouche saine, elle a une bouche infectée.

CONSÉQUENCES : Je vais être très à l'aise pour les conséquences ; vous avez été suffisamment édifiés par le magistral exposé précédent de mon Maître Carnot ; mais, s'il nous a parlé de diabète et d'autres maladies, il ne nous a pas parlé de grossesse. Or, la grossesse comme les diathèses modifie l'organisme de la femme ; la grossesse va avoir de telles répercussions sur la santé de la femme, sur ses humeurs et sa bouche que véritablement cet état dentaire, à moins d'y remédier, va prendre l'importance d'un cataclysme chez une femme dont l'organisme est ainsi modifié.

Ces conséquences, nous allons pouvoir les ranger en deux groupes. Schématiquement, elles sont :

A) d'ordre général ;

B) d'ordre puerpéral.

A. — D'ORDRE GÉNÉRAL : 3 principales : les troubles de nutrition, les accidents infectieux, locaux et généraux, les accidents toxiques.

1<sup>o</sup> *Troubles de nutrition.* — Les femmes ne vont plus mastiquer,



vont mal s'alimenter, etc... Mais, c'est une femme enceinte qui va avoir besoin d'une nutrition supérieure ; c'est une femme qui a besoin d'un tube digestif fonctionnant parfaitement bien : or, c'est celle-là qui ne va pas mastiquer. Il en résultera des troubles digestifs, de l'infection d'origine dentaire, des fermentations anormales qui vont se développer, favorisées par l'atonie du tube digestif et la constipation habituelle, des infections qui vont être la cause d'appendicite, d'entérocolite, etc..., qui peuvent donner dans les suites de couches des infections puerpérales graves et quelquefois mortelles.

2° *Accidents infectieux.* — A côté des infections générales, il y a aussi des accidents locaux. Il ne faut pas s'illusionner : chez la femme enceinte, l'infection buccale n'est pas une plaisanterie. J'ai rapporté à la Société d'Odontologie, il y a quelques années, le cas d'une pauvre femme qui sur une dent dévitalisée avait fait un abcès qui, en 48 heures après son accouchement, a déterminé un phlegmon du cou devant lequel mon regretté ami Sauvez dut se récuser et faire appel au Prof. Sebileau. Pendant 15 jours, cette pauvre femme a été entre la vie et la mort et elle ne s'en est tirée qu'au prix d'une cicatrice qui la défigure.

Cela peut se reproduire, et quand on regarde les bouches que je vous ai décrites, on n'est pas étonné de voir quelquefois de graves accidents survenir. La femme en couches, en effet, ne résiste pas à l'infection, elle n'a plus de défense et chez elle la moindre infection qui de latente va devenir virulente prendra des proportions colossales et risquera d'emporter la malade.

Mais après tout, les infections dentaires elles-mêmes vont réagir sur la santé générale de la femme. On nous parlait tout à l'heure des travaux des Américains, des infections par voie sanguine ; est-ce que nous ne pourrions pas penser que les dents infectées chez la femme enceinte peuvent être l'origine de graves infections générales ?

Les travaux si remarquables de Mendel, l'étude du Prof. Rouvière sur les lymphatiques montrent le bien-fondé de ces conceptions.

3° *Accidents toxiques.* — Il est certain que chez ces femmes, l'infection buccale va être la source d'intoxications, d'infections secondaires car la bouche n'est pas seulement destinée à la mastication, à la déglutition, mais elle est destinée également à l'élimination de certaines toxines. Or, pendant la gestation, le rôle de la bouche et de la salive est énorme. Aussi, nous voyons chez ces femmes de la sialorrhée, des vomissements, des troubles digestifs et des infections secondaires, rénales ou autres.

B. — ACCIDENTS D'ORDRE PUERPÉRAL. — Quels sont les accidents gravidiques que nous allons pouvoir envisager ? Ils sont nombreux. Il faut concevoir la femme enceinte comme un être tout à fait spécial ; au fond c'est une femme qui a un néoplasme localisé dans son utérus : pendant toute la première moitié de sa gestation, la femme va être intoxiquée par son œuf. Puis, après le développement du placenta, va s'organiser un état d'équilibre constituant la symbiose harmonique et homogène que décrit mon Maître le Prof. Bar, mais à l'équilibre il est une condition, c'est que l'organisme de la femme ait des émonctoires en bon état. Sinon l'intoxication se produit de nouveau.

Ce qu'il faut donc avant tout chez cette femme, c'est la désintoxiquer. Comment ? Par le tube digestif avant tout. Or, si le tube digestif est touché, parce qu'à son origine la bouche en mauvais état ne permet pas une mastication convenable, il est incontestable que la femme va être placée dans des conditions d'infériorité et s'intoxiquera plus facilement.

Autre chose : cette femme-là va avoir des troubles de nutrition ; elle va mal se nourrir, mal assimiler ; mais il y a la question de la chaux ; la femme en a besoin, car c'est la chaux de la mère qui donne à l'enfant toute sa structure calcique. Si cette femme-là perd sa chaux, il lui faut la récupérer. Et où va-t-elle prendre sa chaux ? Dans les aliments.

Nous sommes d'une organisation tout à fait supérieure ; nous n'avons pas la possibilité d'aller prendre nos aliments minéraux en nature comme les plantes ; il faut que nous ayons des aliments déjà assimilés, déjà transformés. Or c'est dans le lait, la viande et dans les légumes que la femme trouvera la chaux. Si cette femme assimile mal, elle se décalcifie en même temps. C'est un cercle vicieux.

Il ne faut pas oublier que la déficience calcique est une des choses les plus graves pour l'organisme. Quand on voit aux cours des grandes maladies ou diathèses la déficience calcique se produire, le pronostic est très assombri. Conséquence grave pour la santé de la mère sans doute, mais avec un retentissement sérieux sur l'enfant.

Comme nous le disions plus haut, il semble, en effet, que la constitution calcique du produit de conception diminue à mesure que les réserves de chaux de la mère s'épuisent. Ainsi l'aîné sera normal ; le second également ; le troisième un peu moins et le huitième aura une ossification moins développée et aura une résistance moindre. En al-

laitant, la femme va s'appauvrir encore en chaux, ce qui assombrit le pronostic pour les gestations suivantes.

Je passe sur l'accouchement, mais il y a les infections qui peuvent se produire, soit locales, soit générales, auxquelles la femme résistera d'autant moins qu'elle aura été mal nourrie, qu'elle aura un intestin infecté et qu'elle aura un organisme appauvri.

Je ne veux pas pousser plus loin cette esquisse de conséquences et de complications et je vais aborder tout de suite la question de la conduite à tenir.

TRAITEMENT. — Quelle peut être la thérapeutique ?

Il est évident que dans une situation comme celle-là, il faut une thérapeutique. Celle-ci doit être prophylactique et curative.

PROPHYLACTIQUE. — Quelle est la cause de la carie dentaire ? Eh bien, je vais répondre très franchement : nous n'en savons rien du tout. On invoque : la décalcification, on a tout dit là-dessus, mais on n'a rien dit. Cela rappelle l'histoire de M. de La Palice qui avait la tête nue parce qu'il n'avait pas de chapeau. C'est tout.

C'est une question complexe et il est bien certain qu'il s'agit d'une modification d'ordre endocrinien. Qu'il s'agisse dans la circonstance des parathyroïdes, de l'hypophyse, de l'ovaire et de toute autre glande, la question est à peine ébauchée, et l'étude doit en être approfondie.

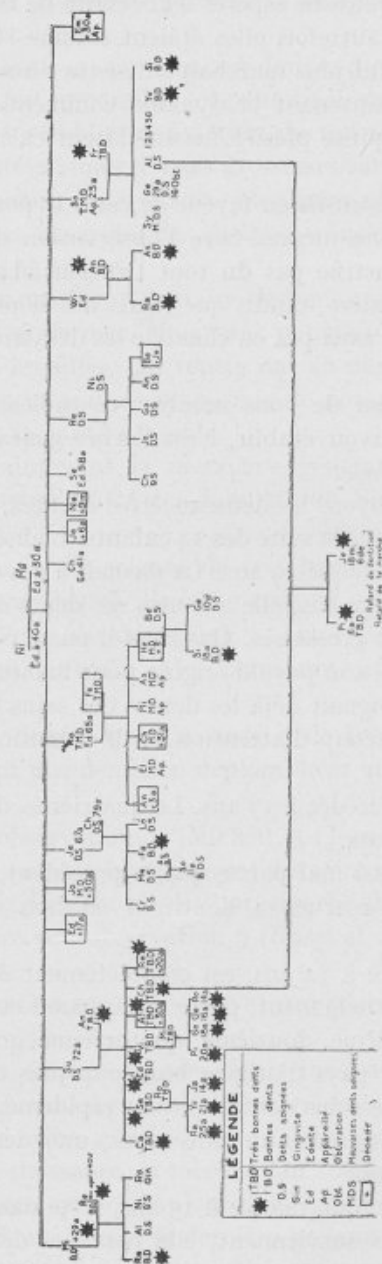
Il est cependant un fait qui semble établi, c'est que la femme présente plus de lésions dentaires que l'homme, mais est-ce chez la jeune fille ou chez la femme mère ? Je n'en sais rien, je ne peux pas le savoir ; il faut le préciser.

Mais si nous ne savons pas, pouvons-nous faire quelque chose ? On peut ordonner de la chaux, c'est évident, et tous les médicaments calciques, mais peut-on faire plus ? Allons-nous laisser la bouche et les dents dans l'état où elles sont ? Allons-nous laisser cette saleté à l'origine du tube digestif ? Non, il faut absolument que la bouche soit nettoyée et la mastication rétablie. Or, quelle est la meilleure façon de nettoyer la bouche et les gencives ? C'est d'abord d'avoir une mastication normale et ensuite de nettoyer les dents.

J'ai fait autrefois à cette société une communication sur le cas d'une femme qui perdait ses dents parce qu'on lui avait ordonné le régime lacté absolu, elle avait pu guérir simplement en mâchant de la gomme.

Il faut donc reconstituer les dents, les appareiller, donner aux femmes la possibilité de s'alimenter et faire disparaître leurs troubles





digestifs. Ainsi nous pouvons espérer leur rendre de la chaux, car elles vont se réalimenter ; autrefois elles étaient comme l'automobile dont la dynamo ne chargeant plus marchait sur ses accumulateurs : ceux-ci s'épuisaient vite ; maintenant la dynamo commence à recharger et l'accumulateur ne s'épuise plus. L'accumulateur calcique se chargera régulièrement.

Mais les résultats sont-ils en faveur de cette hypothèse ?

Si vous voulez vous-mêmes faire l'observation de votre clientèle bourgeoise, elle ne justifie pas du tout l'ancien adage qu'un enfant coûte une dent à sa mère, tandis que, dans nos hôpitaux, il en coûte deux ou trois. Vous n'avez pas en clientèle les désastres que vous avez à l'hôpital.

Mais permettez-moi de vous montrer ce tableau que j'ai eu la bonne fortune de pouvoir établir, c'est l'arbre généalogique dentaire d'une famille nombreuse.

A l'origine nous voyons les deux ancêtres édentés, le père à 40 ans, la mère à 30 ans. Voyons la suite des 14 enfants. L'ainé a de très bonnes dents, mais n'a pas dépassé 29 ans. La seconde a des dents soignées et, âgée actuellement de 72 ans, elle a toutes ses dents en bon état d'entretien. Or elle a eu 7 grossesses. Que s'est-il passé pour elle ? Mariée à 12 ans, elle a quitté son pays d'origine pour habiter une localité où à cette époque on soignait déjà les dents. Ces soins dentaires lui ont été donnés avec beaucoup d'attention et de minutie. Le résultat est excellent.

La troisième est décédée à 17 ans. Le quatrième, décédé à 50 ans, a de très mauvaises dents.

La cinquième, aussi mal partie que le précédent, a reçu des soins dentaires et elle a conservé sa dentition en bon état à l'âge de 67 ans.

La sixième, mariée à 12 ans, est complètement édentée à 20 ans, et, âgée de 65 ans actuellement, porte un appareil complet.

Les septième, dixième, douzième, quatorzième, quatre garçons, qui eux restent dans leur pays d'origine beaucoup plus tard que les filles et ne reçoivent pas de soins dentaires, sont rapidement édentés, tandis que la onzième garde, grâce aux soins reçus, une dentition convenable malgré 5 grossesses.

Reste la treizième, qui, mariée à 15 ans, reste dans son pays d'origine. Trois grossesses surviennent, elle perd ses dents et à 23 ans, n'a plus que dix dents saines. Son état général est affaibli, elle se

nourrit mal. Trois grossesses successives amèneront des enfants qui décéderont en bas âge.

Mais à ce moment, on commence à donner des soins dentaires dans son pays. Elle se fait appareiller, et peut ainsi conserver ses dents restées indemnes, et rétablir sa fonction de nutrition. Peu à peu elle améliorera sa santé et, malgré trois grossesses sans succès, elle termine en mettant au monde deux enfants bien portants. Malgré des privations énormes, des chagrins, des fatigues considérables, elle reste à 51 ans vigoureuse et active.

Ainsi nous voyons l'état dentaire des enfants s'affaiblir progressivement de l'aîné au dernier. Mais nous pouvons constater ce fait important que chez les filles, qui toutes ont eu des grossesses, les soins dentaires précoces et suivis ont permis de conserver la dentition et même de rétablir la santé générale.

Regardons maintenant la deuxième génération : une première comparaison s'impose entre les familles de Suzanne (n° 2) et de Rose (n° 6).

N° 2, Suzanne, a été soignée de très bonne heure, le mari a lui-même des dents excellentes. Ils ont 7 enfants qui tous ont une dentition superbe. Si l'une est décédée à 20 ans et un autre à 30 ans, les 5 qui restent et qui ont entre 45 et 60 ans, ont tous des dents excellentes et au complet.

Le n° 6, Rose, dont le mari lui aussi a de très mauvaises dents, a des enfants qui ont une dentition déplorable et qui tout jeunes ont dû être appareillés.

De même les observations 1 (Michel), 5 (Jeanne), 11 (Reine) nous montrent que les enfants bénéficieront des soins reçus par leurs mères, mais sans arriver cependant au résultat superbe du n° 2. Ils éviteront le désastre dentaire de l'observation 6 (Rose) et auront une dentition saine mais soignée.

Reste l'observation n° 13 (Souraya) qui participe des deux types précédents.

Trois premiers enfants ont des dents mauvaises mais qui seront soignés de bonne heure. Aussi, actuellement âgés de 31, 30 et 28 ans, ont-ils une bouche saine, mais des dents sérieusement soignées. A partir de la troisième naissance, la mère se fait soigner, et elle aura tardivement deux enfants, qui sont aujourd'hui âgés de 16 et 14 ans. Toutes les deux ont des dents saines, la dernière présente à cet égard un état excellent et au point de vue osseux elle accuse un développement su-



périeur à la moyenne. Or, son père lors de la conception était âgé de 60 ans.

Voyons enfin la troisième génération.

N° 2, Suzanne. Tous ont de très bonnes dents ; tandis que n° 6 (Rose) cette génération garde encore les dents médiocres nécessitant rapidement des soins.

Enfin retenons (obs. 2 et 13) l'union de deux cousins germains, l'un provenant de l'observation 2 a de très bonne dents, c'est le père, l'autre provenant de l'obs. 13 a été soignée de très bonne heure, c'est la mère. Ils réunissent sur eux la totalité de l'hérédité familiale. Or, malgré les mauvaises conditions climatiques où ils naissent et se développent, les deux enfants ont de très bonnes dents, et pas même une trace de mélanodontie sur leurs dents de lait. A signaler pourtant chez ces enfants un retard de l'éruption dentaire et de la marche.

Il semble bien découler de cette observation familiale que le traitement orthopédique à défaut du traitement causal permet d'obtenir de beaux résultats dans la prophylaxie de la carie dentaire héréditaire, et surtout dans le traitement des déficiences nutritives.

Je ne voudrais pas abuser de votre patience et je me hâterai de conclure.

De cet exposé, il me semble que nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

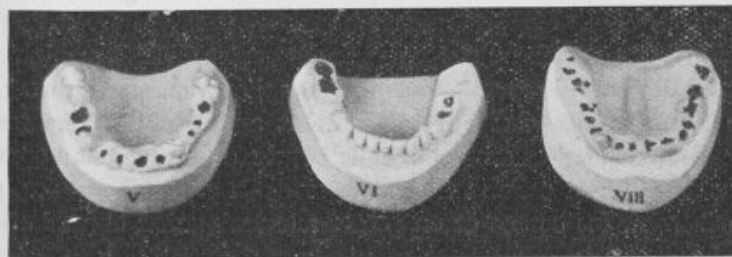
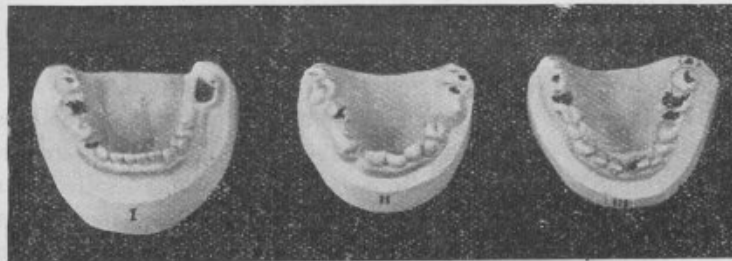
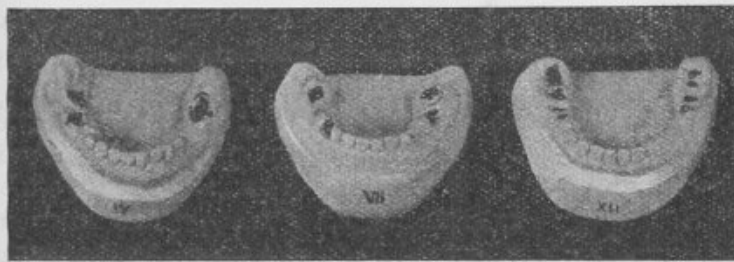
1° Qu'il y a une nécessité absolue de surveiller et de traiter les caries dentaires chez les enfants, de manière à améliorer leur nutrition générale et à leur permettre de procréer des êtres plus robustes et avec moins de risques pour la mère.

2° En attendant que les soins donnés dans l'enfance nous amènent des femmes-mères avec une dentition convenable, il faut s'efforcer de traiter pendant l'état puerpéral celles qui en ont besoin et pour cela :

a) Proclamer et afficher partout où cela sera possible cette vérité que : *La grossesse et l'accouchement commandent les soins dentaires et ne constituent pas une contradiction à ces soins.*

b) Organiser dans les maternités (là où les femmes ont enfin appris à venir consulter pendant la grossesse et pendant l'allaitement (consultations de nourrissons), à côté de la consultation obstétricale les soins dentaires, de manière à triompher de l'indifférence des malades et à leur éviter des pertes de temps inutiles, et qui sont un mauvais prétexte pour se dérober aux soins dentaires.

Ainsi pourra être appliqué le traitement orthopédique, quant au



IV. — I pare, 25 ans.  
 VII. — I pare, 20 ans.  
 XII. — IV pare, 26 ans.  
 I. — II pare, 28 ans.  
 II. — VI pare, 29 ans.  
 III. — V pare, 25 ans.

V. — IV pare, 21 ans.  
 VI. — IV pare, 25 ans.  
 VIII. — IV pare, 31 ans.  
 (haut et bas).  
 IX. — II pare, 24 ans.  
 X. — III pare, 33 ans.

traitement général et prophylactique, il découlera de l'étude des cas cliniques et sera le résultat de la collaboration du médecin, du dentiste et du laboratoire.

Je n'ignore pas que beaucoup souriront de cet assemblage de l'accoucheur et du dentiste. Qu'importe, ce qu'il faut c'est réussir et pour cela trouver des dévouements. Or, en vieux féministe, j'entrevois très bien ici la collaboration de la femme dentiste qui saura apporter à un traitement souvent désagréable et toujours redouté dans le public les atténuations que seules peuvent inspirer la bonté et la sensibilité féminines.

J'en ai fini, je m'excuse de vous avoir retenus aussi longtemps et je vous remercie vivement de votre bienveillant accueil. Vous me pardonnerez ma trop grande insistance, en vous rappelant que c'est la première fois que j'aborde en public ce sujet qui me paraît si important et que je considère notre entretien de ce soir comme les débuts d'un apostolat. Vous me le pardonnerez d'autant plus que vous penserez à ce grand Apôtre que fut Charles Godon, votre fondateur et dont je salue ici la mémoire avec une respectueuse émotion. Je suis sûr que s'il était ici aujourd'hui, il serait avec moi de tout son cœur et de toute sa foi ardente et agissante pour vous demander de bien vouloir vous associer au vœu que je vais vous lire et qui sera ma conclusion :

« Qu'un service dentaire soit adjoint aux consultations maternelles pour soigner les accidents de la bouche et des dents au cours de la puerpéralité, et collaborer avec le médecin et le laboratoire, pour en rechercher les causes et en préciser le traitement curatif et préventif ».



**LES CARIES DENTAIRES EN PÉRIODE OBSTÉTRICALE**

Par Henri VIGNES,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,  
Accoucheur de l'Hôpital de la Charité.*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 7 juin 1932)*

616.314 002

*Les caries dentaires passent pour être assez fréquentes pendant la grossesse. On dit couramment que chaque enfant coûte une dent à la mère. Récemment, un américain, Lintz, renchérissant sur ce chiffre, a parlé de deux dents. La fréquence de ces caries mérite donc d'être fixée. Or, les documents sont contradictoires. Pour un grand nombre d'auteurs, l'apparition d'une ou plusieurs caries serait de règle. Pour d'autres, il y aurait là une exagération ; le nombre des caries ne serait pas plus élevé chez les femmes enceintes que chez les témoins et, dans les deux catégories, le nombre augmenterait régulièrement avec l'âge de la femme.*

C'est à cette conclusion qu'est arrivé Ziskin en étudiant comparativement 599 femmes enceintes (soit 26 % des femmes fréquentant la prenatal clinic de Minneapolis et ayant eu besoin de soins dentaires) et 205 femmes sans enfant des mêmes âges et de la même condition sociale : dans ces deux groupes, la proportion des dents avariées (dents absentes et dents cariées) est absolument la même.

Nous avons donc, en présence, deux opinions absolument opposées : fréquence exagérée des dents malades pour les uns, fréquence normale pour les autres. Il n'est pas téméraire d'en conclure que l'action nocive de la grossesse sur les dents n'est pas constante et qu'elle n'a pas une évidence éclatante.

*Mais voici un autre fait : c'est l'éclosion simultanée d'un grand nombre de caries dentaires s'observant à l'occasion d'une grossesse, chez un certain nombre de femmes. Je l'observe plusieurs fois par an dans ma clientèle : mais, certainement, la fréquence de ces faits ne dépasse pas 5 à 10 %. Six, dix, douze dents se carient, d'anciens foyers se réveillent, des dégâts importants se constituent rapidement. Certaines femmes ne font de caries que pendant leurs grossesses : Ely rapporte*

l'observation d'une femme qui présenta des caries à sa première gestation, puis qui, après un long intervalle sans grossesse et sans carie, eut une nouvelle poussée à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

Ces caries peuvent être imputées à l'état de grossesse. Mais il est probable qu'il faut invoquer un autre facteur pathogène, et, par exemple, quand Ely rapporte l'observation d'une femme ayant eu cinq grossesses sans caries, puis ayant eu, de la sixième à la onzième grossesses, des caries multiples, il faut expliquer pourquoi les caries ont apparu seulement à la sixième grossesse : on est en droit de supposer l'intervention d'un nouveau facteur pathogène.

\*  
\* \*

*Les caries gravidiques sont un accident assez précoce* : la plupart des observations d'Ely indiquent le début au troisième mois, quelques-unes au quatrième et au cinquième mois ; Temeswary parle du quatrième mois. Pendant l'allaitement, les caries semblent fréquentes.

Comme les caries non gravidiques, elles siègent au maxillaire supérieur, plus souvent qu'au maxillaire inférieur. Elles intéressent plus souvent les molaires que les dents antérieures : les dents atteintes de carie ne sont donc pas les mêmes que celles atteintes de gingivite gravidique.

\*  
\* \*

*La carie gravidique serait caractérisée par la très grande mollesse de la dentine*, fait qui s'apprécie facilement à la fraise. Cette constatation serait à rapprocher de la notion qui oppose la carie dure, due à l'infection, à la carie molle due à la décalcification. Parfois, très rarement, cette mollesse est poussée à l'extrême et on observe une fragilité anormale de la dent en sorte qu'en l'absence de traumatisme, une ou plusieurs dents se brisent, laissant les racines fragmentées dans l'alvéole, lesquelles s'élimineront par fragments au bout de quelques semaines.

On a signalé une hypersensibilité de la dentine, ce qui est, en principe, lié à un ramollissement anormalement accentué.

\*  
\* \*

*On a attribué les caries dentaires gravidiques à ce que la salive était notablement acide*. A cela, Ely a objecté que, dans des cas de caries nombreuses, il avait trouvé souvent la salive neutre ou alcaline.

*On a attribué les caries dentaires gravidiques à la décalcification.* Cette opinion est, actuellement, la plus généralement admise. Galippe, Ely ont constaté une moindre densité des dents au cours de la grossesse et Gautrelet a constaté une diminution du fluorure et du carbonate de chaux.

Lorsqu'un fœtus vient au monde à terme, il pèse en moyenne 3.500 grammes et il arrive avec un bagage de chaux de 40 à 50 grammes, c'est-à-dire à peu près 15 grammes par kilo, taux assez inférieur à celui d'un adulte, lequel est de 25 gr. environ.

L'enrichissement du fœtus se fait surtout vers la fin de la grossesse, ainsi que l'a montré Michel : à la fin du premier trimestre, un fœtus de cent grammes possédait un demi-gramme de  $\text{CaO}$ , à la fin du second, un fœtus de mille grammes en possédait 8 grammes et à terme un fœtus de 3.335 grammes en possédait 46 grammes. Il convient, donc, de souligner que l'époque où le fœtus demande le plus de chaux est bien postérieure à l'époque où s'observe le maximum des dégâts dentaires.

Le calcium du fœtus provient de sa mère et les dosages de Hélényi et Liebmann montrant qu'il y a moins de calcium dans les vaisseaux du cordon venant du placenta que dans ceux y allant illustrent ce fait.

Deux théories se proposent d'expliquer la provenance de la chaux acquise par le fœtus : l'une est que le fœtus prend sa part dans le calcium ingéré chaque jour par la mère, l'autre est que le fœtus prélève ce calcium dans les réserves de la mère, c'est-à-dire dans ses dents et dans ses os et que, de ce fait, il y a décalcification.

Cette décalcification a été étudiée par plusieurs méthodes : bilans nutritifs et dosage de la calcémie.

1° La première méthode, celle des bilans, a été employée par divers auteurs et, en particulier, par le Professeur Bar. Le Prof. Bar a fait doser la chaux dans les aliments donnés à une chienne pleine mise en expérience, dans ses excréta (urines et matières) et dans les cendres des petits qu'elle avait mis au monde. Il est arrivé à ceci, c'est que la femelle avait ingéré cinq grammes de chaux avec ses aliments, avait excrété environ un gramme de chaux dans les matières et dans les urines et que, dans les tissus de ses petits, il y avait dix grammes de chaux. D'un côté cinq grammes absorbés, de l'autre onze grammes excrétés ou cédés aux petits. Il y a une différence de six grammes qui implique une prise aux réserves maternelles.

2° Ces bilans sont très laborieux à établir et, cherchant une mé-



thode plus simple, on s'est adressé au dosage de la calcémie. Certains auteurs, tels Lamers, Bar, Underhill, ont trouvé de l'hypercalcémie et y voient la marque d'une mobilisation des réserves calciques constituant le premier temps de la décalcification. Les autres, tels Bogert et Plass, Krebs et Briggs, Mazzocco et Bostos Muron, Widdows ont constaté de l'hypercalcémie et l'interprètent comme un signe de pauvreté en calcium.

3° J'ai eu l'idée avec mon collaborateur M. Coisset (1) d'étudier non pas les bilans, ce qui, encore une fois, est une entreprise assez compliquée, non pas la calcémie puisqu'en somme ses résultats restent assez incertains, mais en dosant le calcium dans les cendres d'animaux entiers. Nous avons pris un certain nombre de femelles de Cobaye pleines, nous leur avons fait une laparotomie, nous avons mis d'un côté les fœtus, d'un autre côté les cadavres des femelles, nous avons pris un certain nombre de femelles témoins et, dans les cendres de ces trois lots, nous avons dosé le calcium. Le résultat est absolument éclatant en ce sens que, d'une part, les cendres des femelles pleines sont infiniment moins riches en calcium que les cendres des animaux témoins et que ces cendres sont d'autant plus pauvres en calcium que la grossesse est plus avancée.

Accessoirement, j'ai fait d'autres recherches avec divers collaborateurs, les unes montrant une rétention d'halogène, les autres montrant une rétention de magnésium parallèle à la diminution de calcium.

La décalcification ne semble devoir être tenue pour un fait physiologique.

Le plus grand nombre de femmes n'en souffrent en rien, probablement parce que la décalcification reste dans des limites normales ; mais d'autres présentent des accidents qui semblent bien être liés à

---

(1) H. VIGNES, *Physiologie obstétricale normale et pathologique*, Masson, édit., 1923. — COISSET et VIGNES, Documents sur la teneur du placenta humain en calcium, *B. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mai 1926. — H. VIGNES et COISSET, Teneur de l'organisme en calcium et en halogènes au cours de la gestation, *C. R. de l'Ac. des Sciences*, 1927, t. CLXXXIV, p. 472. — H. VIGNES, Métabolisme du calcium et gestation, *Progrès Médical*, 24 mars 1928, p. 479. — PORÉ et ROUSSEAU, A propos de la décalcification gravidique, *Soc. de Patho. comparée*, 12 mai 1931. — H. VIGNES et H. PORÉ, Magnésienne et grossesse, *C. R. de la Soc. de Biol.*, 24 oct. 1931, t. CVIII, p. 468. — G. ROUSSEAU, Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse, *Thèse de Paris*, 1931.

cet appauvrissement en calcium, sans doute parce que, chez elles, le processus de décalcification a dépassé ses limites normales.

Cette décalcification exagérée peut tenir à diverses causes : un apport insuffisant de calcium, ou à un excès d'alimentation. Divers régimes, prescrits par les médecins ou improvisés par certaines femmes, peuvent réaliser la première éventualité ; la diarrhée, l'hypervagotonie, l'ingestion de fortes doses d'alcalins, l'acidose peuvent réaliser la seconde. Dans ces conditions, on peut observer, chez les femmes enceintes, divers accidents : mort du fœtus *in utero* ; rachitisme congénital (?) ; — ostéomalacie typique, ostéomalacie localisée aux os du bassin ou aux vertèbres, décalcification neuro-musculaire aboutissant à la tétanie chez les femmes ayant une insuffisance thyroïdienne *à la limite*, — vomissements, asthme, éclampsie, poussées de tuberculose. Ces complications de l'appauvrissement calcique, on le voit, sont nombreuses. Il s'en faut de beaucoup qu'on les observe toutes ou même qu'on en observe plusieurs chez la même femme et il nous faut retenir cette constatation, car elle donne à penser qu'il faut autre chose que la décalcification pour conditionner chacun de ces troubles.

De même, il faut autre chose que la décalcification gravidique physiologique pour expliquer les poussées de caries observées par certaines femmes au cours de la grossesse, sans quoi toutes les femmes enceintes devraient avoir des caries multiples, ce qui n'est pas. D'autre part, d'autres maladies gravidiques, liées, elles aussi, à la décalcification ne s'accompagnent pas toujours de caries dentaires : c'est ainsi que, si un grand nombre de femmes atteintes d'ostéomalacie perdent plusieurs de leurs dents ou toutes leurs dents, il en est d'autres qui conservent toutes leurs dents. Il faut donc invoquer un facteur complémentaire pour expliquer la carie :

1<sup>o</sup> Temeswary a incriminé un dysfonctionnement des glandes endocrines ;

2<sup>o</sup> D'autres auteurs ont incriminé une insuffisance d'apport qui ne serait pas rare dans l'alimentation moderne ; Martha Jones, en nourrissant des chiennes pleines avec un régime pauvre en calcium, a fait apparaître de nombreuses caries dentaires ; la gêne de l'alimentation due aux vomissements et aux troubles digestifs serait, pour Temeswary, une cause de carie ;

3<sup>o</sup> La carence fruste de vitamines est peut-être responsable dans d'autres cas.

Il serait probablement intéressant, dans les cas de caries gravidiques

multiples, de relever les signes frustes des diverses maladies par hypocalcémie et de voir quelles sont les associations morbides les plus fréquentes.

\* \*

*Les caries dentaires préexistant à la grossesse et négligées, les caries gravidiques non soignées, peuvent déterminer d'importantes lésions infectieuses buccales.*

*Certaines de ces lésions plus discrètes peuvent à leur tour retentir sur l'état général de la mère et du fœtus.* De Lee a beaucoup insisté sur ce que des foyers infectieux plus ou moins latents peuvent déclencher une endométrite infectieuse par voie hématique et un avortement consécutif et, parmi de tels foyers, il cite les infections buccales. J'ai moi-même publié un cas analogue. Voici le titre suffisamment explicite de ma communication : « Avortement habituel (quatre avortements dont deux avec constatation d'infection déciduale aiguë) ; cinquième gestation : présence de streptocoque dans les gencives et dans l'écoulement vaginal ; auto-vaccin ; accouchement à terme d'un enfant vivant ». Notez bien que, pendant plusieurs des gestations terminées par fausse-couche, il y avait eu des traitements anti-syphilitiques et que, dans la dernière, il n'y a pas eu d'autres traitements que la vaccinothérapie après soins dentaires.

2° On a supposé que les foyers infectieux dentaires pouvaient être la cause de certaines pyélonéphrites.

3° De Lee pense que certaines infections puerpérales, d'origine mal comprise, doivent avoir leur origine dans un abcès dentaire méconnu. J'ai vu, au moins, un fait d'infection mortelle où la seule origine m'a semblé être un immonde foyer purulent développé autour des racines de trois dents non soignées.

4° La Vake, Spencer Pierrepont, W.-N. Rowley se sont demandé si les infections dentaires n'étaient pas responsables de certaines néphrites observées au cours de la grossesse et, peut-être, de certaines toxémies gravidiques.

5° Spencer Pierrepont a émis l'opinion que les toxines provenant de la bouche de la mère peuvent agir sur le fœtus. D'après lui, si, dans certaines multipares, l'état des enfants à la naissance, bon chez les premiers, va de mal en pire au fur et à mesure des gestations, il faut incriminer souvent une septico-toxémie d'origine dentaire, en voie



d'aggravation progressive ; cette cause serait au moins aussi souvent agissante que l'épuisement par les gestations répétées.

\*  
\* \*

*Il faut, sans tarder, traiter les caries dentaires survenant au cours de la grossesse.* C'est un point sur lequel je n'ai pas besoin d'insister devant vous. Il faut soigner les dents dans l'intérêt des dents et dans l'intérêt de tout organisme.

Le risque représenté par les septicémies, par les périostites, par les phlegmons est plus élevé que le risque d'avortement réflexe consécutif à un traitement dentaire. L'intervention est légitime. Il faut donc, la pratiquer, non seulement en cas de complications, mais encore dans tous les cas. Il faut, en somme, agir comme si la femme n'était pas enceinte (sauf s'il s'agit d'une intervention de luxe que l'on différera). Plusieurs auteurs, cependant, recommandent d'éviter les interventions au cours du premier trimestre, au cours du troisième mois, disent d'autres, car alors, le risque d'avortement serait particulièrement élevé.

Parfois, il serait mieux de se borner à une obturation temporaire étant donné le caractère progressif de certaines caries gravidiques.

On emploiera l'anesthésie locale en utilisant les solutions les plus diluées possible (un pour deux cents).

Les séances opératoires seront répétées et brèves.

Peut-on faire plus et éviter la production de ces caries ?

\*  
\* \*

*On a proposé de réaliser la prophylaxie des caries gravidiques par l'ingestion systématique de sels de calcium.* J'ai indiqué, dans diverses publications, que, la décalcification étant un fait physiologique, il est imprudent de l'arrêter systématiquement et j'ai indiqué les inconvénients de cette pratique quant à l'accouchement.

Il existe, en effet, des inconvénients d'une surcharge calcique.

Lorsqu'on réalise une hyper-calcification du sujet, soit par l'ingestion de fortes doses de chaux, soit par les rayons ultra-violets, soit par l'emploi de médicaments fixateurs du calcium, on observe du fait de cette surcharge calcique un certain nombre de méfaits :

1° fœtus avec des crânes durs totalement ossifiés ;

2° poids anormalement élevé de l'enfant, ainsi qu'Ewards l'a démontré expérimentalement et que je l'ai observé ;

3° augmentation anormale du tonus utérin avec tous les risques de contracture que comporte cette augmentation. Et c'est là qu'est le plus grand inconvénient de la surcharge calcique. Quand on réalise une augmentation artificielle du calcium dans l'organisme, on observe des faits infiniment graves de contracture utérine. Contracture utérine, cela veut dire le travail bloqué indéfiniment avec tous ses risques pour la mère et pour l'enfant.

Dans la presque totalité des cas où je suis appelé en cours d'accouchement par des confrères pour des « bûches » imprévues, pour un travail qui ne progresse sans aucun des motifs exposés dans les livres classiques, il s'agit de femmes qui, pendant leur grossesse, ont été bourrées de médicaments recalcifians.

J'en suis venu à cette conclusion que, dans la majorité des cas, il ne faut rien faire contre la décalcification pour ne pas s'opposer à un processus physiologique.

Mais alors que la décalcification dépasse les bornes physiologiques, lorsqu'en particulier il se produit des caries multiples, il n'en est plus de même. Il faut appliquer, de suite, un traitement recalcifiant : plusieurs grammes de sels de chaux, des vitamines A et D, des rayons ultra-violets, de petites doses quotidiennes d'huile de foie de morue (que je prescris en capsules glutinisées). De même, si une femme a, lors d'une précédente grossesse, fait une décalcification dentaire importante, il faudra, de parti pris, employer ce même traitement. Chez ces femmes, qui sont en général des hypervagotoniques, l'ingestion massive de calcium est sans inconvénient pour l'accouchement : elles accouchent vite, elles ont tendance aux hémorragies de la délivrance par insuffisance de tonus utérin et, en soignant leur décalcification dentaire, on fait la prophylaxie des hémorragies de la délivrance.

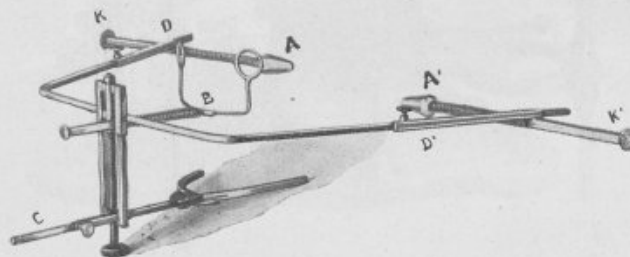
## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

### LES EXPOSITIONS *(Suite)* (1)

#### EXPOSITION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

M. MARGUERITE, chef de clinique et de laboratoire à l'E.D.P. présentait :

1<sup>o</sup> Un « arc facial », appareil très ingénieux, permettant le repérage automatique de la ligne d'occlusion. Il se place rapidement en prenant point d'appui directement dans les conduits auditifs externes en arrière et en avant sur l'épine nasale inférieure (base du septum nasal). Un arc intra-buccal permet de tracer instantanément la ligne d'occlusion absolument parallèle au plan horizontal de « Camper » ;



L'arc facial de R. Marguerite.

2<sup>o</sup> Un « Porte-Modèle ». Cet appareil très simple permet un montage rationnel des modèles en articulation avec le plan articulaire parallèle à la base ou au socle de l'articulateur, que ce soit un occluseur ordinaire, un « Gysi » ou un « Stabiloccluseur » de G. Villain. Il facilite la tâche du prothésiste en permettant de travailler avec sûreté et méthode.

3<sup>o</sup> Un « Porte-Digue ». Ce petit, mais très ingénieux appareil permet de placer en bouche une digue très réduite, mais qui assure cependant un isolement rigoureux des dents. Il se pose aussi rapidement qu'un rouleau de coton, ne gêne aucunement le patient et rend de grands services dans l'emploi des ciments porcelaine sur les dents antérieures.

D<sup>r</sup> P. ROLLAND. — Une vitrine lumineuse : Photomicrographies en couleurs de lésions dento-maxillaires.

M. L. RUPPE. — Collection de différents modèles relatifs à la confection d'une prothèse vélo-palatine ; l'ensemble comprend 8 pièces et 3 tableaux.

(1) Voir l'*Odontologie* d'octobre 1931 à juillet 1932.



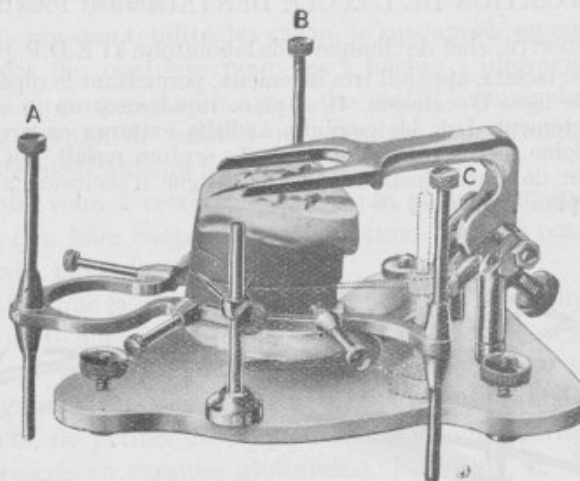
Un autre tableau présente les articulateurs intrabuccaux préconisés par M. Ruppe.

Toutes ces pièces ont été offertes au Musée de l'Ecole Dentaire de Paris.  
D<sup>r</sup> L. SOLAS. — Appareil de contention pour ostéotomie du maxillaire inférieur dans un cas de consolidation vicieuse ;

Appareil de contention pour fracture du maxillaire inférieur (détails de construction) ;

Appareils de contention pour fracture du maxillaire inférieur (cas cliniques) ;

Appareil de contention pour hémirésection du maxillaire inférieur dans un cas de tumeur maligne ;



Montage sur stabilocloseur de G. Villain.

L'ensemble de cette collection comprend une vingtaine de pièces offertes au Musée de l'Ecole Dentaire de Paris.

MM. les D<sup>rs</sup> VEAU et TESSIER. — Collection de photographies montrant diverses lésions maxillo-faciales et les résultats d'interventions chirurgicales.

Une soixantaine de pièces-environ.

M. G. VILLAIN. — 1<sup>o</sup> Présentation de quatre planches portant 12 cas divers d'appareillage pour fractures du maxillaire inférieur ;

2<sup>o</sup> Le stabilocloseur, différentes phases du montage d'un appareil.

#### ECOLE ODONTOTECHNIQUE DE PARIS

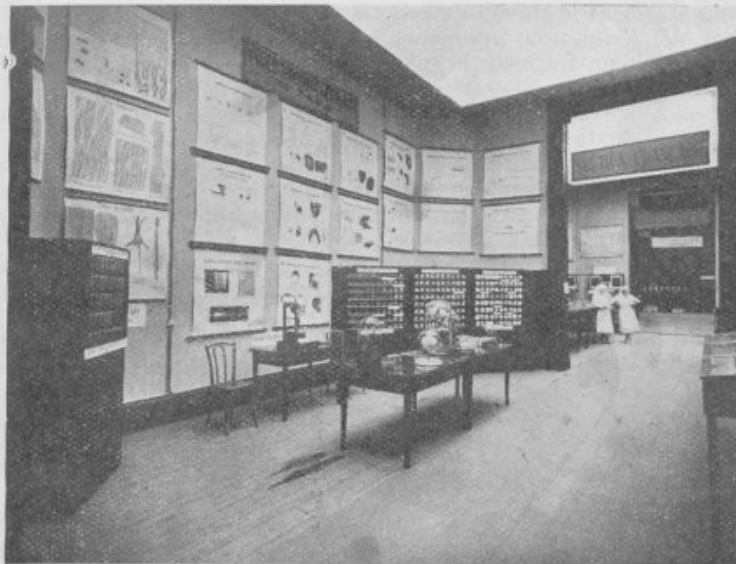
(Communiqué par M. FOURQUET)

L'Ecole Odontotechnique de Paris a exposé sa nombreuse collection de pièces anatomiques servant à son enseignement d'anatomie dentaire humaine et comparée. Ces pièces, au nombre d'une centaine, intéressaient la plupart ces espèces de l'échelle zoologique.

De plus, le D<sup>r</sup> L. Frison et ses assistants, MM. Moreau et Fouéré, avaient exposé une série de moulages se rapportant à des fractures des deux maxillaires chez des blessés traités en collaboration avec le D<sup>r</sup> Dufourmentel, qui pratiqua les actes chirurgicaux.

Sur ces moulages, étaient placés les appareils ayant été utilisés pour la réduction et la contention de ces diverses variétés de fractures : médianes, latérales, rétro-dentaires et condyliennes mandibulaires, etc...

Parmi les cas intéressant la mâchoire supérieure, figurait un vaste délabrement des deux maxillaires supérieurs — particulièrement du droit. Le traumatisme (accident d'automobile) avait déterminé une vaste destruc-



tion de la voûte palatine et la disparition de toutes les dents et des parois alvéolaires, à l'exception des deux prémolaires et des deux premières molaires gauches.

Le vestibule droit détruit fut rétabli par le D<sup>r</sup> Dufourmentel au moyen d'une autoplastie ; mais la brèche palatine ne put être comblée malgré plusieurs interventions.

L'appareil de prothèse exposé a pour but non seulement de fermer cette brèche et de maintenir le vestibule refait chirurgicalement, mais aussi de restaurer les dents et les arcades détruites.

#### DÉMONSTRATION DU 9 AOÛT

Dans la section de Prothèse, une intéressante démonstration de montage des appareils complets et partiels a retenu de nombreux congressistes.

Avec le « Stabiloccluseur », appareil mettant en pratique les travaux de G. Villain, sur le mécanisme dentaire humain, et avec l'« Arc facial et le porte-modèle » de R. Marguerite, il nous a été donné de voir un ensemble

permettant d'établir automatiquement et rapidement des surfaces articulaires en rapport avec chaque patient.

Préparée minutieusement et présentée d'une façon originale par M. R. Marguerite, la démonstration était divisée en plusieurs phases, ce qui permettait aux auditeurs d'apprécier avec rapidité une technique qui, pour beaucoup d'entre eux, était toute nouvelle.

A une première table, *M<sup>lle</sup> Engel* démontrait sur patient la prise d'articulé et le repérage rapide de la ligne d'occlusion grâce à l'emploi de l'« Arc facial de R. Marguerite ».

A une deuxième table, *M. Saupiquet* nous faisait voir le montage de modèles sur la Stabilocclusion avec le nouveau « porte-modèles » qui simplifie notablement le travail du laboratoire.

Avec *M. Kelly*, nous apprenons la façon de prendre les repères et de déterminer par un tracé sur la calotte sphéroïdale la forme et la grandeur de l'arcade.

A la table suivante, *M. Bataille* nous fait assister au montage rapide et vraiment automatique de surfaces articulaires.

Les appareils terminés sont ensuite présentés par *M<sup>lle</sup> Deschamps*.

Pour le montage des appareils partiels, *M. Richard* par une démonstration très intéressante et très claire fit comprendre tout le parti que l'on peut tirer du Stabiloccluseur.

*M. G. Villain* ou *M. Marguerite*, après un exposé, présentaient des moulages permettant de comparer les résultats des différentes méthodes de montage employées à ce jour.

En plus, toutes ces démonstrations étaient faites indistinctement en français et en anglais, et un interprète allemand était à la disposition de tous, à la satisfaction des nombreux auditeurs étrangers.

## EXPOSITION JAPONAISE

### COLLÈGE DENTAIRE DE TOKYO

#### *Dentisterie opératoire.*

Modèles de cire pour comparer divers cas de pyorrhée alvéolaire avant et après traitement.

Modèles de cire montrant la technique du traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Radiogrammes avant et après traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Photographies montrant la technique du traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Série d'instruments de Nishinoura pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire : racloirs, poire à eau, poire, tablette à médicaments, applicateurs.

#### *Chirurgie.*

I. — Modèles de cire montrant la technique de diverses opérations chirurgicales.

Technique de l'extraction de 3<sup>mes</sup> molaires inférieures incluses.

Préparation chirurgicale pour dentiers à plaque.

Opération de kyste.

Opération pour fermer la perforation dans le sinus maxillaire.

II. — Modèles de cire représentant diverses maladies buccales.

Péricémentite purulente chronique (péricoronarite). Mélanosarcomes.



Adamantinomes. Tumeur mixte. Gingivite hypertrophique. Endothéliome. Kyste dermoïde sublingual. Carcinome. Hypertrophie de la gencive. Eléphantiasis de la gencive. Hyperplasie osseuse ou exostose. Dents géminées. Dent surnuméraire, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> bicuspides. Exophtalmie. Eruption anormale. Abscès sous-muqueux. Abscès creusant et absès buccal sous-cutané causés par une périostite purulente chronique. Abscès sous-muqueux causé par la pyorrhée alvéolaire. Granulome sous-cutané buccal supérieur causé par son absès alvéolaire chronique de 6<sup>e</sup>. Gingivite bismuthique. Epulis fibreuse du



maxillaire inférieur. Fibrome sur la membrane muqueuse de la joue. Fibrocétéome. Empoisonnement par le Salvarsan (stomatite Salvarsan). Ostéite chronique hypertrophique. Endothéliome.

III. — Instruments pour opérations buccales chirurgicales (Type du Collège dentaire de Tokyo, imaginés et modifiés par le Dr Endo).

Bistouris. Longues aiguilles pour l'injection sous-muqueuse et pour ponction dans les absès péri-amygdaliens. Aiguille à jointure métallique pour injection sous-muqueuse. Élévateur gouge. Aiguille à suture. Dissecteur émoussé pour opération kystique. Dissecteur émoussé ou élévateur périostique. Davier rongeur pour alvéolectomie. Davier d'extraction pour 3<sup>e</sup> molaire inférieure. Essayeur de vitalité Endo.

#### *Prothèse.*

Masticateur Yasaki et son mode d'emploi en huit pièces. Dentiers unilatéraux, 48 modèles classés en quatre boîtes.

#### *Orthodontie.*

Huit appareils d'orthodontie pour malocclusion. Douze appareils de prothèse pour fissure du palais. Appareils préventifs pour défiguration après résection de la mandibule.

*Microscopie.*

784 photographies microscopiques de pathologie et d'histologie dentaire.

*Divers.*

Douze photographies du Collège dentaire de Tokyo et de son installation.

*Livres.*

Vingt-quatre exemplaires du journal *Shikwa Gakkuho*.

Prothèse des dentiers partiels, du Prof. Yasaki.

Orthodontie moderne, du Prof. Enomoto.

Diagnostic chirurgical de la bouche, du Prof. Endo.

## ASSOCIATION DENTAIRE JAPONAISE

La législation dentaire du Japon.

Service dentaire de l'assurance-maladie.

Association dentaire.

Enseignement dentaire.

Société d'odontologie.

Périodiques dentaires.

Répartition des dentistes.

Journée de la prévention des dents cariées.

Hygiène dentaire scolaire.

Services dentaires dans l'armée et la marine.

## EXPOSITION SUISSE

L'Exposition suisse, faite sous la haute direction de M. le Prof. Oscar Müller, occupait une place très importante.

De nombreuses pièces photomicrographies, photos en couleurs, etc., ont bien mis en valeur la haute valeur professionnelle de nos excellents voisins.

L'Exposition suisse a fait le plus grand honneur à ses organisateurs.

## EXPOSITION TCHÉCOSLOVAQUE

L'exposition du Prof. Dr Jean Jesensky, chef de la Clinique dentaire de l'Université Karlovy, de Prague, présente en diapositifs illuminés des anomalies dentaires différentes, créées par la production anormale de l'épithélium dentaire :

Des amélobomes superficiels sur les racines, des formes différentes du tissu améloïde, des enfoncements de l'émail coronaire dans l'intérieur des dents, ensuite des dents surnuméraires rudimentaires, des dents fusionnées compliquées, des formes différentes d'odontomes, des adamantinomes, etc...

Les formes macroscopiques de toutes les anomalies et leur structure microscopique sont illustrées par des photographies, des microphotographies et des skiagrammes.

L'évolution de toutes les anomalies est expliquée spécialement par le texte joint et des images schématiques.

L'exposition des images est rendue complète par l'exposition des préparations macroscopiques.

## EXPOSITION PÉDAGOGIQUE

*Commissaire.* — M. E. FOURQUET, Président de la Section d'Enseignement dentaire (XV<sup>e</sup> Section).

*Secrétaire.* — M. A. AMOEDO.

Vingt-deux Universités, Facultés ou Ecoles Dentaires de dix pays différents (1) ont répondu à l'appel du Comité d'Organisation du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International pour exposer soit leurs méthodes pédagogiques, soit les plans ou maquettes de leurs Écoles, soit des appareils nouveaux pour l'enseignement des jeunes générations.

La Grande-Bretagne était représentée par quatre Écoles :

*Guy's Hospital Medical School Dental Department, London.*

*University of Liverpool Dental School.*

*Edinburgh Dental School.*

*Birmingham Dental School.*

Les *Ecoles d'Edinburgh* et de *Liverpool* nous ont montré l'organisation de leurs institutions, la façon dont les travaux des étudiants sont annotés, de même que des spécimens des travaux de ces derniers.

L'*Ecole du Guy's Hospital* de Londres nous a montré toute une série d'études bactériologiques sur des cultures de pathologie dentaire très intéressantes.

L'*Ecole de Birmingham* a exposé des travaux exécutés par ses étudiants.



M. FOURQUET, président.

(1) Grande-Bretagne. ....	<i>Guy's Hospital Medical School Dental Department London.</i> <i>University of Liverpool Dental School.</i> <i>Edinburgh Dental School.</i> <i>Birmingham Dental School.</i>
Belgique.....	<i>Ecole Dentaire Belge.</i>
Canada.....	<i>Faculté Dentaire de l'Université de Montréal.</i>
Chili.....	<i>Escuela Dental de la Universidad de Santiago.</i> <i>Escuela Dental de la Universidad de Concepcion.</i>
Danemark .....	<i>Ecole Dentaire Danoise.</i>
Espagne.....	<i>Escuela Dental de la Universidad de Madrid.</i>
États-Unis d'Amérique	<i>University of Pennsylvania Dental School.</i> <i>Harvard University Dental School.</i> <i>Columbia University Dental School.</i> <i>Chicago College of Dental Surgery.</i> <i>Medical College of Virginia Dental School.</i> <i>American University Dental School of Beirut, Syria.</i>
France.....	<i>Ecole Dentaire de Paris.</i> <i>Ecole Odontotechnique de Paris.</i> <i>Ecole Dentaire de Lyon.</i>
Japon .....	<i>Tokyo Dental College.</i> <i>Nippon Dental College.</i>
Norvège.....	<i>Ecole Dentaire Supérieure Norvégienne d'Oslo.</i>



La jeune *Ecole Dentaire Belge* y a tenu très avantageusement son rang et a exposé, entre autres, toute une série de moulages exécutés par les étudiants, ainsi que les photos de ses différentes salles de clinique, que nos confrères français ont pu maintes fois visiter au cours des Journées Médicales de Bruxelles.

Le Doyen de la *Faculté Dentaire de l'Université de Montréal*, le Dr E. Dubeau, nous a émerveillés par son exposition des plans et des photos de la maquette de la future Université de Montréal (Canada) où deux énormes édifices similaires se font pendant, l'un destiné à la Faculté de Médecine et l'autre à la Faculté Dentaire. Le budget pour la construction de l'Université dépasse 10 millions de dollars. Le Professeur Dubeau nous a montré, par une très belle collection de dessins exécutés par les étudiants, l'importance qu'il attache à l'étude du dessin et à la formation artistique de ses jeunes étudiants.

Le Chili a envoyé les photos de deux de ses Écoles: celle de la Capitale Santiago, qui porte maintenant le nom de son fondateur *Escuela Dental Valensuela Bastarica*, et l'autre la *Escuela Dental de la Universidad de Concepcion*, qui par son installation ultra-moderne et la compréhension de son programme scientifique tend à occuper le premier rang parmi les Écoles dentaires de l'Amérique du Sud.

L'*Ecole Dentaire Danoise* a fait construire un articulateur anatomique (10 fois un articulateur ordinaire) qui démontre, au moyen de contacts électriques, la coordination qu'il y a entre l'inclinaison condylienne, la relation des arcades dentaires et la position des dents.

La *Escuela Dental de la Universidad de Madrid* a envoyé les photos de son nouvel édifice qui est construit au centre de la Cité Universitaire.

Six grandes Écoles ont représenté dignement les États-Unis d'Amérique :

*University of Pennsylvania Thomas Evans Dental Institute, Philadelphie.*

*Harvard University Dental School, Boston.*

*Columbia University Dental School, New-York.*

*Chicago College of Dental Surgery, Chicago.*

*Medical College of Virginia Dental School, Richmond.*

*American University Dental School of Beirut, Syrie.*

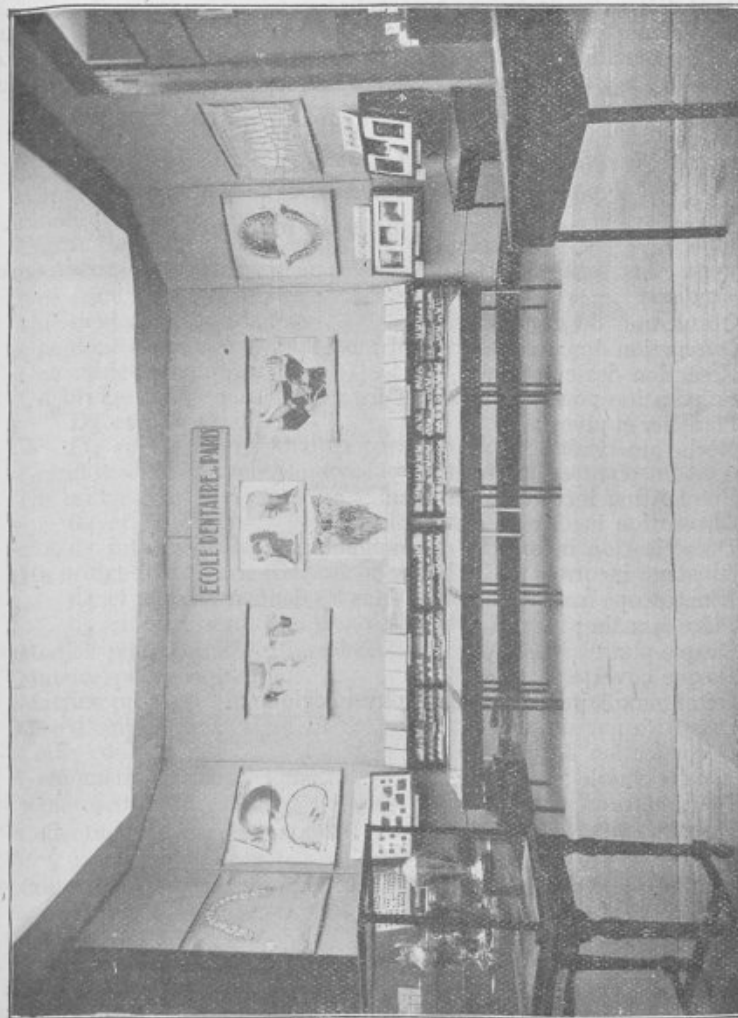
Les *Ecoles de Pennsylvania, de Harvard* et le *Chicago College*, nous ont présenté les résultats des travaux scientifiques très poussés qui sont faits dans leurs laboratoires, en particulier sur la pathologie de la pulpe, le traitement des canaux, la carie dentaire et la pathologie buccale spécialement le bec-de-lièvre.

De plus, *Pennsylvania* et *Columbia* nous ont montré les livres et les instruments qu'elles exigent de leurs étudiants pendant leur scolarité.

Le *Medical College of Virginia* a exposé sa manière de faire exécuter automatiquement des dents en plâtre (10 fois grandeur naturelle) par les étudiants pour servir de modèles et aussi pour apprendre à préparer les cavités. Il a également présenté une série de modèles d'édentés sur lesquels sont inscrits les insertions musculaires et les points délicats utiles à connaître pour la prise d'empreinte et la confection d'un dentier complet.

Enfin, dans un pays de mandat français, en Syrie, une jeune École Américaine, l'*American University Dental School of Beirut*, forme des dentistes dans un cadre digne de ses aînées.

La France était représentée par ses trois Ecoles reconnues d'Utilité Publique :



Exposition pédagogique de l'Ecole Dentaire de Paris

*Ecole Dentaire de Paris.*  
*Ecole Odontotechnique de Paris.*  
*Ecole Dentaire de Lyon.*

L'Ecole Dentaire de Paris a exposé la très intéressante collection de moulages pour l'enseignement des couronnes et travaux à pont, ainsi que de la céramique dentaire.

Par la présentation de très nombreux travaux d'étudiants et des résultats d'un concours de sculptage artistique, institué à propos du Congrès, elle a montré qu'elle avait su former une pléiade de futurs confrères, qui promettent d'être des praticiens accomplis.

Enfin elle nous a permis d'admirer toute une série de tableaux muraux pour l'enseignement de l'anatomie générale et la morphologie dentaire, de même que des agrandissements radiographiques et d'anatomo-pathologie parfaits.

*Collection de modèles d'enseignement de M. P. HOUSSET,  
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.*

(Une centaine de pièces au minimum)

Couronnes et bridges fixes (Modèles macroscopiques, grossissement 10 fois environ).

- 1° Obturation du canal ;
- Obturation du canal pour pivot ;
- Réséction des couronnes
- Préparation pour pivot radiculaire ;
- Plancher et pivot ;
- Mèche américaine ;
- Axes du pivot et du canal ;
- Préparation incorrecte du canal ;
- Obturation incorrecte du canal ;
- Décortication incorrecte du moignon ;
- Ajustage incorrect de la bague ;
- Kinétoscope (calcul des forces dans les dents à tenon) ;
- Pièce à main ;
- Disque plat ;
- Disque cuvette ;
- Hémi-maxillaire pour bridge physiologique ;
- Décortication incorrecte ;
- Décortication de molaire ;
- Face occlusale ;
- Dentimètre et périmètre ;
- Anneau avant le brasage ;
- Anneau brasé ;
- Bague Richmond ;
- Lime ;
- Plancher ;
- Base de couronne ;
- Décortication 1/2 bague ;
- Décortication Richmond ;
- Richmond à deux versants ;
- Préparation du moignon ;
- Fraise d'Ottolengui ;
- Racine préparée pour Richmond ;
- Bague de Richmond ajustée ;
- Bague de Richmond découpée ;
- Plancher ;
- Bague et plancher ;



- Coiffe de Richmond ;
- Base de Richmond ;
- Racine préparée pour 1/2 bague ;
- Bague dite 1/2 bague ;
- Coiffe pour 1/2 bague ;
- Face porcelaine à glissière ;
- Glissière et plaque de renfort ;
- Porcelaine ajustée ;
- Appui lingual de la porcelaine ;
- Dent à crampons ;
- Dent préparée ;
- Appui lingual coulé ;
- Bague de couronne pilier ;
- Poutre de résistance de bridge physiologique.
- 2<sup>o</sup> Grand modèle, maxillaire supérieur comportant :
  - Une dent à tenon simple ;
  - Une dent à tenon à bague ;
  - Une dent à tenon à 1/2 bague ;
  - Une coiffe métallique ;
  - Un bridge fixe à encastrement bilatéral :
    - D3 et D6 piliers ;
    - D4 et D5 intermédiaires porcelaine à crampons.
  - Grand modèle en occlusion avec le précédent et comportant :
    - Un bridge fixe physiologique :
      - d4 et d6 piliers ;
      - d5 intermédiaire métallique.
    - Un bridge fixe à encastrement bilatéral :
      - d4 et d7 piliers ;
      - d5 et d6 intermédiaires métalliques.
- 3<sup>o</sup> Modèle pour coiffe de Carmichael ;
  - Matrice pour empreinte ;
  - Matrice préparée ;
  - Cire d'empreinte et tiges en U ;
  - Coiffe coulée ;
  - Goniomètre et parallélogramme.
- 4<sup>o</sup> Kinétoscope du calcul des forces physiologiques.
- 5<sup>o</sup> Collection de grands modèles pour bridges amovibles (Bridge en extension de Peeso).
- 6<sup>o</sup> Collection de 7 grands modèles (Coiffes trois quarts et ancrages de Tinker).

L'Ecole Odontotechnique de Paris nous a montré qu'elle perfectionne tous les jours son matériel pédagogique pour rendre chaque fois plus clairs et plus attrayants à l'étudiant les premiers pas dans l'art dentaire.

En plus d'une profusion de tableaux muraux constituant l'illustration complète des cours théoriques et des différents services, ainsi que des séries de dents types en bronze d'aluminium, agrandies 5 fois et destinées à l'enseignement du dessin anatomique et du sculptage, elle a exposé une très belle collection de modèles, également agrandis, montrant les différents appareils d'orthodontie, les stades successifs dans la préparation des cavités et dans la construction des dentiers complets et des couronnes et tra-

vaux à pont. L'Ecole a exposé également quatre tableaux comportant une série très importante de clichés radiographiques et de diapositifs de coupes anatomo-pathologiques. Enfin, comme nouveauté pédagogique, un appareil fantôme inédit de M. Marseillier, représentant les deux maxillaires où l'inférieur est tenu en place par un jeu de ressorts représentant tous les muscles masticateurs, lesquels sont mis en action à l'aide de leviers, et permettant au professeur de démontrer pratiquement aux élèves la physiolo-



Appareil fantôme Marseillier.

gie de la mastication, ainsi que le fonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire

L'Ecole Dentaire de Lyon a exposé la maquette de son nouvel édifice qui peut servir de modèle à beaucoup d'Ecoles plus importantes. Mais la pièce principale de l'Exposition Pédagogique Française a été, avec l'appareil de M. Marseillier, indiqué plus haut, le fantôme de M. Raton, de l'Ecole Dentaire de Lyon. L'enveloppe cranio-faciale de ce fantôme est faite en matière plastique (pâte du Dr Pont modifiée), ayant la même élasticité que les muscles des joues et des lèvres. Un crâne en carton-pâte en forme le squelette, une rotule articulée maintient ce fantôme sur un mannequin que l'on place assis dans un fauteuil dentaire, et pouvant prendre toutes les positions habituelles du patient. Des arcades dentaires interchangeables peuvent être placées sur les maxillaires. Le professeur place

sur les arcades le jeu des dents qu'il veut et peut ainsi enseigner aux étudiants toutes les opérations buccales et dentaires, ces opérations pouvant être faites autant de fois qu'il le désire et ensuite être répétées par les étudiants eux-mêmes.

Le Japon, avec le *Tokyo Dental College* et le *Nippon Dental College*, nous a montré que les études dentaires en Extrême-Orient sont très poussées et qu'il possède de grandioses institutions très bien outillées.



Appareil fantôme de M. Raton.

Le *Tokyo Dental College* a exposé une série très complète de moulages en cire de pathologie buccale que beaucoup d'Ecoles américaines ou européennes seraient très heureuses de posséder.

Le *Nippon Dental College* nous a montré un nouvel articulateur et une technique particulière pour monter les dentiers complets.

Enfin, l'*Ecole Dentaire Supérieure Norvégienne d'Oslo* a exposé des travaux d'étudiants très bien exécutés et un plan d'étude très clair et pratique.

(A suivre).

---



## REVUE DES REVUES

---

### LA RÉIMPLANTATION : TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le Dr GERLACH,

Dr Méd. Dent. et Dr Ing. de l'Institut Dentaire de l'Université de Kiel.

Le domaine des indications de la réimplantation, comme méthode de conservation, s'est extraordinairement élargi ces temps derniers.

La connaissance de l'importance de la dent prise seule dans le système dentaire n'y a pas seulement contribué, mais aussi les différentes publications sur ce sujet, qui l'ont traitée sous des points de vue divers. Sans aucun doute, la réimplantation est devenue une méthode de traitement à technique courante et elle n'est plus un facteur de complications, comme autrefois. Quand l'alvéole de la dent réimplantée est complètement intact dans son pourtour osseux assurant une parfaite contention mécanique de l'organe réimplanté, permettant une régénération de l'os, on est en droit d'espérer une complète guérison. Mais sur une dent pyorrhéique, où l'alvéole est plus ou moins atrophiée, la réimplantation apparaît en premier lieu contre-indiquée et le bien-fondé de cette manière de voir nous échappe.

Nemtzoglou avait antérieurement donné des explications pour la réimplantation d'une dent pyorrhéique dont le ligament alvéolaire atteint permettait une aggravation de la maladie. L'auteur décrit brièvement un cas semblable, prit des radiographies, posait la question pour savoir si la réimplantation, en tant que mesure de traitement pour les dents mobiles par la pyorrhée, ne provoquait par une guérison par formation osseuse, comme le prouvait l'évaluation de la force masticatoire d'après Haber.

Sur des dents pyorrhéiques il faut avoir un point de repère sur les origines de la maladie (pyorrhée par surcharge) et avoir possibilité de surélever l'articulation pour que la dent réimplantée ne reste pas soumise aux mêmes facteurs antérieurs qui agissant ensemble provoquent la Pyorrhée. Il existe expérimentalement des paradentoses par traumatismes, de diagnostic facile en étudiant l'articulation dentaire et ses rapports.

Comme il a été mentionné, les facteurs statiques et dynamiques jouent un rôle plus ou moins important dans la contention de la réimplantation, aussi quand elles sont pratiquées dans un milieu pyorrhéique une surélévation de l'articulé défectueux doit être conduite parallèlement.

Voici l'observation d'une réimplantation pratiquée il y a deux ans, en pleine activité pyorrhéique :

M<sup>me</sup> K..., âgée de 42 ans, finnoise de naissance, vient le 4 janvier 1930 pour se faire traiter ; elle présente une mobilité des dents antérieures avec une sup-

puration au niveau de l'incisive latérale inférieure droite, provoquant une inflammation gingivale au niveau de piliers de bridge. La malade ne peut donner aucun renseignement sur ses maladies infantiles ; elle ne présente aucune lésion spécifique. Constitution du corps faible, se plaint de nervosité et de manque d'appétit. Pas d'hystérie. A l'examen du profil la partie rentrante du menton est affaissée, les commissures sont tombantes et nettement marquées dans le plan frontal, présentant ainsi un prognathisme qui se vérifie lors de l'examen de l'occlusion. Les dents antérieures supérieures recouvrent fortement les dents inférieures et mordent sur le bord gingival. Les dents sont saines, d'un blanc jaunâtre et robustes. Il existe un petit diasthème entre 11 et 12. L'articulation n'est pas complète, car des bridges ont été enlevés. Voici le schéma :

8 - 6-4321		123- - - 7 8
- - -54321		1234 - - - -

11 est très fortement mobile et la force masticatoire est 0,1 au dynamomètre de Haber + 8 kg.

Par suite de troubles masticatoires l'extraction est décidée. La dent de son côté labial est recouverte d'une languette gingivale mobile, du côté palatin la gencive est confluite, épaisse, de coloration bleuâtre, la pression fait sourdre du pus et des sécrétions. Une radiographie est prise le 24 janvier, qui montre une atrophie de la paroi alvéolaire très frappante à ce niveau.

L'antagoniste au maxillaire inférieur est plus mobile que la plupart des autres dents, la gencive est à ce niveau rétractée au collet et, à ce niveau, il sort régulièrement un pus jaunâtre. Il y existe une destruction du septum, mésial dans son tiers supérieur. Sur les dents antérieures on constate des surfaces articulaires, ainsi qu'au niveau des cuspides buccaux des prémolaires. La patiente se plaint de la sensibilité de ses dents quand celles-ci se rencontrent, et de grincements de dents.

Le diagnostic est le suivant : paradentose par rupture d'équilibre articulaire par suite de perte de dents, sans que la question de terrain entre en jeu.

*Traitement.* — Tous les moyens thérapeutiques : curetage, badigeonnages médicamenteux ; injections d'après les prescriptions de Schaecter, de Moscou, restent sans résultats, la suppuration n'est pas tarie. Le traitement consistait en une surélévation de l'articulation, et concurremment en une réimplantation de l'incisive latérale supérieure avec modification de l'articulation.

La réimplantation devant provoquer une excitation des tissus osseux de nouvelle formation osseuse, Römer s'est occupé un des premiers des suites opératoires des réimplantations. Munzesheimer signale les résultats satisfaisants du traitement chirurgical et de l'excitation des tissus aidant la guérison.

Pour Adrien, la pulpectomie, comme traitement de la paradentose n'est pas indiquée, la mobilité de la dent ayant comme origine les lésions des tissus périapexiens.

Sitôt la réimplantation, il se produit un processus de régénération, qui se traduit par une légère inflammation. Il ne faut pas considérer cette inflammation comme une réaction due à la fonction de certaines cellules et de certains tissus. L'hyperhémie commande l'emploi de la lampe Sollux, et la limitation de l'emploi d'adrénaline dans le temps opératoire évitant ainsi un travail cellulaire contre-indiqué non nécessaire.

Après l'opération, suivre exactement ces indications qui éviteront la formation des culs-de-sac gingivaux principalement au niveau des incisives inférieures et la non consolidation des dents du bloc incisif.

5 Février 1930 : Réimplantation. Avant une empreinte au plâtre permet la confection d'une gouttière métallique allant de [3 jusqu'à 3]. Une surélévation n'était pas utile, en raison de l'absence des molaires, la gouttière des dents frontales devant être alors très mince.

Sous anesthésie locale, novocaïne à faible teneur d'adrénaline, l'extraction fut pratiquée sans lésions dentaires et la dent extraite placée immédiatement dans une solution chaude de Ringer ; la racine fut entourée d'une bande de gaze, l'extrémité trempant dans la solution. La dent fut trépanée, la pulpe extirpée, le canal obturé par une pâte stérile à base d'argent, sa lumière fermée par un bâtonnet d'ivoire. L'orifice de trépanation obturé au ciment, la dent fut replacée dans une solution de Ringer. Pendant ce temps l'alvéole était nettoyé à l'aide de la curette et débarrassé d'un granulome, lavé à l'aide de la solution isotonique de Ringer sans l'adjonction d'aucun antiseptique. La dent fut réimplantée, la gouttière placée, exposition pendant 20 minutes à la lampe Sollux.

6 Février : La patiente ne ressentit aucune douleur. La gencive avoisinant la réimplantation est rouge et légèrement gonflée : Rayons de lampe Sollux.

10 Février : La gencive paraît saine, aucune douleur. Rayons de lampe Sollux.

13 Février 1930 : La gouttière est enlevée à titre d'essai. La gencive est très adhérente au niveau du collet et maintient bien la dent. Douleur à percussion verticale. A partir du 25 février je prescris une cure de Vigantol et du calcium Sandoz (1). La patiente se trouve mieux et recouvre l'appétit.

27 Mars 1930 : Contrôle radiographique. La gouttière métallique est remplacée par une gouttière en celluloïde. La dent est encore sensible dans l'articulation bout à bout. Force masticatoire : 2 kg. + 10 kg. Prescription de Vigantol avec pauses de 8 jours.

25 Mai 1930 : Sur le contrôle radiographique on remarque une régénération osseuse atteignant le rebord alvéolaire.

Cliniquement parlant la dent est consolidée.

Force masticatoire : 4 kg. + 10 kg.

20 Juin 1930 : Suppuration. Pendant ce temps l'articulation avait été surélevée. La suppuration au niveau de [2 était disparue et la gencive enserrait le collet de la dent. Cependant la patiente ne se hasardait pas à mastiquer par suite de la sensation douloureuse au choc vertical. Du Vigantol et du Calcium Sandoz, sont prescrits, tout en présumant une certaine auto-suggestion de la part de la malade.

20 Août 1930 : Nouveau contrôle radiographique. En comparaison avec les autres clichés on constate que la régénération est encore plus active. Dès lors selon la méthode de Haber sur la mesure de la force masticatoire, va être notre guide et elle donne les mesures suivantes : 10 kg. + 12 kg.

La dent réimplantée est maintenant apte à assurer son rôle masticatoire, les autres dents sont maintenant consolidées, et il n'existe plus ni de culs-de-sac gingivaux, ni d'inflammation. Partant en voyage je ne puis suivre la patiente qui, cependant, me tint au courant par lettre. Ayant un nouveau contrôle radiographique elle me répondit, le 12 novembre 1931, que ne souffrant nullement elle ne s'était pas fait prendre de radio et que la dent réimplantée était plus solide que les autres.

Jean RIVET.

(*Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, 5-1-32).

(1) Calcium Sandoz : médication calcique contenant 9 % de Ca-Vigantol : médication riche en vitamines D, obtenue par l'irradiation de l'ergostérine (Note du traducteur).



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 7 juin 1932*

PRÉSIDENCE DE M. LUBETZKI

La séance est ouverte à 21 heures.

#### I. — CORRESPONDANCE

*M. le Président.* — Nous avons reçu la lettre dont la traduction suit, adressée à la Société d'Odontologie par le Centre d'Odontologie de l'Uruguay :

*Centre d'Odontologie de l'Uruguay, yî 1460, Montevideo*

*12 mai 1932*

*à Monsieur le Président de la Société d'Odontologie de Paris.*

Distingué Président,

Le Centre d'Odontologie de l'Uruguay, sur la proposition d'un de ses membres, le Dr Mario Mier Velazquez, s'adresse à la Société que vous présidez pour lui exprimer les sentiments qu'a provoqués chez lui la mort du Président de la République sœur, M. Doumer.

L'Uruguay admire profondément le patriotisme du peuple français et il éprouve la sensation que, au moment où un fait contraire aux lois suprêmes de la nature arrache la vie à son premier magistrat, il doit se sentir blessé jusqu'aux fibres les plus nobles de son cœur.

Comme un hommage à ce sentiment élevé commun, dont la presse de tous les pays du monde s'est faite l'écho, le Centre d'Odontologie de l'Uruguay croit remplir un devoir sacré de solidarité en transmettant à une Société française analogue ses douloureux sentiments, basés sur une affection tendre.

Veuillez, Monsieur le Président, accepter l'assurance de notre haute considération.

ALBERTO CATALDO DE LISA,  
*Secrétaire.*

HECTOR DAMONTE,  
*Président.*

*M. le Président.* — Nous sommes profondément touchés de la sympathie que veulent bien nous exprimer nos confrères uruguayens et le Bureau remerciera le Centre d'Odontologie de l'Uruguay de ses sentiments de bonne confraternité et de cordialité pour la France à l'occasion de l'assassinat du Président de la République.

#### II. — SIGNIFICATION BIOLOGIQUE DU GRANULOME APICAL, par M. le Dr P. BERNARD

*M. le Dr Bernard* donne lecture de sa communication (*sera publiée*).

#### *Discussion*

*M. le Dr Roy.* — J'ai été très intéressé par la communication de M. Ber-

nard et je voudrais à l'occasion de celle-ci vous présenter quelques observations au sujet des granulomes et de leur guérison.

Je ne m'étendrai pas sur le procédé thérapeutique dont M. Bernard vient, par son travail, de nous montrer les effets fâcheux, car je considère ce procédé comme une hérésie et une chose extrêmement dangereuse, et je m'en tiendrai au traitement du granulome lui-même.

Le granulome est une formation inflammatoire ; cependant pour M. Delater, il serait le premier stade du kyste paradentaire. Je ne suis pas histologue et je me garderai bien de me prononcer sur ce point ; je puis dire cependant au point de vue clinique que si cela est exact, il me semble que, dans la transformation néoplasique de ce bourgeon inflammatoire, il intervient un facteur personnel particulier qui, seul, peut expliquer comment une production inflammatoire banale, qui se rencontre chez des quantités d'individus où elle reste inflammatoire, va se transformer en une production néoplasique qui est susceptible de prendre un développement considérable comme je vous en ai maintes fois montré des exemples.

Il y a peut-être identité d'origine dans le processus initial ; mais il y a, par contre, une différence fondamentale de nature entre le granulome et le kyste. Le premier se comporte comme une production inflammatoire tandis que le kyste est une production néoplasique et se comporte comme tel.

Il résulte de cette différence de nature de ces deux processus une différence profonde de traitement. Alors que la guérison du kyste est impossible sans une intervention chirurgicale qui enlèvera la totalité de la paroi kystique, le granulome, lui, est susceptible de guérir par les seules réactions cellulaires du péri-apex lorsque l'infection pulpaire qui l'a produit a disparu. Cependant, il ne faut pas pour cela que ce granulome soit devenu une masse sphacélée, comme M. Bernard vient de nous montrer la formation par un traitement formolé intensif.

Je dois dire à ce sujet que si j'emploie avec avantage le formol dans la désinfection des canaux radiculaires, je considère son action dans la région péri-apicale comme fâcheuse et je l'évite toujours. Il ne faut pas employer d'agents médicamenteux susceptibles de produire la nécrose dans cette région.

Un kyste donc n'est pas susceptible de guérir sans intervention chirurgicale. C'est un fait qui doit être posé en principe, parce que le kyste, organisé avec une membrane sécrétante, se comporte comme une glande dont le canal excréteur serait bouché et qui sécrète du liquide kystique tant que cette membrane glandulaire n'est pas extirpée dans sa totalité.

Le granulome, au contraire, représente une formation inflammatoire qui est susceptible de guérir après une suppression de la cause qui l'a provoquée, c'est-à-dire l'infection radiculaire.

Lorsqu'un canal radiculaire est désinfecté, obturé et qu'il n'est plus du tout un foyer générateur de micro-organismes, on voit fréquemment les granulomes disparaître par résorption, ce que l'on peut contrôler par la radiographie. La désinfection des canaux et la désinfection de la région périapicale sont, en effet, deux choses tout à fait différentes.

Dans le canal on est en présence d'une région à parois inertes qui, comme l'a signalé Bernard tout à l'heure, ne réagissent pas. Il y a des micro-organismes dans ce canal ; il y a des micro-organismes dans l'épaisseur des parois ; mais ces micro-organismes sont là dans une matière organique qui n'est plus vivante et qui ne possède aucune réaction biologique.

Au contraire, l'infection, dans la région péri-apicale rencontre un milieu cellulaire vivant dont les réactions biologiques peuvent conduire à l'inflammation, mais aussi à la guérison par l'action cellulaire de défense, bien connue en biologie.

Pour détruire les micro-organismes dans le canal, nous n'avons pas à compter sur les réactions cellulaires et la désinfection se fait là comme dans un milieu inerte, comme on le ferait, en quelque sorte, dans une expérience de laboratoire dans un conduit inerte. Il y a lieu, toutefois, de tenir compte de la constitution organique spéciale de ce conduit et du fait capital qu'il est ouvert sur une zone vivante la région apicale où nos interventions thérapeutiques sont susceptibles de retentir. la source d'infection étant tarie, et si les éléments cellulaires du péri-apex ont une vitalité convenable, le granulome est susceptible de se résorber par les seules réactions cellulaires à la condition toutefois qu'il ne soit pas réduit à l'état d'une masse sphacélée, comme celle que Bernard nous a représentée tout à l'heure dans la communication, car la résorption par voie cellulaire d'une masse gangrénée ne me paraît pas possible.

Dans des conditions favorables donc, les éléments inflammatoires se trouveront résorbés, digérés par les éléments cellulaires sains qui les détruiront et qui constitueront une masse fibreuse pouvant reprendre une constitution osseuse, ainsi que le montrent les radiographies.

Ce sont là des réactions biologiques qu'il est très important de connaître, car elles expliquent la possibilité de guérison spontanée du granulome, sans intervention chirurgicale, contrairement à ce qui se produit pour le kyste où, même après disparition de la cause infectieuse provocatrice, cette guérison spontanée n'est pas possible.

*M. Lentulo.* — Malgré ce qui vient d'être dit, je voudrais essayer de défendre le formol.

Il y a, par exemple, deux faits qui peuvent survenir après l'obturation d'un canal et le dépassement de pâte au delà de l'apex.

Ainsi, si une certaine portion de pâte antiseptique formolée dépasse le canal après l'obturation d'une dent dépulée thérapeutiquement, c'est-à-dire d'une dent qui ne présente pas de lésion péri-apicale, la conséquence douloureuse ne se fait pas attendre. Quelques heures après, une réaction se produit, elle est presque de règle et généralement disparaît sans laisser de traces.

Or, quand il s'agit du canal d'une dent dépulée pathologiquement, qui a présenté des lésions péri-apicales, ce dépassement de pâte formolée, n'est, à peu près, jamais senti !

Je voudrais encore ajouter ceci : Il m'est arrivé de projeter, prématuré-



ment, de la pâte formolée dans un canal et voir celui-ci, à ma surprise, sortir par une fistule gingivale non guérie et laisser les choses exactement indolores, sans dégâts.

Je demande que les vues de l'esprit viennent m'expliquer ces phénomènes différents, observés en contradiction avec ce qui vient d'être dit.

D'autre part, quand on a guéri des lésions péri-apicales et que l'on procède à l'obturation d'un canal, il faut fixer le résultat et le fixer dans les années à venir. Or, nous avons à empêcher surtout des manifestations ultérieures de développement microbien. Nous éprouvons là une difficulté en ce que les moyens que nous employons pour cette assurance sont extrêmement limités par la masse, par la quantité de substances nécessairement minimes que nous faisons entrer en jeu en vue de cette conservation du résultat acquis.

Naturellement, je suis conduit à demander que cette masse demeure stable, bactéricide, antiseptique le plus longtemps possible, étant donné qu'il n'est pas douteux qu'avec le temps toutes ces substances médicamenteuses se transforment, se dénaturent.

On a proposé des pâtes complètement neutres dès leur introduction : je crois qu'on ne peut pas demander à cette méthode un résultat aussi assuré qu'avec des pâtes antiseptiques.

J'ai évidemment été impressionné aussi par les péchés que de toutes parts on impute au formol. C'est ainsi qu'après de nombreuses observations j'ai été amené à reconnaître, sans l'avoir positivement cherché, que l'introduction du thymol bi-iodé dans le mélange oxyde de zinc-trioxyméthylène-eugénol a un effet de résinification sur l'ensemble qui produit une sorte de blocage comme le dit le D<sup>r</sup> Bernard, blocage des vapeurs de formol, qui ne se dégagent plus que très lentement au point que les réactions douloureuses signalées il y a un instant ne sont plus observables en aucun cas quoique ce mélange antiseptique le demeure presque indéfiniment.

Pour ces raisons, je demande qu'avant de condamner le formol et le supprimer de notre arsenal il lui soit donné encore une petite place.

*M. Brochier.* — Je voudrais souligner dans l'exposé que nous a fait le D<sup>r</sup> Roy, le fait suivant :

Le granulome, dit-il, peut disparaître spontanément si la cause d'infection du canal a été supprimée.

Le D<sup>r</sup> Bernard, par ailleurs, tend à nous démontrer qu'il apparaît pratiquement impossible qu'un granulome puisse disparaître par un traitement au formol, puisque ce dernier a pour résultat d'amener la formation d'une zone abiotique, nécrotique, ne pouvant se défendre ni se résorber. Cependant peut-être avez-vous constaté qu'avec des traitements formoliques purs et simples appliqués dans certaines conditions, des guérisons ont pu se produire (régression de la zone granulomateuse visible sur des clichés radiographiques).

On en arrive à se dire alors ce qui suit : Si cette action formolique a pu amener une désinfection du canal, ce que personne ne conteste, comment se fait-il qu'elle ait pu en même temps permettre la disparition du granulome si les réactions sont celles qu'a indiquées le D<sup>r</sup> Bernard ? Autre-

ment dit, si un granulome a pu disparaître après le seul traitement du canal par le formol, comment cela se peut-il ?

Le Dr Roy répondrait : « par disparition du foyer initial d'infection ».

Mais que répondrait le Dr Bernard, puisque le formol aurait dû, selon lui, fixer au contraire le granulome et en empêcher la résorption ?

*M. Hulin.* — Peut-être pourrait-on trouver dans l'utilisation thérapeutique du formol la double raison de son activité et de sa nocivité. Il faut tenir compte de l'état biologique du milieu, le formol est un très bon antiseptique, mais il n'a pas un grand pouvoir de pénétration en milieu albumineux.

Il est évident que derrière une couche coagulée par le formol, la vie microbienne peut continuer. Je crois qu'il serait nécessaire d'obtenir des produits et surtout une technique opératoire dans le traitement du canal radiculaire qui évitent la formation d'acide formique.

Peut-être qu'en ajoutant certains corps stabilisants au formol, on pourrait lui conserver son caractère désinfectant tout en lui supprimant son caractère coagulant, parce que ces deux produits sont antagonistes.

*M. le Dr Rolland.* — Nous croyons qu'il serait bon de s'entendre sur la signification du mot « nécrose » qui me paraît être utilisé avec un sens différent suivant les auteurs.

Par nécrose, entend-on la fixation d'un tissu qui ne peut échapper à l'élimination par la suite, ou bien entend-on un tissu fixé par l'application d'un antiseptique, mais qui peut très bien ne pas être éliminé et suivi d'une réhabilitation cellulaire totale ?

En ce qui concerne l'action du formol que certains qualifient de nécrotique, il suffit de citer l'exemple du traitement des tumeurs blanches du carpe ou du tarse par la méthode de Morestin. Le Formol au tiers, injecté dans les tissus, fixe immédiatement et aseptise les foyers malades qui se sclérosent et sont ensuite réhabilités. Le fait de faire agir brutalement le formol sur des tissus n'implique donc pas leur nécrose et par conséquent leur mort définitive. Ces tissus pourront être parfaitement réhabilités.

Le formol n'est pas seul à se comporter de cette manière vis-à-vis des tissus. L'iode fixe les tissus, mais ne s'oppose pas non plus à leur réhabilitation.

On invoque à chaque instant la présence d'acide formique dans le formol : il faut reconnaître que lorsque le formol contient de l'acide formique, il n'en contient que des traces et il nous paraît exagéré d'accuser cette impureté de tous les méfaits du formol.

Par conséquent, nous croyons qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de l'emploi des antiseptiques fixateurs dans les tissus dentaires. Lorsque ces fixateurs sont employés à une forte dose de concentration, ils provoquent la formation d'une espèce de pellicule qui limite et modère leur action. Nageotte a greffé des nerfs fixés au formol, Magitot a fait des greffes de tendons extrêmement volumineux puisqu'elles représentent à peu près le quart du volume du globe oculaire, fixées également par le formol à 20 %

et qui ont été admirablement tolérées ; les muscles se sont fixés dessus, les cellules les ont pénétrées.

Je crois que ces exemples suffisent à démontrer qu'il ne faut pas s'effrayer de l'emploi du formol, même concentré.

*M. le Dr Roy.* — Je tiens à dire que ne me suis pas élevé contre l'emploi du formol. J'ai dit : j'emploie le formol pour la désinfection du canal. J'ai bien séparé la désinfection du canal de la désinfection du péri-apex ; je ne voudrais pas que l'on puisse croire que je suis opposé à l'emploi du formol ; au contraire c'est un des agents que j'emploie couramment pour la désinfection des canaux radiculaires.

*M. Hulin.* — J'ai dit la même chose que M. Roy pour l'emploi du formol, qui dans notre profession est très utile, et doit être malgré tout conservé.

Au sujet des greffes nerveuses, il faut faire un distinguo : les greffes fixées par le formol se réhabitent toujours quand le tissu est sain, non infecté.

Je n'ai pas dit que le formol pouvait contenir de l'acide formique, j'ai dit qu'il pouvait s'en former secondairement.

*M. le Dr Bernard.* — Je suis heureux que ma communication ait ouvert la voie à une discussion aussi ample.

Tout le monde a l'air de me prendre pour un ennemi du formol ; or, j'ai précisément insisté, dans une mise au point pour signaler que je n'étais pas un ennemi du formol, que je considérais que son emploi pouvait être utile au point de vue bactéricide pour la désinfection des canaux ; mais ce qui me paraît un contre-sens, c'est la méthode qui consiste à provoquer un dégagement permanent du formol en grande quantité dans le canal radiculaire non obturé.

Ceci dit, je vais répondre en particulier à mes argumentateurs.

Au sujet de la différence qui peut exister entre le kyste et le granulome, il y aurait lieu de faire une discussion très longue, je n'en ai pas parlé dans ma communication, je n'en parlerai donc pas non plus dans la discussion.

Lorsque je dis que le granulome ne peut être résorbé je parle, bien entendu, du granulome médicamenteux ; je crois avoir été assez précis sur ce point en consacrant la première partie de mon exposé au granulome simplement infecté, qui peut être résorbé même sans action thérapeutique.

Je vais encore préciser, au risque de reprendre une idée pour la troisième fois : un granulome peut se résorber même s'il a été traité au formol, même s'il a été « fixé » dans le sens des histologistes ; mais il ne se résorbera pas, tant que persistera dans le canal un dégagement formolé comme dans la technique que tous vous paraissez réprouver.

Dans le cas de greffes (nerveuses par exemple) conservées dans le formol, nous assistons à la régénérescence des fibres nerveuses qui vont habiter la greffe ; mais au moment où se fait cette invasion biotique dans la greffe, il y a longtemps que le formol a disparu ; et surtout, il n'y a pas, comme dans le canal radiculaire, un foyer bien protégé de dégagement permanent de formol.



M. Lentulo me demande l'explication de la différence d'action du formol dans un péri-apex sain et dans un granulome qui paraît bien plus tolérant. Je trouve les éléments de ma réponse dans mon exposé même : Lorsqu'une pâte formolée arrive dans un péri-apex sain, il y a contact du formol avec les tissus vivants, et l'action caustique de contact se manifeste, ainsi que je l'ai dit, par des signes cliniques. Par contre, une pâte formolée dans un granulome n'a aucun contact avec les tissus vivants, il n'y a donc aucune manifestation clinique et seule existe la manifestation biologique à distance que j'ai signalée. Dans le cas de M. Lentulo, d'ailleurs, cette manifestation biologique sera éphémère puisque son ingénieuse association avec l'aristol provoque une résinification qui bloque le dégagement formolé. La seule objection à cette pâte (objection que j'ai également signalée) est la suivante : tout comme l'action caustique, l'action antiseptique préventive des débris organiques sera éphémère, c'est pourquoi je tends à préférer, et j'étudie, une pâte qui n'aura aucune action biologique et qui possédera cependant un pouvoir préventif.

A M. Brochier je répondrai que l'auteur, dont je fais la critique, est formel : avec sa méthode on « ne refait pas d'os » et « la radio ne montre aucun changement ».

*M. Brochier.* — J'aurais pu apporter des radiographies d'essais pratiqués par moi de la méthode en question qui, à quelques années de différence, montraient un granulome qui avait rétrocedé en trois ans.

*M. le Dr Bernard.* — Je ne me contenterai pas de répondre que vous avez peut-être « l'exception qui confirme la règle », d'ailleurs je ne crois pas aux exceptions de ce genre, je crois plutôt au cas particulier d'une observation faite à 3 ans d'intervalle ; car s'il a fallu 3 ans pour observer une régénération osseuse, cela prouve qu'il y avait un sérieux obstacle à cette régénération qui s'effectue habituellement — sans formol — en trois mois !

Evidemment, un sérieux obstacle n'est pas un obstacle absolu ; or vous avez observé une rétrocession lente, mais réelle et cela suffit à votre objection. Cependant, si vous voulez une explication dans le cadre de mon exposé, je crois pouvoir dire que le formol introduit dans la chambre pulpaire a dû se diffuser et disparaître en partie, très lentement, aussi lentement que s'effectuait la régénération, et qu'au bout de trois ans la zone d'action tropique ne dépassait pas l'apex ; mais, encore une fois, il s'agit d'un cas favorable qui n'est pas dans l'ordre des faits observés par l'auteur de la méthode en question, qui ne constate — et ses dernières radios publiées sont formelles à ce sujet — aucune régression de la zone apicale.

Ces faits sont enfin en accord avec les constatations que j'ai faites sur les radios d'un auteur suisse qui me montrait les résultats d'obturation à la pâte formolée — ce qui est déjà une énorme supériorité sur la non-obturation de la méthode critiquée —. Les radios, après un an ou deux, montraient une rétrocession, mais qui n'était jamais intégrale : il persistait toujours une petite zone apicale décalcifiée ; le granulome microbien, si je puis dire, était devenu granulome médicamenteux abiotique, moins

étendu certes, mais toujours réel. Aussi réel est son danger ; c'est ce que dans ma communication j'ai voulu démontrer.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier le D<sup>r</sup> Bernard de sa brillante communication et surtout de l'intéressante discussion qu'elle a provoquée. Chaque fois qu'à la Société d'Odontologie on aborde la question des canaux, des granulomes, les discussions les plus intéressantes s'ouvrent dans l'intérêt de la profession. J'espère que le D<sup>r</sup> Bernard nous apportera des conclusions thérapeutiques après nous avoir apporté ses conclusions biologiques sur le granulome.

### III. — LES CARIES DENTAIRES EN PÉRIODE OBSTÉTRICALE,

par M. le Professeur VIGNES.

*M. le Président.* — M. le D<sup>r</sup> Vignes, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, a bien voulu nous honorer de sa présence ce soir et va nous faire une conférence. Je tiens à l'en remercier tout particulièrement.

*M. le Prof. Vignes* donne lecture de sa communication (*V. p.* 503).

#### *Discussion*

*M. le D<sup>r</sup> Pierre Rolland.* — Tout à l'heure, mon ami le D<sup>r</sup> Vignes a parlé de l'influence des vitamines sur la décalcification.

Au dernier Congrès Dentaire International, il a été communiqué un très bon travail qui m'avait frappé parce qu'il était extrêmement nourri de faits, et j'en ai relu dernièrement la traduction détaillée. Son auteur, Weston A. Price, y met en lumière l'influence des vitamines sur certains processus infectieux. Cet auteur a fait une enquête mondiale sur l'influence de ces vitamines.

On sait que les aliments sont plus riches en vitamines pendant certaines saisons : par exemple, les courbes de vitamines dans les huiles de foie de morue ou tout au moins dans les foies de morues eux-mêmes dépendent de l'époque à laquelle les morues sont pêchées et elles contiennent d'autant plus de vitamines que les algues dont elles se nourrissent en sont elles-mêmes plus riches.

Les vitamines ont l'habitude de diminuer dans les aliments pendant les mois d'hiver, d'octobre jusqu'à février-mars ; à partir du printemps, la richesse en vitamines devient de plus en plus grande et lorsque l'on soumet des malades au traitement avec des fruits ou des légumes verts, il est évident qu'on obtient de bien meilleurs résultats lorsque ces traitements sont effectués pendant les mois de l'année qui correspondent à une plus grande activité solaire.

Cet auteur a remarqué l'influence des vitamines dans certains processus de décalcification et sur divers phénomènes infectieux, dans la pneumonie, par exemple.

Quand les pneumonies se produisent à certains mois de l'année où les aliments sont moins riches en vitamines, elles paraissent avoir un caractère de gravité plus grande, dit l'auteur américain.

Les mêmes remarques découlent de ces statistiques en ce qui concerne la décalcification, la consolidation des fractures.

Je serais heureux de savoir si le Dr Vignes a observé, au point de vue des phénomènes de décalcification, des courbes qui peuvent correspondre aux mois où les vitamines sont plus abondantes et plus actives, c'est-à-dire dans les mois de l'année qui correspondent à une plus grande activité solaire.

*M. le Dr Roy.* — Je remercie beaucoup M. le Dr Vignes de la très intéressante conférence qu'il vient de faire et je puis lui dire que, de tout ce que j'ai déjà entendu, au sujet de la question de la carie et de la grossesse, c'est certainement ce qu'il nous a dit ce soir qui, de beaucoup, m'a le plus intéressé.

Je ne m'étendrai pas longuement sur la question et pour une raison que je vais lui dire, c'est que, depuis longtemps déjà, j'ai promis de publier à ce sujet une statistique que j'ai établie au cours d'une longue pratique et qui est extrêmement probante et que je regrette doublement ce soir de n'avoir pas encore publiée.

Je suis sûr qu'après la communication qu'il vient de nous faire, ce que je présenterai intéressera le Dr Vignes.

Je puis lui dire d'une façon formelle, d'après les constatations très nettes que j'ai faites, que la question des rapports de la carie dentaire et de la grossesse est un préjugé absolu. J'ai des documents précis, des faits probants et non pas des exceptions, des faits qui reposent sur une observation extrêmement prolongée qui m'ont permis de voir, de suivre des sujets depuis leur enfance jusqu'à leurs grossesses successives, et *pas une*, vous m'entendez bien, *pas une* de ces femmes que j'ai suivies depuis leur enfance jusqu'à une, deux, trois, quatre, cinq, six grossesses, *pas une* n'a vu modifié en quoi que ce soit le rythme du développement de ses caries.

Le préjugé qui dit : chaque enfant coûte une dent est absolument faux. Je ne m'étends pas davantage sur les faits ; je présenterai une statistique ; mais je vous l'indique en deux mots : voilà les faits sur lesquels je base cette affirmation formelle.

Ceci dit, j'ajouterai simplement quelques mots en ce qui concerne la question de la calcification et de la décalcification. J'ai déjà dit ici à maintes reprises, dans diverses discussions, qu'il était absolument erroné de faire une assimilation entre la calcification osseuse et la calcification dentaire. Ce sont deux processus absolument différents. Ce qui règle la calcification osseuse ne règle pas la calcification dentaire. Les dents sont formées aux dépens du feuillet externe du blastoderme, les os aux dépens du mésoderme.

Je répète ce soir ce que j'ai déjà dit : si la décalcification osseuse est possible, c'est que le squelette est soumis aux mutations générales de tout l'organisme animal qui fait qu'aucun de nous ne possède une cellule osseuse qu'il avait au moment de sa naissance.

Au contraire, nous possédons encore les sels calcaires que nous avons au moment où nos dents ont poussé, elles ne se sont pas transformées, tandis que les éléments minéraux osseux se sont renouvelés plusieurs fois depuis notre naissance.



Si vous pouvez concevoir la reprise des sels calcaires des os par l'intermédiaire de la circulation, j'avoue qu'on ne m'a pas encore expliqué la reprise des sels calcaires de la dent par la circulation, étant donné la circulation spéciale et particulière de la dent qui se fait par l'intermédiaire de la pulpe et du ciment.

Le ciment peut se décalcifier en raison de sa nutrition spéciale par la membrane périradiculaire, mais la dentine, elle, n'est pas soumise au même régime circulatoire elle ne peut par conséquent se décalcifier.

La démonstration de ces faits se montre avec la dernière évidence dans une affection que le Dr Vignes vient de rappeler tout à l'heure, l'ostéomalacie, qui représente le type de la décalcification osseuse la plus massive qu'on puisse imaginer, car dans les cas extrêmes, la pauvre femme est réduite à l'état cartilagineux, tous ses sels minéraux osseux ont disparu ; et cependant, cette femme, dont la décalcification est poussée à ce point extrême, n'a plus qu'une chose de solide : ce sont ses dents dont pas une ne subit ce processus de décalcification intense. Puis, par contre, cette femme, quand elle guérira de son ostéomalacie, refera entièrement son système osseux, ses os retrouveront intégralement leurs sels calcaires.

Est-il exemple plus probant de l'erreur profonde que l'on commet en assimilant, dans les processus pathologiques, la calcification et la décalcification osseuses et dentaires ?

Dans les considérations que je développe, je n'envisage, bien entendu, que la décalcification dentaire d'origine interne, circulatoire et non la décalcification d'origine externe qui est une tout autre chose. A cet égard, vous avez parlé tout à l'heure, mon cher confrère, de la question des vomissements. Il est bien certain que les vomissements de la grossesse peuvent jouer un rôle dans le développement des caries par suite de la réaction acide considérable de ces vomissements, qui entraîne une acidité considérable également du milieu buccal et si la femme ne prend pas soin de se rincer la bouche après ses vomissements (et souvent elle pense surtout à ne pas se bouger à ce moment), cette acidité constitue pour ces pauvres femmes un milieu particulièrement favorable au développement des caries si par surcroît l'hygiène dentaire n'est pas parfaite, mais ceci c'est de la décalcification d'origine externe, ce qui est tout à fait différent.

Je ne ferai qu'appuyer d'un mot ce qu'a dit le Dr Vignes tout à l'heure au sujet de la question infectieuse, non pas tant au point de vue du retentissement de l'infection sur l'appareil génital de la femme, mais des accidents infectieux sur lesquels le Dr Lemeland avait appelé l'attention en signalant la fréquence des complications dentaires chez les femmes enceintes. Il y a à cet égard un autre préjugé qui règne encore chez les femmes : *chaque enfant coûte une dent*. Je viens de vous dire ce que j'en pense ; mais l'autre préjugé est beaucoup plus grave par ses conséquences : *c'est qu'une femme enceinte ne doit pas se faire soigner les dents*, parce qu'elle peut s'exposer à une fausse couche.

Ce préjugé est malheureusement encore répandu et cela peut coûter la vie à des femmes ; j'ai vu des femmes enceintes avoir notamment des acci-

dents de dents de sagesse avec complications graves ; il semble que leur état de grossesse avait joué un rôle dans le développement de ces complications. J'ai vu des ostéomyélites, d'une durée prolongée, dues à des accidents de dents de sagesse chez des femmes enceintes ; l'une de ces jeunes femmes vint me trouver, malheureusement dans un état très grave, envoyée par son médecin et comme je m'étonnais de sa négligence au sujet de ces accidents, elle me dit : Je m'en étais rapportée à l'avis de ma belle-mère qui m'avait dit qu'il ne fallait surtout pas se faire soigner les dents quand on était enceinte ; elle avait un énorme phlegmon provoqué par une dent de sagesse qui aurait pu avoir les plus graves conséquences.

C'est une chose contre laquelle il est important de réagir. Il faut se faire soigner au contraire, puisque les complications infectieuses de la carie peuvent se développer avec bien plus d'intensité que dans le cas normal, chez les femmes enceintes.

Ceci dit, je remercie encore le Dr Vignes de sa très belle communication, qui m'a vivement intéressé.

*M. Fraenkel.* — Je voudrais demander au Dr Vignes si, au cours de l'allaitement maternel, on est autorisé, sans danger pour l'enfant, à ordonner une médication recalcifiante.

*M. Hulin.* — Je ne suis pas tout à fait de l'avis du Dr Roy au sujet de la décalcification chez les femmes enceintes ; c'est un fait que malheureusement nous avons à constater tous les jours. Il est évident que les dents, quoique n'étant pas originaires du même feuillet blastodermique que l'os, subissent la même loi ; les faits existent, on ne peut le nier.

J'ai vu une jeune fille qui avait des dents absolument parfaites, de bonne calcification et n'ayant nécessité jusqu'alors que quelques points d'obturation ; à 19 ans, elle fait une tuberculose à marche assez rapide. Au bout de deux ans, elle avait ses dents totalement abîmées. Elle avait été pendant ce temps dans un sanatorium. Je lui dis à son retour : vous avez sur votre fiche une quantité de travaux qui n'existaient pas lors de votre départ ; quelle en est la raison ? Elle me répondit : mes dents se sont abîmées d'un seul coup. — Or, jusqu'à 18 ans, elle n'avait rien eu, ou presque rien.

On doit attribuer cela, chez cette femme, à la mobilisation d'une certaine quantité de sels de chaux dont la fixation en d'autres lieux de l'organisme a causé ce nombre élevé de caries.

D'autre part, dire que les femmes enceintes ont des vomissements acides n'est pas exact ; ce sont des vomissements sans effort et sans hyperchlorhydrie, et même s'il y avait hyperchlorhydrie, je ne vois pas une quantité d'HCL suffisante pour attaquer l'émail des dents. Il faut une grande quantité d'acide chlorhydrique pour cela. D'autre part, la salive qui contient beaucoup d'albumine ferait tampon et empêcherait la carie par cette voie.

Je crois que les sels de chaux sont extrêmement labiles, mobilisables, même dans la dent, qui, ne l'oublions pas, a sa circulation comme les autres organes ; pour être moins intense elle n'en existe pas moins. Nous avons une circulation d'aller et retour à l'intérieur de la dent et il est possible que nous

ayons dans ces cas un lieu de moindre résistance et que la dent puisse se laisser atteindre par l'invasion microbienne alors qu'elle ne le ferait pas dans d'autres cas.

D'autre part, admettre que la salive est acide sans le contrôle rigoureux de la mesure du pH me semble un peu hasardeux ; pour ma part j'ai fait un grand nombre de ces mesures et je n'ai jamais constaté d'acidité salivaire proprement dite.

Dans certains cas, avant les repas, la salive se trouve du côté acide de la neutralité pour favoriser l'action de la ptyaline. Mais jamais cette acidité n'atteint un taux qui permette la décalcification.

*M. G. Villain.* — Y a-t-il ou n'y a-t-il pas décalcification des dents au cours de la grossesse ? Il me semble que la réponse à cette question ne pourra être donnée qu'après une série d'observations prises dans des conditions précises.

Les modifications calciques survenant au cours de la grossesse ne sont pas les seules à envisager et à accuser, le milieu buccal modifié peut jouer un rôle, l'état de grossesse par les troubles qu'il engendre peut influencer la défense et l'amoindrir.

Or, un grand nombre de femmes, par négligence ou par ignorance, portent des dents malades avant leur grossesse, au cours de celle-ci les phénomènes d'infection peuvent progresser beaucoup plus rapidement dans un milieu buccal modifié et dans un état de défense amoindri ; il en coûte l'avulsion nécessaire d'une ou plusieurs dents portées au compte de la grossesse sans que celle-ci en ait été la cause initiale.

Je peux ajouter aux observations de Roy plusieurs observations de sujets qui me sont très proches, qui ont fait au cours de grossesses des décalcifications importantes, l'une d'elles notamment fit une décalcification assez inquiétante.

Or, chez aucune de ces malades n'est apparue une carie dentaire ; la bouche, je dois dire, était très bien soignée et en parfait état avant la grossesse ; la malade qui fit la décalcification inquiétante dont je viens de vous parler n'avait pas une carie dentaire ; c'était une primipare ; elle n'a fait aucune carie au cours de sa grossesse.

On a dit que la grossesse coûtait une dent, voire même deux. Je ne vois pas d'inconvénient à ce qu'on maintienne ce dicton populaire s'il entraîne les femmes à se faire soigner au cours de leur grossesse, et particulièrement celles qui ont omis de la faire avant.

On pourrait ajouter, après ce que nous a dit M. Vignes, que, si la grossesse est susceptible de coûter une dent, la mauvaise denture et le mauvais état buccal sont susceptibles de coûter une fausse couche, donc un enfant ; d'où nécessité double pour les femmes de se faire soigner les dents avant et pendant leur grossesse.

En félicitant M. le Dr Vignes de la belle conférence qu'il nous a faite, je tiens à faire remarquer une fois de plus combien il est intéressant d'organiser, dans notre Société, des conférences faites par des spécialistes ou



par des médecins de médecine générale, les échanges de vue qui suivent sont profitables à tous.

Nous en tirons toujours un enseignement précieux et au cours de la discussion nous apportons quelquefois des renseignements qui peuvent éclairer les médecins qui nous honorent d'une communication ou d'une conférence. Je voudrais voir se multiplier les communications médicales dans leurs rapports avec les dents, car j'ai l'impression que de trop nombreux médecins n'attachent pas aux troubles pathologiques dentaires une importance suffisante, certains semblent oublier que chez l'homme il y a 32 dents, donc 32 chances de troubles.

*M. le Président.* — Je voudrais émettre une idée sur l'évolution des caries chez les femmes enceintes.

Tout d'abord le Dr Vignes a bien fait de dire que le Dr Lemeland avait parlé dans sa conférence d'une clientèle tout à fait spéciale, la clientèle d'hôpital. En effet, nous pouvons le voir ici à notre dispensaire : lorsque ces jeunes femmes arrivent, étant enceintes, pour se faire soigner les dents, nous pouvons constater, si elles sont enceintes de trois ou quatre mois, que la grossesse a fait apparaître un grand nombre de caries ; mais cela ne veut pas dire que c'est la grossesse qui les a provoquées, car la carie n'évolue pas avec une telle rapidité, la carie ne détruit pas si rapidement une grande partie de la couronne ; c'est que leur denture était déficiente auparavant et que la grossesse a aidé. Comment a-t-elle pu aider ?

Lorsque je suis des femmes enceintes dans ma clientèle, je les fais venir assez fréquemment, précisément pour constater les dégâts que pourrait provoquer la grossesse sur ces femmes. Si elles ont une bouche soignée, je constate très peu de chose, très peu de caries. Si ces femmes avaient eu auparavant des dents soignées, elles ont peut-être à ce moment-là une ou deux caries.

Mais ce que je constate surtout, c'est la disparition progressive et rapide de toutes les obturations au silicate et au ciment. Je constate aussi que c'est surtout parmi les dents dépulpées, les dents non vivantes, dans lesquelles il n'y a plus d'échanges vitaux, que certaines de ces dents disparaissent.

Comment disparaissent-elles ?

Les grosses masses d'amalgame disparaissent tout d'un coup ; c'est qu'il y a des anfractuosités, des fissures, et, par suite d'un phénomène qui se produit dans la bouche, ces obturations finissent par disparaître. On peut aussi constater une ou deux caries au cours de la grossesse. Ceci n'a aucun intérêt ; je suis persuadé que chez ces femmes, les caries se seraient produites en dehors de la grossesse.

J'arrive à la théorie de l'acidité invoquée très souvent.

Cette acidité du milieu buccal — malgré ce qu'en a dit M. Hulin — que ce soient les vomissements, la sécrétion des sucs gastriques, est due à une modification du milieu buccal. L'acidité pénètre dans les anfractuosités, et après décalcification de la dentine, des prismes d'émail. l'obturation sort et disparaît.

Pour les nouvelles caries qui se développent plus rapidement qu'en temps

normal, on peut dire que l'altération initiale existait depuis longtemps, que seule l'acidité du milieu buccal active le processus de la carie, d'où la formation de nouvelles caries.

Voilà ce que je voulais dire, et je prierai M. le Dr Vignes de nous dire ce qu'il pense de ces observations cliniques.

*M. Hulin.* — Comment a-t-on mesuré l'acidité de la salive chez les femmes enceintes?

*M. le Président.* — Dès qu'une femme enceinte vient me trouver et qu'elle présente des phénomènes de décalcification de ses obturations, je lui prescris un traitement, un nettoyage extrêmement fréquent après les vomissements, et le brossage particulièrement le soir avec du bicarbonate de soude en guise de poudre dentifrice. Je suis arrivé, après avoir obturé les quelques rares dents, atteintes ou désobturées, à ne plus voir de récurrence du tout pendant la grossesse.

*M. Hulin.* — Rien ne prouve que la salive était acide.

*M. le Dr H. Vignes.* — Je répondrai à mon vieil ami Rolland que l'influence des saisons sur le poids des fœtus a été étudié par Avel, à Vienne; à M. Fraenkel que la nourrice, dans les conditions de la vie moderne, a grand besoin de chaux.

Pour donner une vue d'ensemble des lésions buccales au cours de la gestation, il aurait fallu signaler la gingivite et la sialorrhée. En ce qui concerne les vomissements, je crois avoir remarqué qu'il y a des cas avec sialorrhée, et des cas sans sialorrhée. Cette différence pourrait, *peut-être*, expliquer certaines variations dans les accidents dentaires observés chez les vomisseuses.

Quant à la question de l'acidité salivaire comme cause des lésions dentaires de la grossesse, c'est un problème qui n'a pas été étudié de façon satisfaisante, comme l'a bien indiqué mon ami Hulin. Il serait assez simple de faire des recherches précises sur ce point.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. le Dr Vignes de sa brillante conférence qui nous a intéressés. Comme le disait M. Georges Villain, directeur de l'Ecole, il est toujours utile que les médecins spécialistes viennent un peu dans nos milieux pour entendre nos idées et présenter les leurs.

#### IV. — NÉVRITE PULPAIRE, par M. le Dr ROY

*M. le Dr Roy* donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente la malade.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier une fois de plus le Dr Roy; lorsqu'il manque une communication, il est toujours là pour nous apporter un cas clinique intéressant.

Séance levée à 23 heures 40.

*Le Secrétaire général,*  
Dr LEBLAN.

**SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE***Séance du Vendredi 8 Avril 1932*

La séance mensuelle est ouverte, à 21 heures, sous la présidence de M. le Dr Gérard Maurel, Président.

La parole est donnée au Dr Dufourmentel pour la présentation de plusieurs malades atteints d'accidents articulaires temporo-maxillaires.

Presque tous opérés, ils sont dans une situation parfaite par rapport à leur état antérieur. Le premier était atteint de prognathisme, un autre fait une ankylose par intermittence, la résection de ses ménisques doit faire rentrer tous ces troubles dans l'ordre. Le troisième porte une greffe des plus réussies. La quatrième, atteinte d'une ankylose congénitale, a été améliorée par la libération de ses condyles et par une greffe cartilagineuse qui lui a refait un menton.

Passant à la seconde communication annoncée, le Dr Dufourmentel rapporte un cas de sinusite odontalgique typique. Une malade s'est fait, successivement et par plusieurs praticiens, enlever toutes ses molaires et prémolaires. Ce n'est que par hasard que le Dr Dufourmentel a eu connaissance de cette malade et il a pu diagnostiquer une sinusite grippale dont le traitement a amené la cessation des douleurs dentaires.

Le Dr Mathieu-Pierre Weil fait une conférence sur la maladie de Recklinghausen en présentant deux observations.

Cette maladie, très rare, atteignant surtout les femmes entre 30 et 50 ans, se caractérise par des douleurs violentes dans les membres.

Dans les deux cas rapportés, il y avait une calchémie très marquée ; la radiographie montre une décalcification très profonde, la fragilité des membres est telle que l'une des malades s'est fracturée le fémur en se faisant transporter à la salle de radiographie. Tous ces troubles sont dus à des lésions des parathyroïdes. L'ablation de la tumeur d'une des glandes parathyroïdes amena la guérison chez l'une de ces malades, l'autre, qui avait refusé l'opération, succomba peu de temps après.

MM. Sapet, Maurel, Schatzman prennent part à la discussion.

Le Dr Delort fait une conférence sur la tolérance des humains aux malformations et aux troubles dentaires.

L'auteur insiste sur le fait que c'est certainement l'absence de douleur qui provoque cette tolérance.

L'influence de l'instruction et de la civilisation a fait sortir de la tolérance tous les individus. Quant aux troubles dentaires, ils sont supportés relativement bien parce que peu douloureux, progressifs et qu'ils n'inquiètent pas.

Le Dr Delort termine en insistant sur l'utilité d'une propagande ayant pour but d'atteindre les sujets jeunes par tous les moyens possibles.

MM. Goldstein, Lebrun, Tacail, Sapet prennent part à la discussion.

La séance est levée à 23 heures 30.

*Le Secrétaire des Séances :*  
VABOIS.



## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 Avril 1932

*Présentations :**MM. les Drs Mahé et Dechaume : Tuberculose alvéolaire des maxillaires.*

Les auteurs présentent un cas de tuberculose alvéolaire dont la forme est cliniquement différente des formes classiques. Il s'agit surtout d'une inoculation de la mâchoire par le bacille de Koch chez une tuberculeuse pulmonaire cracheuse de bacilles.

L'infection s'est installée à la suite d'une complication inflammatoire dentaire banale à pyogènes.

*Communications :**MM. les Drs Dufourmentel et Darcissac : Quelques cas de résections condyliennes unilatérales et bilatérales avec présentation d'anciens opérés.*

Cette communication est la réplique à la communication du Dr Bourguet parue quelque temps auparavant. Dufourmentel recommande avec insistance les résections hautes du condyle au cours des arthrotomies de la temporo-maxillaire effectuées pour les raisons qui leur sont habituelles. Il appuie ses indications sur des considérations anatomiques, pathologiques, fonctionnelles.

*M. le Dr Crocquefer : De l'utilisation des appuis craniens pour la réduction des fractures de l'angle de la mandibule, avec présentation de malade.*

L'auteur modifie le procédé opératoire et le procédé de réduction des fractures doubles de l'angle de la mandibule, tel que le préconisaient M. le Professeur Lenormant et M. le Dr Darcissac.

Pour ces auteurs l'intervention était faite sous anesthésie générale et l'extension continue prenait point d'appui à la face postérieure du cou.

Le Dr Crocquefer a pratiqué l'intervention sous anesthésie locale et fait prendre point d'appui à la traction continue sur une tige métallique fixée sur un appui crânien, ce qui permet la traction continue des branches montantes en direction, suivant leur plan et sans qu'il puisse y avoir modification de traction par suite des mouvements de la tête sur l'axis.

*M. le Dr Ginestet : L'Odonto-stomatologie au Levant (Le derviche tourneur dentiste).*

Au cours d'une conversation humoristique, l'auteur nous fait traverser les grandes villes de Syrie et nous fait comprendre la mentalité si complexe des Syriens dont les mœurs et les coutumes s'alliant à l'instruction que nous leur donnons forme un mélange curieux et inattendu.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### LA SEMAINE ODONTOLOGIQUE (1)

*(Suite et fin)*

L'Association des Femmes Dentistes a tenu son assemblée générale le 13 avril 1932, sous la présidence de M<sup>me</sup> Salas.

Avant la séance, le D<sup>r</sup> Friteau, président du Comité d'organisation de la Semaine Odontologique, souhaite la bienvenue aux membres et offre les vœux de prospérité à l'Association, au nom des deux groupements, organisateurs du 43<sup>e</sup> Congrès dentaire.

La présidente, M<sup>me</sup> Salas, ouvre la séance à 10 heures et donne la parole à M<sup>lle</sup> Neveu, secrétaire générale, pour la lecture de son rapport. Les débuts de l'Association sont retracés dans les grandes lignes, puis on s'arrête plus longuement sur les réalisations obtenues depuis seulement six mois, que fonctionne l'Association :

Création d'une clinique aux Lilas, par M<sup>me</sup> Salas, à laquelle succède M<sup>lle</sup> le D<sup>r</sup> Charles Alfred ;

Appui du Ministre de la Santé publique à qui deux rapports ont été remis, un par M<sup>lle</sup> Lamy, un par M<sup>me</sup> Salas ; adhésion à la C. T. I. ; organisation de conférences scientifiques ; établissement de trois commissions : pédagogique, d'entr'aide professionnelle, de clinique dentaire scolaire.

Pendant la Semaine Odontologique, le nombre des adhérentes est arrivé à 150. De nombreux membres bienfaiteurs ont généreusement répondu à notre appel.

La parole est donnée à la trésorière dont le rapport lui a valu les félicitations unanimes. En très peu de temps, il a été constitué un petit capital, qui pourra aider l'Association dans nos projets futurs. M<sup>me</sup> Fould et M<sup>lle</sup> Andrieux, désignées comme commissaires aux comptes, ont approuvé.

La secrétaire donne ensuite lecture de quelques lettres de confrères empêchés de se rendre au banquet et qui adressent leurs meilleurs vœux.

Deux articles des statuts sont modifiés à l'unanimité ; le nombre des membres du Conseil est porté de 12 à 15.

Une adhérente est désignée pour chaque arrondissement, pour la propagande.

On procède ensuite au vote et pendant que M<sup>lles</sup> Lamy et Haloua font le dépouillement, M<sup>me</sup> Bernard-Niel parle de l'inspection dentaire dans les groupes scolaires. Elle donne les résultats de ses observations pratiques, puisque depuis sept ans elle s'occupe du groupe de Boulogne-sur-Seine.

M<sup>me</sup> Andrieux fait ensuite un exposé simple et net : les grandes lignes

---

(1) Voir *L'Odontologie* juin et juillet 1932.

d'une installation. Les jeunes confrères ont pu trouver tous les conseils qu'il faut d'ordinaire rechercher de côtés et d'autres.

Sont élues en remplacement des membres sortants, comme membres du Conseil : Mmes Andrieux, Fould, Mantelin, Bazely, M<sup>lle</sup> Schmid.

Pour terminer la réunion, M<sup>me</sup> Hofer, de Neuchâtel, envoyée pour représenter les femmes dentistes suisses, donne un aperçu de sa clinique scolaire qui, existant depuis dix ans, lui permet d'atteindre maintenant les trois quarts des enfants.

La séance est levée à 11 heures 30 et suivie d'un déjeuner fort réussi, dans les salons Hoche, qui réunissait une soixantaine de membres et où le ministre de la Santé publique, empêché par les élections, s'était fait représenter par M. Bastié.

L'après-midi, il y eut encore plusieurs conférences : M. Vercing Lapiere, de Lyon, a parlé des appareils de prothèse faciale de petites dimensions ; M. Guinat, président de la Croix Violette, ligue de propagande d'hygiène dentaire, a fait un exposé contradictoire sur les visiteuses d'hygiène dentaire ; enfin, M<sup>lle</sup> Somer a fait une très intéressante communication sur l'enregistrement et la propagation par disques des principes d'hygiène dentaire à l'usage des enfants des écoles.

M. Friteau, vivement intéressé par cette innovation, s'est immédiatement mis en rapport avec M<sup>lle</sup> Somer pour envisager la possibilité de la mettre le plus vite possible en action dans les établissements scolaires. D'autre part, M. Filderman qui présidait la séance, émit le vœu que les Syndicats s'occupent de faire don des disques, ou que les fournisseurs adoptent ce nouveau type de cadeau publicité, afin que la diffusion des principes d'hygiène ne soit pas entravée par des raisons d'ordre pécuniaire.

Cet exposé fut vivement argumenté par M. Lebrun, professeur à l'Ecole Odontotechnique, qui conclut, en principe, que dans les services de soins dentaires pour enfants, fonctionnant régulièrement, il est possible d'organiser un stage pour infirmières d'hygiène dentaire, assistantes scolaires.

Le 43<sup>e</sup> Congrès dentaire s'est brillamment terminé par un banquet auquel presque tous les participants de la Semaine ont tenu à prendre part, suivi d'un bal où l'affluence fut très grande.

\* \* \*

### SAINTE APOLLINE, PATRONNE DES DENTISTES

Le Comité avait confié au D<sup>r</sup> Bouland le soin d'organiser une exposition de documents consacrés à Ste Apolline, et l'on a pu admirer la collection remarquable qu'il avait réunie dans une sorte de petite chapelle dont la décoration avait été réalisée par M. Georges Dagen.

Dans deux vitrines de véritables trésors d'une valeur inestimable, puisqu'il s'agissait de pièces rarissimes spécialement apportées de la Haye par l'érudit collectionneur, le D<sup>r</sup> Klein, des incunables du moyen âge, un sépia original de Pilotto (1590-1649), des peintures sur parchemin, des gravures coloriées des écoles allemande, flamande, espagnole, une vie des Saints



(1506) avec bois gravés et vingt autres documents représentant le supplice de la Sainte.

A côté, la collection de M. François Ferrand : Un cadre gothique ; des images d'Epinal ; le volume de Wesler ; Iconographie de Ste Apolline ; le supplice de Ste Radegonde ; une gravure ; Eglise de St-Giacomo ; une page de calendrier ; une gravure de Grusber Cath ; un numéro de *Cadmus*, etc...

Puis les envois de M. Hulin : La Douleur et Ste Apolline, statues en bois sculpté que nous avons déjà admirées au Congrès Dentaire International ; un grotesque d'Eglise ; des gravures coloriées de l'Ecole Dentaire de Paris ; reproduction d'un incunable de la Bibliothèque nationale.

De M. Houalet, Directeur de l'Ecole Dentaire de Rennes : Un panneau de bahut (XVIII<sup>e</sup> siècle) Ste Apolline et un bois sculpté « Le supplice de Ste Apolline ».

De M. Renier : Une gravure sur bois ; une reproduction d'un tableau du Collège de l'Immaculée Conception à Laval ; une gravure de Miguel Ciprien Auguste ; la photographie d'une statue (Ponmain).

De M. Joyeux : Les documents sur Ste Apolline : gravures, médailles ; photos de statues et tableau de l'église de Beaumont-les-Autels.

De M. Bouland : Les ouvrages de Bruck « Ste Apolline » ; une gravure du moyen âge ; une photographie de la chapelle de la Houssaye ; une photo du tableau de Alzabaran ; des fiches bibliographiques ; des numéros de revues de divers pays.

De M. Fay : Des tirages à part de son étude sur Ste Apolline ; un panneau encadré avec 10 reproductions de gravures.

De M. Dagen : Un reliquaie ; des gravures tirées de son ouvrage « Le Dentiste d'Autrefois » ; des ex-voto en cire ; des photographies de documents divers.

De M. Pasquet : Des gravures encadrées d'époques diverses.

De la *Semaine Dentaire* : Un tirage sur sépia du tableau de Dolci (galerie Corsini) ; des fiches ; des revues.

Du Dr Marcel Baudouin : Des tirés à part ; des fiches bibliographiques.

Les nombreux visiteurs de la Semaine Odontologique ont été grandement intéressés par cette documentation.

### IX<sup>es</sup> JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS (Anciennes Journées Franco-Belges)

Le Groupement de l'Ecole Odontotechnique de Paris fait connaître que les Journées Franco-Belges porteront à l'avenir l'appellation de : *Journées Dentaire de Paris* (Anciennes Journées Franco-Belges, organisées sous le patronage de l'Ecole Odontotechnique de Paris).

Les IX<sup>es</sup> *Journées Dentaires de Paris* (anciennes Journées Franco-Belges) auront lieu du 25 au 27 novembre 1932, à l'Ecole Odontotechnique de Paris.

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

L'Assemblée Générale Extraordinaire du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France a eu lieu le dimanche 26 juin, à 10 heures très précises, dans les salons de l'Hôtel Belle-Vue (au 1<sup>er</sup> étage, entrée rue Jean-Roisin), avec l'ordre du jour suivant :

Lecture du Procès-verbal de l'Assemblée générale du 21 février 1932 ; Correspondance ; Compte rendu du mandat du délégué du Syndicat à la Commission d'orientation professionnelle et à celle de la création de la Confédération unique ; Résultats du referendum ; Modifications aux statuts ; Syndicats départementaux ; Fédération des Syndicats dentaires du Nord de la France ; Questions diverses.

L'assemblée avait été précédée d'une réunion du Conseil d'Administration, à 9 h. 1/2. Elle fut suivie à 13 heures de la réception des Invités dans les salons de l'Hôtel Belle-Vue, et à 13 h. 1/2 d'un Banquet sous la présidence de M. Maurice Vincent, membre du Conseil d'Administration du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France, Député du Nord, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Les Rédacteurs accrédités des Journaux Professionnels adhérant au Syndicat des Journaux Dentaires avaient accès dans la salle des séances (Décision de l'Assemblée générale 1932 du dit Syndicat).

### AUTOMOBILE CLUB DENTAIRE DE FRANCE

Le vendredi 6 mai 1932, se tenait l'Assemblée générale constitutive de l'Automobile-Club Dentaire de France (A.C.D.F.) destiné à grouper les praticiens de l'art dentaire s'intéressant à l'automobile.

Cette société est une filiale de l'Automobile-Club de l'Ile-de-France, au même titre et dans les mêmes conditions que l'Automobile-Club Médical de Paris.

Le premier bureau a été ainsi constitué :

*Président* : M. Budin. — *Vice-Présidents* : D<sup>r</sup> Boissier, M. Housset, D<sup>r</sup> Darcissac. — *Secrétaire Général* : M. Texier. — *Trésorier* : M. Forget. — *Archiviste* : M. de Hogues. — *Commissaire* : M. Mendelsohn. — *Conseillers* : MM. D<sup>r</sup> Bouland, Kaufmann, Jamot, Kaufmann, Levier, D<sup>r</sup> Gérard-Maurel, D<sup>r</sup> Petit, Blanchard (de Châteauroux), Lefebvre (de Rouen).

L'A. C. D. F. s'est avant tout préoccupée d'assurer à ses membres des avantages qui, d'ores et déjà, s'annoncent considérables.

C'est ainsi qu'en premier lieu, la Société procure à ses membres la délivrance, sans perte de temps ni dépôts, de triptyques, carnet international, passeport, et en général se charge de toutes les formalités de sortie des véhicules, ce qui n'est pas sans intérêt au moment des vacances.

L'A. C. D. F. fait toutes les démarches pour l'obtention de la carte grise et du permis de conduire.

Il possède un service *gratuit* de D. A. S., qui, sans dérangement pour l'automobiliste, le représente et le défend en justice, prenant à sa charge tous les frais de procédure, sauf l'amende. Un chauffeur condamné à un franc d'amende se verra présenter une note de frais de 75 francs environ, mais il ne paiera en réalité que son amende de un franc.

L'A. C. D. F. bénéficie d'un tarif d'assurances dont le coût est inférieur de 20 à 25 % à celui du tarif syndical : néanmoins les compagnies agréées sont parmi les plus honnêtes, les plus sérieuses et les plus justement réputées. Elles assurent le vol, l'incendie, les accidents causés aux tiers, à la voiture et aux transportés, selon le gré du client, et suivant de nombreuses modalités.

Un certain nombre de maisons d'accessoires d'automobile (phares, malles, housses, pare-chocs, verres triplex, pneus, etc...) accordent, sur présentation d'un bon spécial de commande, des réductions allant jusqu'à 40 %.

Les membres du Club auront le droit d'arborer sur leur voiture, à la condition qu'ils s'en servent pour leur profession, un insigne amovible représentant la Croix-Rouge. Des démarches sont faites actuellement auprès des autorités pour que les services de police témoignent à cet insigne la même bienveillance qu'à celui des médecins.

De grandes manifestations sportives sont prévues. La plus importante sera un rallye sur Madrid, en mai 1933, à l'occasion du Congrès de Médecine et Pharmacie militaires, organisé avec le concours de l'A. C. I. F. et de l'Automobile Club Espagnol. Doté de 25.000 fr. de prix, ce rallye connaîtra un succès mérité.

La cotisation à l'A. C. D. F. a été fixée à 60 francs par an, pour réunir, malgré la crise actuelle, le plus grand nombre d'adhérents. Pour s'inscrire, écrire au Président : M. Budin, 104, faubourg St-Denis, ou au Secrétaire général : M. Texier, 33, rue de Ponthieu.

---

#### AMICALE DES DENTISTES MILITAIRES DE RÉSERVE DE LA XVIII<sup>e</sup> RÉGION

Cette amicale a fêté le 1<sup>er</sup> juin, dans un dîner avec les Chirugiens-Dentistes de Bordeaux et du Sud-Ouest, la nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur de son trésorier, M. Chabert.

Le dîner était présidé par M. le Colonel Vincent, commandeur de la Légion d'honneur.



Au dessert, M. Magne, président de l'Amicale, communique les lettres d'excuses et prononce l'éloge du nouveau légionnaire.

Le Colonel Vincent, parrain de ce dernier, évoqua sa conduite pendant la guerre, qui lui a valu deux citations et la croix d'honneur qu'il épingle sur la poitrine de M. Chabert en lui donnant l'accolade.

Manifestation très réussie et très confraternelle, organisée, entre autres, par M. G. Dehillotte, de Bordeaux, membre depuis 30 ans du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

---

## NOUVELLES

---

**Légion d'honneur.** — Nous relevons dans le *Journal Officiel* du 23 juillet, les nominations suivantes au grade de Chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire (réserve, Service de santé) :

MM. D<sup>r</sup> Maréchal (Henri-Philippe), médecin capitaine ;  
D<sup>r</sup> Beltrami (Georges-Emile), médecin commandant ;  
Ferlat (Marie), dentiste militaire de 2<sup>e</sup> classe ;  
Debrauwer (Anatole), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe ;  
Lévy dit Lévier (Maurice), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe ;  
Blanc (Abel), dentiste militaire de 1<sup>re</sup> classe.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### TRAITEMENT DES DENTS DES ENFANTS. LES IDÉES ET LES FAITS

Par le Dr WATRY (Bruxelles).

(Communication à la Semaine Odontologique, 6-13 avril 1932)

616.314, 613.95

Le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, comme ses prédécesseurs d'ailleurs, a constitué pour notre profession une telle moisson de travaux et de leçons qu'on n'en conçoit pas immédiatement toute l'importance ; tout au moins faut-il un certain temps pour que l'esprit établisse la synthèse des progrès réalisés, des notions nouvelles acquises et en déduise les applications pratiques. La tâche peut être, à cet égard, grandement facilitée par ceux que leurs fonctions ont appelés à s'occuper plus particulièrement de l'un ou l'autre des chapitres de notre art, tels, par exemple, qu'ils se trouvaient définis par la subdivision en sections. C'est pourquoi j'ai cru qu'il y aurait quelque utilité à dégager cette synthèse en ce qui concerne la question principale soumise à la discussion dans la 13<sup>e</sup> section ; je veux parler du traitement des dents chez les enfants.

Le sujet si vaste avait lui-même été subdivisé en trois thèmes principaux : la période pré-scolaire, la période scolaire et la période post-scolaire.

L'intérêt tout particulier du premier de ces thèmes décida même le Comité d'Organisation à le retenir pour faire l'objet d'un rapport d'argumentation en séance générale.

A premier examen, il semble que l'accord puisse facilement se faire en conclusion de l'étude de la période scolaire. En principe tout au moins, organisation et mesures d'applications paraissent aisées grâce à l'aide importante apportée par ce fait que pendant cette période les enfants sont groupés et constituent, en réalité, des petites collectivités vivant et se développant sous le contrôle tant de l'Instituteur que du médecin. L'école constitue le milieu le plus favorable à l'appli-

cation des méthodes d'éducation hygiénique, à la mise en œuvre des mesures thérapeutiques et préventives.

Il en va tout autrement pour la période pré-scolaire et la période post-scolaire. Le rapporteur du premier thème a fait montre d'un pessimisme, à notre sens vraiment excessif, en ce qui concerne les possibilités d'arriver à des solutions pratiques tant sur le plan individuel que sur le plan familial et social. Il paraissait découragé par l'amplitude du problème autant que par la gravité du mal contre lequel on ne dispose que d'armes sur la valeur desquelles les opinions varient tellement qu'on ne peut se défendre contre le plus décourageant scepticisme. Nous sommes d'accord avec lui pour estimer que la tâche est immense et que nous n'en sommes encore qu'à l'étude théorique préalable des bases scientifiques qui doivent servir à l'organisation des méthodes de protection infantile. Le pessimisme se justifierait si le but que nous nous assignons était la réalisation et l'application de ces méthodes, par nous-même ou notre génération, mais nous pensons qu'il faut se laisser guider par des considérations moins personnelles et être déjà satisfaits si dans cette voie, à peine ébauchée, nous avons posé quelques jalons définitifs. L'autorité et la compétence avec lesquelles le Dr Pitts a traité cette question nous servent précisément d'argument contre cette conclusion décevante. Il établit très nettement, en effet, que la protection de la première enfance contre la carie est avant tout une question de diététique ; elle échappe en grande partie à la compétence du dentiste pour réclamer la sollicitude et l'intérêt du pédiâtre. Il faut cependant établir une discrimination entre la prophylaxie générale qui est à intégrer dans la médecine préventive et la prophylaxie régionale et locale qui entre, elle, nettement dans le cadre de nos activités.

Notre intervention devrait avoir un caractère triple : psychologique, éducateur et technique, celui-ci étant peut-être le moins important.

Il faut organiser la surveillance dentaire des enfants pendant la période pré-scolaire, en se laissant guider avant tout par le souci d'apprivoiser, d'éduquer progressivement nos très jeunes patients. Les interventions seront d'autant plus simples qu'elles seront plus précoces ; c'est en soignant l'enfant très jeune que nous préparons une génération d'adultes bannissant définitivement ces préjugés et ces craintes qui alourdissent encore tant l'évolution et la vulgarisation de notre art. Si ce programme en est encore actuellement à la forme



d'ébauche, il ne faut pas incriminer seulement les familles, les éducateurs et les médecins non spécialisés ; c'est dans notre profession même que se rencontre l'obstacle le plus sérieux, à savoir cette propension de tant de confrères à se donner à eux-mêmes les plus mauvais prétextes pour ne pas soigner ou pour retarder indéfiniment le moment où ils soigneront les enfants ; il n'y a pas là seulement une erreur psychologique, il y a, permettez-moi de le dire, une grave faute professionnelle ; que diriez-vous du médecin consulté pour un léger catarrhe bronchique et qui se désintéresserait de votre malade en déclarant qu'il ne s'en occupera que lorsque la tuberculose se sera déclarée ? La carie est une maladie évolutive, et votre devoir est de la dépister et de la vaincre le plus tôt possible. Il appartient à nos écoles de redresser vigoureusement ce qui à cet égard a constitué et constitue encore une grosse erreur dans la pratique journalière.

Nous nous rendons compte de la réalité de cette erreur et de ses conséquences, lorsque nous avons à envisager la seconde des périodes, à savoir la période scolaire ; tandis que le bébé de 3 à 4 ans, à moins d'avoir été terrorisé par les propos des parents, se présente à nous avec toute la confiance ingénue de son âge, s'intéresse aux mille détails nouveaux pour lui, et s'en amuse au fauteuil, jeu de l'eau dans les crachoirs, miroitement des nickels, et se prête à notre examen, voire à nos soins, aussi longtemps que nous répondons à sa confiance, le tableau change lorsque nous sommes mis en contact pour la première fois avec des enfants de 6 à 7 ans. Chez ces patients encore si jeunes, la belle confiance du tout premier âge a disparu. Les bavardages, les racontars, la contagion du milieu scolaire ont fait leur œuvre, et nous avons tout d'abord à chasser, combien péniblement, cet ennemi qui nous paralyse à chaque heure de pratique journalière : la crainte.

Nous ne saurions jamais assez insister sur le rôle que de ce point de vue psychologique devrait et devra jouer l'instituteur. Du point de vue technique, ainsi que l'ont déjà d'ailleurs si bien établi De Nervézé et Villain, le terrain local et régional prend ici une importance beaucoup plus grande et notre intervention de spécialiste domine même le problème. La façon dont nous avons à le réaliser varie selon que nous l'envisageons sur le plan social ou au point de vue individuel. Limitons-nous ici, si vous le voulez bien, au plan social. Nos méthodes de travail doivent s'adapter aussi exactement que possible au plan scolaire et au plan pédagogique. Le critérium de l'organisation la meilleure sera une efficacité et un rendement maximum de troubles

ou de retard dans l'accomplissement du programme pédagogique.

La solution apparaît clairement lorsqu'on se rappelle que le principe absolu sur lequel repose la médecine scolaire est d'être exclusivement préventive. La médecine scolaire doit empêcher l'enfant sain de devenir malade, notre rôle à l'école doit donc être d'empêcher la carie.

Vous me direz que nous sommes loin de compte, et qu'il suffit de visiter une école pour se convaincre qu'un pareil programme est une réelle utopie. Je ne vous suivrai pas dans cette conclusion trop hâtive, et en m'en tenant à cette définition nette, avec et après ceux qui l'ont expérimentée, notamment en Allemagne et en Norvège, je prétends au contraire être sur la seule voie pratique et réalisable. L'Hygiène Dentaire Scolaire n'a pas à se différencier de l'Hygiène Médicale Scolaire. Si pour les générations actuelles nous avons été largement débordés et si le terrain que la prophylaxie bien organisée devrait maintenir inviolé, est au contraire largement envahi, cela ne change rien aux lois qui régissent la médecine scolaire dont nous n'avons pas à nous singulariser. Lorsqu'une foule rompt les cordons de police et envahit une enceinte réservée, il appartient à la police de la refouler aux limites primitivement établies ; force doit rester à l'ordre et à la loi ; force doit rester aussi à la méthode et à la science. Il n'est, hélas, pas possible de s'inspirer intégralement de la métaphore précédente, et de faire régresser les phénomènes pathologiques ; la solution, et Kantorowicz l'a très bien compris, doit avoir tout le caractère radical d'un nœud gordien, c'est à elle, malgré son caractère en apparence brutale, que vont nos préférences. Elle peut se résumer comme suit :

Considérant comme perdues du point de vue prophylactique les populations scolaires actuelles, nous établissons d'emblée la barrière au jour où nous décidons d'installer un service systématique de prophylaxie bucco-dentaire. Ce service s'intéresse exclusivement aux nouvelles générations. Dès lors, ce qui apparaissait comme une tâche dépassant largement les possibilités pratiques de rendement rentre immédiatement dans le cadre des choses réalisables. Ce ne sont pas là des vues de l'esprit, ainsi que le prouvent l'exemple de plusieurs villes allemandes et la démonstration actuelle en cours de réalisation à Anvers.

En dehors et tout à fait indépendamment de cette organisation essentiellement scolaire et pédagogique, il est évidemment désirable de songer à protéger la population scolaire, dans les limites des possibilités, pour laquelle la prophylaxie arrive trop tard.

Mais, au point de vue des initiatives et des responsabilités d'organisation, elle échappe à notre sens à l'école pour se réclamer de l'assistance sociale.

Passons maintenant à la troisième période, et regrettons que les rapporteurs et auteurs de communications n'aient, en général, pas compris la portée exacte du thème proposé. Ce thème était celui-ci : Entre le moment où l'enfant quitte l'Ecole, et celui où, grâce à un emploi à charge d'un patron, il rentre à nouveau dans le cadre de l'assistance sociale, il existe une période de durée plus ou moins variable pendant laquelle l'individu est en quelque sorte *perdu de vue*, sauf dans les cas très rares où il emploie exclusivement cette période à un apprentissage professionnel. Cette lacune a des conséquences très graves, car il est à craindre qu'à la faveur de l'isolement, l'individu ne perde rapidement le bénéfice de l'éducation prophylactique qu'il a reçue, d'autant plus que cette période coïncide avec la phase de première adolescence, de puberté, c'est-à-dire avec une période de croissance rapide, de troubles parfois très complexes dans l'économie générale. A nouveau, les facteurs généraux interviennent, prennent le pas sur les facteurs locaux et régionaux, et tel enfant qui aura quitté l'école en excellente santé et hygiène buccale se présentera, comme jeune ouvrier, à l'usine, à nouveau porteur de lésions graves contre lesquelles l'armement thérapeutique social n'est pas encore à même de lutter. Il est de toute première importance que cette lacune soit comblée, d'une part afin d'établir la continuité dans l'organisation prophylactique, d'autre part afin d'éviter cette éventualité décevante, de rendre inutile ou tout au moins de réduire dans des proportions vraiment considérables l'effort de protection scolaire et pré-scolaire.

A cet égard, et on le regrettera, les travaux du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International n'ont apporté aucune lumière, n'ont fait naître aucune discussion. Vous estimerez certainement, avec moi qu'il importe de donner à ce chapitre un peu trop négligé l'intérêt qu'il réclame, puisque l'accord semble établi en ce qui concerne les meilleures méthodes de traitement de la lutte au stade précédent.

Tous les rapporteurs, et de nombreux auteurs de communications ont insisté, avec raison, sur l'importance de la propagande, ainsi que des méthodes d'éducation et de vulgarisation ; on ne mésestimera jamais cette partie capitale de notre action parce que les plus grosses difficultés que nous rencontrons et particulièrement la crainte contre



laquelle nous avons à lutter, sont provoquées par l'ignorance ou l'incompréhension.

Tous les agents, tous les auxiliaires ont été étudiés et préconisés : radiophonie, conférences, cinéma, démonstrations, nous offrent des possibilités d'action pour ainsi dire illimitées ; signalons en passant une suggestion tellement logique qu'on s'étonnera qu'elle n'ait pas été faite plus tôt, à savoir, l'utilisation des disques de gramophone.

Cependant, dans ce domaine, il nous paraît difficile et même peu désirable d'établir des règles. Encourageons toutes les initiatives, travaillons à augmenter la documentation, à lui donner un caractère pratique, intéressant, amusant, adaptons-la aux progrès mis à notre disposition par la science moderne et laissons à chacun le soin d'y faire le choix judicieux que lui commanderont les circonstances locales, les possibilités budgétaires, la réceptivité du public.

En résumé : il appert des travaux de la XIII<sup>e</sup> Section du Congrès Dentaire International que l'organisation systématique de la protection de l'enfance contre les maladies bucco-dentaires, et nous y comprenons, bien entendu, les malformations, doit être présentée comme une des préoccupations les plus importantes dans l'organisation de la protection sociale contre la maladie.

Pour que le problème puisse être résolu, pour que la tâche devant laquelle nous sommes placés rentre dans le cadre pratique des points réalisables, il faut établir une discrimination nette entre la prophylaxie et la médecine préventive d'une part, tâche essentielle, pédagogique et scolaire, et d'autre part la lutte thérapeutique contre les lésions déclarées.

Si cette dernière conserve un caractère ingrat parce que, pour nos générations, elle devra longtemps encore s'inspirer de la politique, souvent décevante de la part du feu, la médecine préventive nous offre, au contraire, des possibilités d'action beaucoup plus consolantes, beaucoup plus efficaces, à la condition que nous comprenions notre devoir essentiel : ne pas prétendre y travailler en isolés, mais prendre position de collaborateur à l'œuvre générale, médicale et hygiénique de protection de l'enfance.

---

**SIGNIFICATION BIOLOGIQUE DU GRANULOME APICAL**Par MM. les D<sup>rs</sup> Pierre D. BERNARD et Bertrand CAYRE*(Communication à la Société d'Odontologie, 7 juin 1932)*

616.314.165 006.57

Lorsqu'une infection microbienne envahit une chambre pulpaire, on observe une propagation radiculaire et une invasion progressive des tissus périapicaux qui réagissent en donnant lieu à des abcès ou à des formations réactionnelles appelées « granulomes ».

La bactériologie et l'histo-pathologie du granulome ont été bien étudiées, mais il ne semble pas que l'on ait cherché à en tirer des conclusions d'ordre biologique pouvant servir de base à la thérapeutique. Autrement dit, la thérapeutique semble être dirigée, nous ne dirons pas par l'empirisme, mais par le simple souci des réactions cliniques immédiates sans tenir compte de la nature biologique très particulière du granulome ; à tel point qu'une technique, si parfaite soit-elle, peut donner des résultats très variables suivant les techniciens malgré l'observation de règles d'apparence très rigoureuses, et tout cela parce qu'on agit sur le granulome comme on le ferait sur une lésion superficielle banale.

Notre but aujourd'hui est de vous présenter certaines significations biologiques du granulome telles qu'on peut les déduire des données anatomiques, histologiques, bactériologiques et même thérapeutiques.

Le granulome est donc une zone de tissus modifiés par une infection, puis par une réaction biologique qui aboutit à une organisation défensive périphérique. On parle souvent du centre du granulome pour dire qu'il subit telle ou telle dégénérescence, mais il s'agit là du centre géométrique, peut-on dire. Le centre biologique du granulome, celui qui est le plus éloigné de la périphérie, est en réalité le canal radiculaire ; c'est tout d'abord le centre étiologique, c'est le lieu où débute l'affection, puis c'est le lieu d'entretien et d'essaimage des bactéries ou de leurs toxines ; c'est enfin le lieu qui ne peut recevoir que très peu l'influence antitoxique ou antibactérienne des tissus avoisinants. C'est ce dernier point qui va attirer le plus notre attention.

Le canal est donc un foyer dont l'activité est ralentie, mais un foyer que rien ne peut éteindre car il est protégé par des parois de dentine.

Je ne connais dans l'organisme aucun point ayant de semblables

caractéristiques et tout foyer de suppuration chronique communique de tous côtés, au moins par simple imbibition, avec les tissus sains périfocaux. Le canal infecté, lui, est isolé et ne communique que par l'étroit orifice apical avec le reste de l'organisme.

Si du point de vue anatomique je ne vois aucune analogie, je crois pouvoir, sur le terrain biologique, hasarder une comparaison avec le granule tuberculeux qui est à l'origine de fréquentes suppurations chroniques.

Dans le tuberculome, il y a un isolement microbien dû, non pas cette fois à une disposition anatomique, mais à une protection individuelle des bacilles, protection mécanique d'abord par l'enveloppe caractéristique de ces bacilles, puis protection au milieu d'une cellule géante qui devient le centre biologique du tubercule.

Granulome apical d'une part, tuberculome d'autre part sont donc des zones de modifications histologiques caractérisées par deux points : le premier est l'existence de défenses périphériques conjonctives et épithéliales (cellules épithélioïdes dans le tubercule) ; le second est la présence de bactéries dans un centre biologique protégé contre toute action microbicide. La comparaison s'arrête là, bien entendu.

A l'appui de ces considérations sur l'importance du canal radiculaire, je puis chercher des témoignages dans la thérapeutique dentaire. Le canal radiculaire est tellement le centre biologique du granulome qu'il est parfois suffisant — quand cela est possible — de l'obturer hermétiquement avec une substance inactive pour voir régresser, puis disparaître le granulome. De nombreuses techniques, malgré les apparences, sont basées sur ce principe.

Au dernier congrès international, Gustav Hedström, de Stockholm, en particulier, fit une longue communication sur « l'importance d'un dessèchement complet et d'une obturation anhydre et non moins complète du canal radiculaire ». Malheureusement, cet auteur semble s'être égaré dans des considérations de bactériologie un peu paradoxales : s'il attache une grande importance à l'obturation hermétique du canal, il en attache une plus grande encore à la déshydratation des tissus dentaires, déshydratation qui, d'après lui, a une véritable action bactéricide.

L'exemple biochimique qu'il nous expose à ce sujet paraît singulièrement interprété. Voici quel est cet exemple : Dans la fermentation alcoolique, il n'existe plus de ferment quand la concentration



en alcool atteint 15 % et l'auteur souligne que si l'on « avait ajouté une quantité convenable d'eau sucrée, aucune mort n'aurait eu lieu et la fermentation aurait continué ».

Est-ce à dire que c'est l'absence d'eau qui a tué les micro-organismes ? Non, puisque la quantité d'eau n'a pas diminué dans la fermentation, c'est en réalité l'alcool néoformé qui a tué, le fait d'ajouter de l'eau n'a eu d'autre action que de diluer cet alcool. Si le rôle de la déshydratation des tissus dentaires a été mal interprété, il n'en est pas moins important, mais d'un ordre tout différent : cette déshydratation a pour effet essentiel de permettre une obturation plus parfaite du canal à l'aide d'une substance qui, dans le cas d'Hedström, n'est pas miscible à l'eau.

En résumé, la technique d'Hedström se réduit à une obturation hermétique à l'aide d'une substance neutre et les résultats cliniques et radiographiques qu'il obtient sont remarquables et confirment le rôle du canal comme centre biologique du granulome.

Est-ce à dire maintenant qu'une simple obturation hermétique est toujours suffisante ? Je ne le crois pas, car souvent le granulome lui-même est devenu un centre microbien, centre moins protégé que le canal, mais qui doit subir malgré tout une action thérapeutique, ne serait-ce qu'une simple stimulation des défenses biologiques. Cet agent de stimulation sera médicamenteux (ionique ou non) ou physique tels que radiations, courants ou oscillations électriques.

Il est bien évident que le cas est tout autre des canaux inaccessibles, impossibles à obturer, mais je ne veux pas revenir sur de nombreux exposés que j'ai faits depuis 3 ans, à cette Société en particulier.

\*  
\* \*

Il est une autre variété de granulome, si je puis dire, qui doit attirer toute notre attention. C'est celui qui, malgré la thérapeutique radiculaire, ne change pas d'aspect radiologique, bien que cliniquement on ait une guérison apparente et bien que les examens bactériologiques soient négatifs.

Ce granulome est déclaré inoffensif par certains auteurs sous prétexte que le canal est antiseptisé par un bactéricide énergique tel que le formol. Ce granulome, c'est celui que M. Pitsch lui-même appelle « la chaire à saucisse putréfiée devenue inodore et — dit-il — impu-  
trescible ».

Il s'agit donc d'un granulome particulier puisqu'on observe sa persistance malgré la stérilité de son centre radulaire.

A la base de cette partie de mon exposé, je dois placer les expériences classiques sur l'effet biologique du formol : Müller expérimentant sur des dents de chien et Rohmer sur des dents de singe, ont montré que le formol placé dans des canaux dentaires suffit à faire apparaître des zones périapicales de dégénérescences tissulaires qui sont l'équivalent d'eschares incluses dans les tissus vivants.

« Que nous importe — pourra-t-on me dire — le formol qui a produit cette eschare est antiseptique et empêche l'infection de s'établir ; nous n'avons rien à craindre de ce côté-là ».

C'est précisément cette opinion trop hâtive d'imputrescibilité d'un tel granulome que je veux discuter. Pour cela, je prends comme point de départ les observations de Fiessinger : Cet auteur badigeonne une plaie à l'aide de formol, il se forme une eschare ; sous cette eschare poussent les anaérobies et, après 24 heures, l'eschare elle-même cultive les anaérobies, sauf dans la région la plus superficielle. Mais alors ! le formol a produit une eschare et l'action de son pouvoir antiseptique se serait limitée à une zone bien moins profonde que l'action de son pouvoir caustique ? (Figure 1). Ici, il y a quelque chose d'apparence paradoxale et l'on ne comprend pas bien, *a priori* pourquoi il y a une séparation dans l'espace des pouvoirs antiseptique et caustique.

L'interprétation de ce processus est dominée par la notion du tropisme leucocytaire que possèdent certaines substances. Je ne veux pas entrer dans l'étude inutile du mécanisme de ces tropismes ni dans l'interprétation physico-chimique ou finaliste du sens de ces tropismes. Je n'ai besoin pour le moment que de connaître les faits qui ont été « très étudiés » (dit Policard).

Nous savons que les leucocytes et toutes les cellules mobiles ou mobilisables sont, soit attirées, soit repoussées par des substances chimiques, et cette attraction ou cette répulsion se fait à distance et non pas seulement au contact de la substance chimique. Cette notion d'action à distance sera la clef de notre exposé.

Parmi les substances ayant un tropisme positif, c'est-à-dire ayant une action attractive sur les leucocytes, citons en tout premier lieu la térébenthine et la thérapeutique par abcès de fixation a pour base cette propriété ; citons ensuite l'acide malique, l'iode, surtout sous sa forme ionique, l'ion calcium.

Parmi les substances ayant un tropisme négatif, c'est-à-dire ayant une action répulsive, citons la quinine, la glycérine, l'acide lactique, le chloroforme, et... le formol.

Notons bien qu'à l'encontre de l'action tropique qui s'effectue à distance, l'action antiseptique est uniquement une action de contact ; on ne connaît pas en effet d'antisepsie par le simple voisinage d'un antiseptique. C'est ainsi que le pouvoir bactéricide du formol ne dépasse pas le lieu de diffusion de ses vapeurs et, si profonde que soit cette diffusion, il existe toujours au delà une zone de voisinage où s'effectue l'action tropique.

Avec ces données, nous pouvons faire l'analyse biologique de l'eschare de Fiessinger et par extension du granulome médicamenteux : la surface de l'eschare et les quelques millimètres sous-jacents qui reçoivent l'action de contact du formol et de ses vapeurs sont et demeurent stériles. Tout le reste de l'eschare représente la zone abiotique, c'est-à-dire la zone nécrosée par suite de la disparition des cellules vivantes mobiles, des cellules essentiellement défensives. Cette zone ne peut pas se résorber spontanément, car, ainsi que le dit M. Delbet : « le mécanisme qui aboutit à cette résorption est d'ordre inflammatoire : il est exactement superposable à celui de la lutte contre les microbes ». Or, cette zone de nécrose médicamenteuse est privée de toute action biologique, en particulier de phagocytose.

Voici donc une zone qui ne subit ni l'action bactéricide de l'antiseptique, ni l'action bactéricide des défenses biologiques ; cette zone est donc vouée à l'infection du premier ensemencement microbien.

On observe dans la pratique l'isolement, l'extériorisation, puis la chute de cette eschare par suite d'une organisation conjonctive, puis épithéliale au niveau de la limite des tissus sains. Cette organisation est le premier stade de la cicatrisation.

Dans le granulome, nous avons une première zone de contact avec les vapeurs de formol intra-radulaire, stérile, imputrescible même, admettons que ce lieu d'imputrescibilité dépasse l'apex ; mais ce lieu est toujours circonscrit par une deuxième zone abiotique, c'est-à-dire essentiellement putrescible et non résorbable.

La notion d'imputrescibilité est donc mal interprétée ; elle existe au niveau du centre biologique, où précisément se font les prélèvements bactériologiques, mais son extension à tout le granulome est absolument fausse.

Ici encore, on observe l'isolement de cette eschare par une réac-



tion des tissus sains, réaction qui donne lieu à une organisation histologique particulière, organisation épithélio-conjonctive qui est l'équivalent d'un tissu cicatriciel. Mais cette fois l'extériorisation et la chute de l'eschare sont impossibles en raison de sa situation anatomique en plein tissu vivant. Un tel granulome est donc une eschare permanente qui ne subit ni résorption ni expulsion.

Je distingue donc 3 zones dans le granulome, les deux dernières représentent un danger en elles-mêmes : danger de dégénérescence de la zone de réaction histologique qui peut évoluer vers la néoplasie kystique, danger d'infection de la zone intermédiaire abiotique. Tous

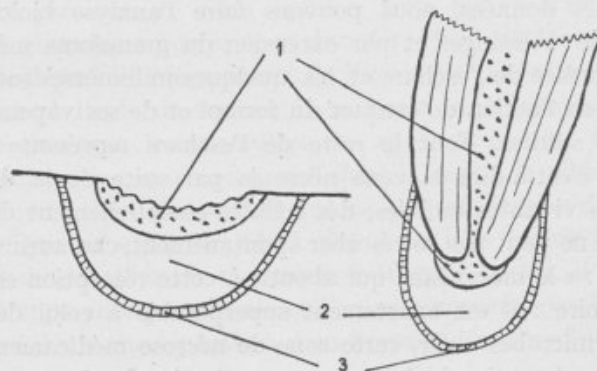


Fig. I. — ESCHARE DE FIESSINGER ET GRANULOME.

- 1° Zone de contact avec les vapeurs formolées, donc zone antiseptique.
- 2° Zone de voisinage où s'effectue l'action tropique, donc zone abiotique et putrescible.
- 3° Zone de réaction histologique à la limite de l'action tropique.

ces dangers sont signés par la persistance radiologique du granulome.

Quant au centre antiseptique, il n'est pas un danger en lui-même, mais il est la cause originelle des deux dangers que je viens de citer et ma conclusion thérapeutique sera ici encore : *suppression du centre biologique et pour cela obturation hermétique du canal.*

Cet exposé serait trop incomplet si je ne faisais deux mises au point.

Tout d'abord je n'ai pas voulu faire le procès du formol et je considère que son pouvoir bactéricide des plus puissants peut toujours être utilisé pour la désinfection des canaux, mais ce qui me paraît un contre-sens c'est le maintien, dans le canal radiculaire, d'un centre d'inhibition des défenses biologiques. En d'autres termes, si l'on veut

utiliser une pâte obturatrice formolée, il faut que cette pâte fasse prise, comme le préconise judicieusement Lentulo — prise qui réalise le blocage de la diffusion formolée — car, après la désinfection, le formol n'a plus raison d'être et comme je viens de le montrer, il a des raisons de ne plus être.

Toute la difficulté de notre technique réside donc dans la réalisation de l'herméticité de l'obturation ; il ne m'appartient pas de revenir sur les diverses études techniques qui ont été faites par plusieurs auteurs ; d'ailleurs tel n'est pas le but de ma communication.

Toutefois, et c'est l'objet de ma seconde mise au point, l'obturation du centre biologique du granulome est souvent irréalisable et encore plus souvent incomplète malgré les apparences.

Jusqu'à ce jour, mes travaux personnels ont eu pour but une action thérapeutique dans les cas où l'on se trouvait devant une impossibilité technique et je vous ai montré ici-même comment il n'y a plus d'impossibilité. Je vous ai signalé que le problème de l'obturation n'en existait pas moins, aujourd'hui je vous en donne les raisons : la désinfection d'un canal et d'une zone périapicale obtenue, quel est le devenir des débris organiques inextirpables des canaux inaccessibles ? Ces débris organiques sont devenus aseptiques et pour un temps antiseptiques, mais peut-être pas d'une façon définitive ; ils pourraient redevenir un centre biologique d'évolution d'une affection périapicale !

En raison de cette crainte, il est donc prudent de faire de la thérapeutique préventive en cherchant une antiseptie permanente des canaux ; mais, pour ne pas se heurter à l'obstacle d'une inhibition biologique telle que celle provoquée par de nombreux antiseptiques, il faut s'adresser à des substances qui ont une action tropique positive ou mieux encore une action tropique nulle.

Lorsque dans la pratique la quantité du formol dégagé est maximum, la fonction caustique par contact chimique produit une irritation et l'on assiste à des phénomènes de péri-apexite dite médicamenteuse. Si par des artifices comme dans la plupart des techniques la tension et la diffusion du formol sont réduites, on peut éviter cette action de contact et il n'apparaît aucun signe clinique d'irritation ; mais il n'en existe pas moins l'action nécrotique à distance due au chimiotropisme négatif, car cette action est précisément le fait des doses infinitésimales. Si donc il n'y a pas de phénomènes douloureux, il y a cependant destruction des tissus sains et telle est la signification

biologique de la persistance radiologique du granulome, persistance observée par Pitsch lui-même.

Le blocage de la diffusion médicamenteuse ne me paraît pas une solution, car ou bien le blocage est parfait et le pouvoir préventif n'existe plus, ou bien le blocage est partiel et le médicament possède toujours son pouvoir nécrotique.

C'est donc à des substances obturatrices qui ne font pas prise, mais qui ont un tropisme nul que je donne mes préférences, et c'est à l'étude de ces substances que je consacre mes travaux actuels avec mon ami Cayre.

*En résumé*, j'ai voulu vous montrer que le granulome représente au point de vue biologique une eschare permanente essentiellement putrescible, une eschare qui ne peut s'éliminer, et qui ne peut non plus se résorber si son centre, le canal radiculaire, contient, en permanence, certaines substances antiseptiques nocives.



## PROCÉDÉS PRATIQUES DE NETTOYAGE-STÉRILISATION POUR LA PETITE INSTRUMENTATION

Par M. L. AGUSSOL,

Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Lyon.

(Communication à la Semaine Odontologique, 6-13 avril 1932)

Nous entendons par petite instrumentation tous les menus outils d'un usage courant dont la durée, généralement, est assez limitée.

Nous comprenons :

1<sup>o</sup> les instruments entièrement métalliques : fraises, forets, beutelocks, broches, tire-nerfs, équarrissoirs, mandrins, disques, strips, limes à séparer, etc...

2<sup>o</sup> les petits outils non métalliques : meules, disques vulcarbo ; ainsi que les instruments mixtes, comme les meulettes montées.

Pour chacun de ces deux groupements, nous utilisons un procédé particulier de nettoyage-stérilisation.

Quand nous ne stérilisons pas tous nos instruments sans aucune exception, la désinfection de quelques-uns d'entre eux devient un fait insuffisant et critiquable, car nous oublions les fraises, tire-nerfs ou autres menus outils d'un emploi continu et qui nous servent à des interventions dont l'asepsie doit être rigoureuse. A ce sujet, je me permets de reproduire un paragraphe d'un article du Dr Solas :

« Dans le domaine qui nous intéresse particulièrement, les nombreux travaux relatifs à l'infection chronique péri-apicale nous ont appris depuis longtemps comment cette infection s'installe souvent d'une façon insidieuse, quels ravages elle occasionne localement et dans l'état général, quelles difficultés aussi nous éprouvons à la combattre.

« Notre pratique courante s'apparente d'une façon très étroite à la petite chirurgie.

« Comme celle-ci, et plus encore, elle doit, dans un temps toujours mesuré, accomplir de multiples petites opérations différentes et complexes par leur technique. Autant de gestes et d'instruments divers, autant d'occasions de commettre des fautes d'asepsie.

« Ce serait nier l'évidence que de ne pas admettre que le prati-

cien dentiste le plus consciencieux ne pêche pas tous les jours de nombreuses fois contre l'asepsie.

« Lorsqu'il exécute la trépanation d'une dent saine avec enlèvement de la pulpe et des filets radiculaires, il peut évidemment réaliser cette opération d'une façon aussi rigoureuse que possible.

« Sa façon de faire dans ces conditions se rapproche de la grande chirurgie, il peut stériliser son champ opératoire, son matériel, pièce à main, fraises, tire-nerfs, etc..., mais dans ces conditions il se rapproche également de la grande chirurgie relativement à son débit opératoire.

« Cette façon d'opérer est l'idéal que nous devons nous proposer, et la meilleure façon de nous en approcher est d'essayer d'en rendre la pratique à la fois facile et rapide ». (Stérilisation du petit matériel de dentisterie opératoire. *Odontologie*, 30-3-31).

Dans un autre ordre d'idées, le coût assez élevé de ces nombreux petits outils incessamment remplacés charge nos dépenses.

Après leurs premières utilisations, nous essayons bien une récupération raisonnable, mais la plupart ne peuvent resservir efficacement (stérilisation et nettoyage effectués) que s'ils gardent leurs qualités particulières, c'est-à-dire leur tranchant, leur mordant ou leur barbelé. C'est pourquoi beaucoup de ces instruments sont considérés comme ne pouvant servir utilement qu'une fois et l'on concède pour les autres un usage plus ou moins long, généralement assez court, car leur détérioration provient autant, sinon plus, de l'action du nettoyage et de la stérilisation par les méthodes ordinairement employées, que par leur emploi renouvelé. Mais, si nous pouvons éviter cette cause de détérioration, nous aurons tout intérêt à employer des instruments de qualité supérieure dont la durée d'utilisation sera ainsi prolongée.

Nous remarquons que les méthodes habituelles de stérilisation et de nettoyage ne conviennent pas à cette petite instrumentation spéciale.

La chaleur humide, très recommandable pour les instruments plus volumineux, puisque son action à 120° durant un quart d'heure amène l'asepsie, n'est plus indiquée pour nos menus outils qui rouillent et se trouvent détériorés par ce procédé.

On essaye aussi de les stériliser dans l'air chaud, mais pour être

efficace ce genre de stérilisation nécessite une température trop élevée altérant ces petits instruments, qui perdent déjà la qualité de leur trempe vers 130°.

Pour cette désinfection, beaucoup de praticiens ont encore recours à des antiseptiques. Abstraction faite des inconvénients de cette méthode qui doit être suivie d'un nettoyage complet avec des brosses métalliques pour les fraises, ce qui raisonnablement oblige à une nouvelle asepsie, il n'est pas sûr que les couches profondes adhérant aux fraises, par exemple, aient été atteintes par l'antiseptique, ni complètement enlevées par le nettoyage mécanique toujours nuisible au tranchant.

De sorte que, pour éviter ces inconvénients, il faut arriver aux résultats suivants : stériliser parfaitement et nettoyer facilement les petits instruments sans en altérer le tranchant ni la trempe, tout en conservant leur aspect.

Les procédés que nous indiquons sont peu connus, croyons-nous ; nous pensons aussi les avoir améliorés ; ils sont sûrs, commodes, pratiques, économiques, permettant tout à la fois une stérilisation et un nettoyage complets et cela sans aucune détérioration pour nos petits outils.

Nous savons que la stérilisation par les produits chimiques ne peut être efficace que si les particules septiques sont désagrégées ou dissoutes par le produit utilisé.

La méthode que nous employons consiste à immerger les instruments durant un certain temps, dans un bain détergent bactéricide, puis à les rincer dans un bain neutralisant anti-rouille. Selon que nous avons à nous occuper de l'instrumentation entièrement métallique, ou bien de l'instrumentation non métallique ou mixte, nous employons des bains différents.

Pour chacune de ces deux catégories d'instruments, nous utilisons d'une part : les propriétés caustiques de la soude ou de la potasse qui désagrègent les matières dures tout en détruisant les substances organiques ; et, d'autre part, les propriétés fortement détergentes mais non désagrégeantes du mélange hypochlorite de potasse-alcool. Ces produits sont de puissants bactéricides.

Pour tous ces petits instruments ainsi nettoyés et stérilisés, nous employons un *bain de rinçage* antiseptique, qui lubrifie légèrement ; c'est de l'alcool éthylique avec 5 % de lusoforme. On peut aussi uti-



liser l'alcool méthylique rectifié ; le chloroforme, l'acétone ou bien encore une solution anti-rouille de sels sodiques (1).

I. — PROCÉDÉ DE NETTOYAGE-STÉRILISATION POUR L'INSTRUMENTATION EXCLUSIVEMENT MÉTALLIQUE.

La plupart des métaux sont plus ou moins attaqués par la potasse ou la soude. Cependant, nos petits instruments (2), presque exclusivement en acier, ne sont nullement détériorés par une solution caustique à 20 % et à froid. Soit :

Potasse caustique pure (3) .....	200 gr.
Eau distillée (4) .....	1.000 gr.

Avec ce procédé, au fur et à mesure de leur utilisation au cours de la journée, les instruments essentiellement métalliques sont plongés dans ce bain, où ils restent immergés toute la nuit ; le lendemain, sans être rincés à l'eau courante, ils sont alors transvasés dans le bain de rinçage.

Quoiqu'une lessive caustique ordinaire ne soit pas oxydante, pour prévenir tout danger de rouille dans le premier bain, nous préconisons l'emploi de la potasse pure en dissolution dans une eau distillée savonneuse à 1 % de savon potassique (5) pur. Toutefois, cette préparation (6) n'est pas indispensable, surtout si les instruments sont d'un bel aspect et s'ils ne doivent rester immergés plus d'une journée.

---

(1) Solution à 15 % d'un mélange de phosphate trisodique, de carbonate et de silicate de soude, utilisé surtout dans un procédé par ébullition pour la stérilisation et l'épuration de la petite instrumentation.

(2) Les instruments qui présentent un alliage de cuivre (manches de tire-nerfs ou de broches) ne sont pas détériorés par la solution caustique employée ; par contre le nickelage est altéré et l'aluminium est fortement attaqué.

(3) La potasse pure ou potasse à l'alcool n'a plus les impuretés de la potasse ordinaire ou potasse à la chaux purifiée en la traitant par l'alcool qui dissout la potasse et laisse les impuretés. La potasse ou la soude sont très solubles et avides d'eau (dont un litre peut en dissoudre plus de trois kilogrammes). Ces bases sont donc des déshydratants énergiques attaquant fortement les tissus organiques. Le préparateur devra surtout veiller à ce que la solution n'atteigne pas accidentellement les yeux.

(4) L'eau distillée n'est pas indispensable pour cette préparation ; mais ces bases précipitent un grand nombre de sels pour donner des oxydes insolubles.

(5) Le savon potassique (savon mou) se dissout plus facilement dans l'eau que le savon sodique (savon dur).

(6) Au point de vue nettoyage-stérilisation, une simple solution aqueuse de potasse ordinaire au 1/5<sup>e</sup> donnerait les mêmes résultats, mais elle serait moins anti-rouille que la préparation indiquée. Il est préférable de préparer une journée d'avance la solution savonneuse avant d'y adjoindre la potasse, le savon se dissolvant difficilement dans une lessive caustique.

La solution de soude ou de potasse au 1/5<sup>e</sup>, très bactéricide, a la propriété de désagréger, de détruire les résidus et les substances organiques adhérant aux instruments. Par son action durant une dizaine d'heures en moyenne, on obtient alors une dissolution complète des matières enrobant les petits outils ; seules les fraises à fûsures nécessitent une immersion d'une plus longue durée ; mais après ce laps de temps, la plupart des instruments sortent parfaitement propres. Si quelques parcelles de ciment ou autres matières indissolubles (7) dans la solution caustique restent attachées à l'instrument, il suffit de le brosser légèrement pour le rendre net.

Ainsi, pour le nettoyage, la durée d'immersion est donc variable, selon l'état des instruments utilisés ; ils peuvent sans inconvénient demeurer assez longtemps dans ce bain caustique ; mais il n'est pas nécessaire de les y laisser plus de 24 heures.

Le deuxième bain pour le rinçage est composé : d'alcool ordinaire avec 5 % de lusoforme (8), soit :

Alcool à 95°.....	1.000 gr.
Lusoforme.....	50 gr.

Ce bain conserve la stérilisation des instruments obtenue précédemment ; l'alcool neutralise seulement la causticité de la potasse ou de la soude ; le lusoforme est utilisé pour lubrifier. Dans ce dernier bain, les instruments peuvent rester sans désavantage plus ou moins longtemps ; retirés du bain, ils sèchent librement et rapidement, sans crainte d'altération, étant parfaitement préservés de la rouille par l'enduit savonneux. Cependant, pour quelques instruments, nous préférons essuyer leur tige pour en retrouver le brillant.

Pratiquement, au cours de la journée après leur utilisation pour chaque patient, nous mettons immédiatement les petits instruments dans le bain caustique afin d'éviter leur oxydation possible. Le lendemain matin, ils sont égouttés et transvasés dans le bain de rinçage où ils demeurent un quart d'heure environ. Sortis de ce bain, nous

(7) Gutta, vulcanite, coton.

(8) Dans le bain de rinçage, à défaut de Lusoforme, celui-ci peut être remplacé par 1 % de savon potassique pur ou bien par 5 % d'une solution au 1/5<sup>e</sup> de savon potassique pur dans de l'eau distillée.

Le Lusoforme est un antiseptique savonneux dont la formule est :

Aldéhyde formique .....	7
Savon potassique .....	20
Eau distillée.....	100

procédons alors au triage, puis à la mise en place de tous ces divers petits outils utilisés la veille ; le menu matériel canaliculaire, plus particulièrement est enfermé dans des tubes de verre.

## II. — PROCÉDÉ DE NETTOYAGE-STÉRILISATION POUR L'INSTRUMENTATION NON MÉTALLIQUE ET MIXTE.

Après un séjour quelque peu prolongé dans une lessive caustique au 1/5<sup>e</sup>, cette instrumentation spéciale se détériore ; les meules à gros grains surtout (genre Hittless) se désagrègent vite, les meulettes montées se détachent de leur tige (9).

Pour le nettoyage et la stérilisation conjugués de cette catégorie d'instruments, nous employons un bain non destructeur, mais suffisamment actif et détergent ; c'est un mélange (10) d'hypochlorite de potasse et d'alcool ordinaire ; ou plus économiquement :

Eau de Javel.....	500
Alcool à brûler.....	500

Avec ce mélange, l'alcool semble renforcer l'action détersive et stérilisante de l'hypochlorite de potasse, tout en neutralisant l'acide hypochloreux (se dégageant surtout au contact du fer, ce qui le rouille rapidement). Il supprime aussi l'odeur désagréable de l'eau de Javel.

Dans ce bain, le temps nécessaire à cette instrumentation pour être nettoyée et stérilisée complètement varie de deux à six heures, selon l'état des instruments utilisés ; une demi-journée d'immersion est largement suffisante. Ce bain prolongé au delà d'une journée arrive à détremper certaines meules, aussi est-il préférable de ne pas laisser durer cette immersion trop longtemps. Pratiquement, pour ménager cette instrumentation spéciale, nous la soumettons à un brossage savonneux succinct, ce qui réduit considérablement le temps d'immersion nécessaire pour son nettoyage et sa stérilisation.

Comme dans le premier procédé, il est inutile de rincer cette instrumentation à l'eau courante avant de la plonger, après égouttage, dans son bain de rinçage neutralisant, soit :

Alcool à 90°.....	1.000
Lusoforme.....	50

(9) On peut recoller les meulettes à leur tige avec un ciment au cuivre.

(10) Mélange préconisé dans la thèse de M. le Dr J. Lagarde pour certaines stérilisations : « Action antiseptique de quelques composés chlorés et, en particulier de l'eau de Javel sur le bacille tuberculeux ». 1926.



Toutefois, nous ne voyons pas d'inconvénients à remplacer plus économiquement l'alcool bon goût par de l'alcool dénaturé.

Après un quart d'heure d'immersion environ, meules et meulettes sont sorties de ce bain à l'aide d'un petit égouttoir, puis déposées sur un linge propre où elles sèchent librement avant d'être replacées dans un logement aseptique.

Ainsi, avec ces procédés chimiques, les durées minima pour le nettoyage et la stérilisation de la petite instrumentation sont variables, suivant la quantité et la nature des matières septiques que le premier bain doit désagréger ou dissoudre pour agir sur les éléments microbiens que ces substances recèlent et qu'elles protègent contre son action.

Cependant, les temps d'immersion indiqués sont largement suffisants pour assurer une stérilisation et un nettoyage complets de toute cette instrumentation spéciale.

Le pouvoir stérilisant du bain caustique détergent est rapide ; les travaux effectués à ce sujet à l'Institut bactériologique de Lyon, par M. le Dr Gardère, en donnèrent confirmation ; de pareils examens furent effectués au Laboratoire de l'Hôpital Desgenette, avec l'obligeance de M. le Dr Romey ; les mêmes examens furent aussi entrepris à l'Académie de Düsseldorf, par M. le Dr Bac.

Donc, ces procédés donnent comme avantages :

Nettoyage et stérilisation, tout à la fois, par simple immersion, supprimant une manipulation désagréable, anti-hygiénique ;

La récupération de nombreux petits outils, dont certains reprennent du mordant ;

Après rinçage, l'instrumentation sèche librement sans détérioration ;

Les mêmes bains peuvent resservir plusieurs jours ; généralement ils sont renouvelés une ou deux fois par semaine, selon la quantité d'instruments utilisés ;

Ces procédés ne sont pas onéreux ; la soude, encore moins coûteuse que la potasse, a les mêmes effets (néanmoins, nous préférons la potasse pure qui est plus active). Pour les derniers bains énoncés, l'alcool ordinaire peut être remplacé sans désavantage par de l'alcool dénaturé.

Cette méthode de nettoyage et de stérilisation à froid est simple, pratique, quand on a les préparations et le matériel nécessaires.

Pour cela, on prépare d'avance les bains, de préférence dans des flacons d'une grande contenance, avec bouchage émeri ou caoutchouc (1). Nous recommandons de prendre quelques précautions pour la manipulation de la solution caustique ; au cas où elle jaillirait accidentellement sur la conjonctive, faire immédiatement des lavages suivis de bains d'yeux bicarbonatés et d'une instillation d'Atropine si la cornée est ulcérée.



FLACONNAGE  
pour nettoyage-stérilisation de la petite instrumentation.

Quant au matériel, il peut être des plus simples en utilisant des flacons de 250 cmc au moins, en verre blanc bien recuit surtout, avec col large et bouchon de verre.

Mais, pour faciliter les opérations d'égouttage, de transvasement, de séchage, nous conseillons l'emploi d'un petit matériel très pratique, comprenant quatre bocaux en demi-cristal, de formes spécialement étudiées et dont le couvercle porte gravée l'inscription du bain respectif : *solution, mélange, rinçage*.

Ce flaconnage est logé dans une boîte chromée dont le couvercle peut être également utilisé comme plateau.

Pour chacune des deux catégories d'instrumentation, ces manipu-

---

(1) Une lessive de soude avec l'acide carbonique de l'air produit du carbonate de soude solide qui se dépose ainsi autour du col du flacon s'il n'est pas hermétiquement bouché.

La solution de potasse donne du carbonate de potasse, déliquescent.

lations sont facilitées par l'emploi d'une petite corbeille en nickel dont le fond convexe et perforé permet d'égoutter complètement les instruments en suspendant obliquement cet ustensile sur le col du bocal.

Ces procédés, commodes pour la stérilisation et le nettoyage de notre menue instrumentation, ne nous semblent pas indiqués pour les instruments de chirurgie, plus volumineux, dont la stérilisation obligerait, semble-t-il, à une manipulation assez malaisée et dont le nettoyage exigerait aussi plus de temps qu'avec les procédés ordinairement employés ; d'autre part, le nickelage de ces instruments serait altéré par le bain caustique.

Par contre, notre petite instrumentation spéciale nécessite des procédés particuliers pour être nettoyée et stérilisée pratiquement.

Nous savons que la stérilisation par ébullition simple de l'eau n'est pas suffisante pour détruire les spores et que, pour rendre le procédé efficace, il faut ajouter à l'eau un antiseptique ou augmenter son point d'ébullition par l'addition de sels fixes, inertes ou lisants, comme le carbonate ou le borate de soude, généralement employés.

Cette ébullition, qui doit être prolongée, peut convenir pour la stérilisation des instruments ordinaires ; par contre, elle n'est plus indiquée pour la stérilisation de notre petite instrumentation beaucoup plus délicate, qui ne peut supporter sans détérioration l'ébullition avec des antiseptiques ou même avec le carbonate et le borate de soude qui préviennent insuffisamment la rouille.

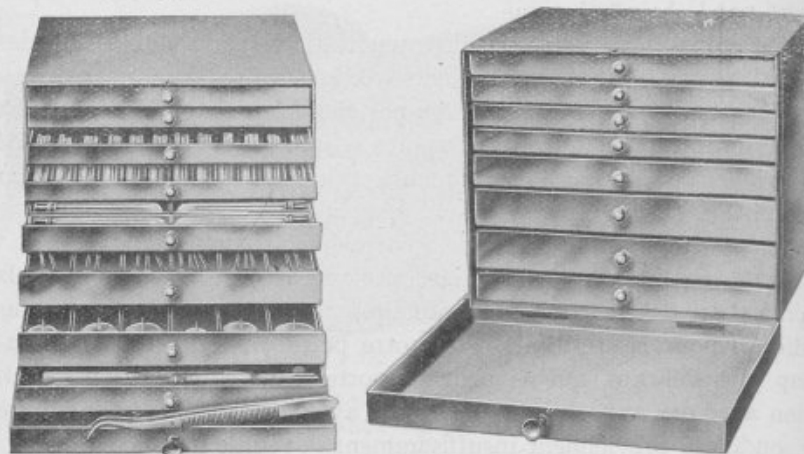
Mais tous les produits qui s'opposent à la formation de rouille ne peuvent pas enlever celle-ci quand elle s'est attaquée à nos petits outils ; il faut donc éviter absolument leur contact prolongé avec les produits oxydants que nous employons : eaux oxygénées, médicaments iodés ou acides, solutions anesthésiques des ampoules ; il faut encore éviter de les exposer à l'ambiance d'un laboratoire de prothèse, souvent mal préservé des émanations acides.

Nous pensons aussi que l'instrumentation doit être logée *essentiellement* dans le milieu aseptique d'un meuble spécial peu encombrant, permettant encore de classer et de grouper tous nos divers instruments dont l'emploi est continu, afin de faciliter leur choix rapide.

A cet effet, un « classeur » est établi maintenant pour loger rationnellement, sous un volume restreint, toute notre menue instrumentation exclusivement. C'est un coffre chromé, fermant hermétiquement,



comprenant des tiroirs aménagés pour le placement de tous les divers petits instruments ; il convient particulièrement au matériel opératoire canaliculaire que l'on enferme dans des tubes de verre après leur stérilisation. Dans les ondulés des premiers tiroirs, les fraises sont groupées par catégories de formes, grosseurs et dimensions ; les tire-nerfs, broches, forets, bourre-pâtes, etc., y sont logées avec les étuis qui les renferment. Les tiroirs suivants comprennent des compartiments dans lesquels se trouve assemblée la petite instrumentation nécessaire pour une opération déterminée. Ils contiennent aussi des cases pour : mandrins, disques métal et vulcarbo, meules et meulettes. Le dernier



CLASSEUR

Logement aseptique de toute la petite instrumentation.

tiroir est réservé au logement d'une précelle, à d'autres instruments au besoin, ainsi qu'au produit employé pour maintenir le tout dans une ambiance antiseptique.

Nous préconisons ces méthodes, nous conseillons ces procédés parce qu'ils sont pratiques et sûrs ; leurs applications rendent, en effet, d'appréciables services pour la stérilisation et l'entretien journalier de la petite instrumentation ; d'autre part notre travail de dentisterie courante se trouve facilité, car nous n'hésitons plus à changer immédiatement l'instrument devenu impropre au travail poursuivi, sachant que tous ces menus outils sont facilement nettoyés, parfaitement stérilisés et récupérés pour la plupart.

Dans le domaine thérapeutique aussi, l'emploi judicieux des pro-

duits caustiques envisagés nous est d'un précieux recours. A ce sujet, je rappelle l'intéressante communication « Contribution à l'étude des Caries pénétrantes », faite par M. Destizon, au 41<sup>e</sup> Congrès Dentaire.

#### ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

L'étude du pouvoir antiseptique du bain de potasse caustique d'une part, et du bain de Javel-alcool d'autre part, a été pratiquée de la manière suivante par M. le Dr H. Gardère, de l'Institut Bactériologique de Lyon, qui a bien voulu résumer le résultat de ses expériences.

« Les instruments utilisés pour les soins des dents infectées ont été plongés, selon leur catégorie, dans le bain antiseptique approprié.

« Ils ont ensuite été lavés dans du sérum physiologique pour être débarrassés de la substance antiseptique et mis en culture dans des tubes de bouillon Truck-Cotoni placés à l'étuve à + 37°. Après quelques jours de séjour à l'étuve de ces cultures, quelques gouttes de bouillon prélevées dans chacune d'elles ont été réensemencées dans de nouveaux bouillons pour confirmer la stérilité des milieux.

« Les résultats ont été les suivants :

##### 1<sup>o</sup> *Expériences sur les fraises :*

a) « 5 fraises immergées 24 heures dans la solution de potasse au 1/5<sup>e</sup> n'ont donné aucune culture microbienne ;

b) « 5 fraises immergées 6 heures dans la même solution caustique n'ont donné aucune culture ;

c) « 5 fraises immergées une heure dans la même solution n'ont donné aucune culture ».

##### 2<sup>o</sup> *Expérience sur les tire-nerfs :*

« Ces instruments, placés dans la solution de potasse caustique au 1/5<sup>e</sup>, dans les mêmes conditions que les fraises, n'ont donné aucune culture ».

##### 3<sup>o</sup> *Expériences sur les meules :*

« Après leur usage, ces outils ont été plongés dans le mélange eau de Javel-alcool.

« 5 meules placées 24 heures dans le mélange eau de Javel-alcool n'ont donné aucune culture.

« 5 meules placées 6 heures dans le mélange eau de Javel-alcool n'ont donné aucune culture.

« Sur 5 meules placées une heure dans le mélange eau de Javel-alcool, une seule a donné une culture microbienne ».

## CONCLUSIONS

« Il résulte de ces expériences que la stérilisation des meules est la plus difficile à obtenir.

« Le temps minimum de stérilisation peut varier selon la nature de l'enduit septique que le bain doit désagréger pour agir sur les éléments microbiens que cet enduit recèle et qu'il protège contre l'antiseptique.

« Cependant, il semble qu'après 6 à 24 heures de contact avec le bain antiseptique, les meules soient toutes stériles sans exception dans les conditions d'expérience où nous sommes placés. Seul un enduit septique d'une épaisseur ou d'une densité exceptionnelles, pourrait, peut-être, résister à la désagregation et rester ainsi septique.

« Pratiquement, la stérilisation est obtenue en 10 à 24 heures ».

---



## REVUE ANALYTIQUE

---

### MOULONGUET et de LAMBERT. — L'Épulis congénitale.

Les auteurs, dans un travail fort intéressant, étudient cette affection rare qui ne ressemble en rien à l'épulis ordinaire et dont ils rapportent treize cas. Cette affection se rencontre chez les filles à la partie antérieure des mâchoires, plus souvent au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur.

C'est une tumeur ferme, lisse, recouverte d'une muqueuse normale, plus ou moins pédiculée. Elle peut être double ou triple. Son ablation a lieu sans hémorragie. Elle ne récidive pas.

Son aspect histologique est remarquable d'identité. Dans un stroma pauvre en collagène, mais riche en fibroblastes et en vaisseaux, on trouve deux groupes de cellules :

1° Des cellules épithéliales du type adamantin ;

2° Des grandes cellules spongieuses, polyédriques, dont la charge microchimique n'a pas pu être individualisée.

Toutes les théories ont été émises sur la pathogénie de cette épulis congénitale. Ce serait un sarcome myéloïde pour Neumann, un granulome ou un sarcome pour Givel, un périthéliome pour Futh, un épithélioma pour Massin, une malformation pour Schorr, un odontoblastome pour Kaempfer. Kleine la considère comme une tumeur bénigne constituée aux dépens des cellules basales évoluant en cellules muqueuses.

Selon les auteurs, il y a d'abord une malformation hétérotopique d'un germe paradentaire, logé superficiellement sous la muqueuse gingivale ; ensuite hyperplasie des éléments adamantins. Il s'agit donc à coup sûr d'un adamantinome. Mais il reste à démontrer pourquoi ces éléments épithéliaux engendrent une réaction aussi intense du stroma avec production exubérante des spongioblastes. Ces cellules ne ressemblent en rien aux odontoblastes. D'ailleurs les odontoblastomes aboutissent à des tissus durs et à « l'embryoplastique odontome » de Schmidt se développe au sein des maxillaires et donne des dépôts calcaires.

(*Annales d'Anatomie pathologique*, Paris, n° 8, novembre 1931).

### LEBOURG LUCIEN. — La dysarthrose cranio-faciale.

L'auteur, avec son maître, André Lévi, désigne sous le nom de dysarthrose cranio-faciale la mobilité anormale existant parfois entre le crâne et la face. C'est un syndrome de dystrophie osseuse que l'on peut découvrir chez les enfants de moins de quinze ans ; il s'agit d'un retard dans la calcification des piliers de la face, simulant une disjonction cranio-faciale traumatique. La mobilité de la face sur le crâne est facile à mettre en évidence, en imprimant aux maxillaires supérieurs des pressions latérales qui entraînent la déviation de la face ; ces mouvements parfois assez étendus sont non douloureux et l'affection ne paraît pas entraîner de gêne fonctionnelle très caractéristique. La radiographie fournit peu de renseignements. La mobilité cranio-faciale est un phénomène physiologique chez le nouveau-né où une ébauche fibreuse — véritable périoste pour l'auteur — unit le crâne aux pièces osseuses faciales. Une telle interposition fibreuse est assez lâche à la naissance pour permettre un léger mouvement de la face sur le crâne. Ce périoste, par sa calcification, donne les

synarthroses de l'adulte. C'est vraisemblablement au moment de la première dentition que la face se fixe au crâne.

Quelles peuvent être les causes du retard de soudure de la face au crâne ? L'étiologie de l'affection est sans doute la même que celle des autres dystrophies périostiques, c'est, à savoir, l'hérédosyphilis, le rachitisme, les troubles endocriniens et les affections cérébro-méningées de la vie utérine ou de la naissance.

M. Lebourg suggère l'idée que la dysarthrose cranio-faciale joue un rôle important dans la pathogénie des dysmorphoses. La face restant déformable plus longtemps que normalement subit les influences des facteurs mécaniques qui agissent sur elle et qui ainsi entraînent des malformations maxillo-faciales.

Cette affection est rare et cependant l'auteur l'a observée trois fois sur 200 sujets examinés. La solidité des ptérygoïdes et de leurs attaches avec les maxillaires supérieurs explique que la mobilité ne se produit pas dans le sens antéro-postérieur. En résumé, travail très bien fait et très clair.

(Thèse Paris, 1931. Edité à *La Semaine Dentaire*).

**DUFOURMENTEL. — Conduite à tenir dans les fractures articulaires temporo-maxillaires.**

La gravité des fractures articulaires est l'ankylose. L'ankylose traumatique est fonction de la mise à nu des surfaces articulaires, soit immédiatement par le traumatisme, soit ultérieurement par infection (fractures ouvertes, fissures) ou par l'action mécanique du fragment inférieur sur la surface articulaire supérieure. Selon Dufourmentel, les fractures de la temporo-maxillaire aboutissant à l'ankylose sont celles où il y a un grand éclatement intra-articulaire (condyle embroché ou complètement sorti de la cavité glénoïde) ou un retournement du condyle col en haut de telle manière que la tranche supérieure du col vient léser à répétition la surface articulaire glénoïde. Les signes qui font pressentir ces formes de fractures sont les suivantes :

1° *L'otorragie* qui a une grosse valeur, car « si toute fracture accompagnée d'otorragie n'est pas vouée à l'ankylose, en revanche, la presque totalité des ankyloses résultent de fractures accompagnées d'otorragies ».

2° La constriction intense et immédiate des mâchoires.

3° Peut-être les formes avec déplacement exagéré.

La radiographie aidera en indiquant la position du col. Elle ne peut renseigner sur les lésions de la surface temporale.

Dans tous les cas où l'on craindra une irritation de la surface temporale, on cherchera par appareillage à abaisser la branche montante. Lorsque l'on a la quasi-certitude d'une ankylose ultérieure, il faut intervenir et pratiquer *l'extirpation du condyle, le rodage du col fracturé, l'habillage, s'il y a lieu, de la surface glénoïde*. Le condyle peut être difficile à extraire lorsqu'il est déplacé fortement en avant et en dedans. Il faut le laisser s'il est hors de portée de la cavité glénoïde. L'habillage se fera avec les franges fibreuses et musculaires de voisinage.

(*Revue Odontologique*, nos 7 et 8, juillet-août 1931).

**MARTINAUD. — Les extractions dentaires pendant la gravidité.**

Faut-il attendre ? Doit-on intervenir seulement en cas d'urgence ? Convient-il d'intervenir d'une façon systématique ? L'auteur opine pour cette dernière conduite. Quelle que soit la date de la grossesse, il a toujours pratiqué une extraction dentaire qui s'imposait comme indispensable. Et jamais il n'a eu lieu de se repentir. En effet, des opérations autrement graves sont pratiquées pen-

dant la grossesse et celle-ci n'est interrompue que dans une faible proportion : 20 à 30 % des cas. Néanmoins, en matière d'extraction dentaire, deux cas se présentent : 1<sup>o</sup> le cas d'urgence ; 2<sup>o</sup> le cas qui pourrait attendre. En cas d'urgence, aucun doute. L'extraction sera pratiquée. Mais si l'infection locale est imposable, si des phénomènes septicémiques se produisent, l'avortement peut se déclarer, non en raison de l'avulsion dentaire, mais par suite de l'état général compromis.

En dehors de l'urgence, une bouche doit être entretenue comme si la femme n'était pas enceinte. Quant à l'extraction, une bonne anesthésie locale, une main légère, des séances opératoires répétées, mais brèves ne peuvent avoir aucune action fâcheuse sur l'utérus. Au contraire elles évitent des infections locales susceptibles de donner lieu à des accidents septiques généralisés.

Quel sera maintenant le mode d'anesthésie employé ? Toutes les fois qu'il sera possible, on préférera l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. Le praticien utilisera l'anesthésique dont il a l'habitude ; il emploiera des solutions faibles, à 1 1/2 %. L'adrénaline est inutile ; elle exerce une action sur les fibres de l'utérus, bien que cette action soit insuffisante à provoquer une interruption de la grossesse. En résumé : l'époque de la grossesse ne constitue pas une contre-indication, et une intervention à l'anesthésie locale, voire générale, peut être employée sans hésitation. Il vaut mieux supprimer l'adrénaline dans les solutions anesthésiques.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1931).

#### LACROIX (A.). — Doit-on opérer les angines de Ludwig

M. Antoine Lacroix vient de consacrer un intéressant article à cette question d'une grande importance pratique et il apporte à l'appui de sa thèse quelques observations très instructives.

La première des observations concerne un enfant de huit ans, hémophile, qui, à la suite de l'extraction d'une dent cariée, a présenté un phlegmon gangréneux diffus du plancher de la bouche. Il était bien dangereux d'opérer un hémophile déjà affaibli, aussi l'auteur a eu recours à des injections massives de sérum antigangréneux, en même temps qu'à des applications locales des bouillies lactiques. En trois jours, la température revient à la normale, et l'enfant fut guéri en une semaine.

La deuxième observation concerne une jeune fille de vingt-cinq ans, qui a présenté une angine de Ludwig, pour laquelle on lui a fait deux incisions, qui, loin de l'améliorer, ont considérablement aggravé son état. L'auteur fut appelé auprès de la malade, alors que son entourage s'attendait à une mort dans les vingt-quatre heures. Injections massives de sérum antigangréneux, lavages locaux à la bouillie lactique ; le lendemain, la malade vivait encore. Continuation du même traitement et guérison consécutive.

Devant ces cas, on peut se demander si les incisions sont utiles ; leur utilité est certaine dans le cas où elles donnent lieu à l'écoulement du pus déjà collecté. Mais dans les vrais phlegmons diffus, on ne trouve pas de pus même en allant très profondément et en multipliant les incisions. Aussi, faut-il constater les mauvais effets de la chirurgie dans l'angine de Ludwig, et chercher une nouvelle voie, qui semble être constituée par la sérothérapie antigangréneuse et par les applications locales de bouillies lactiques.

(*Revue de Vulgarisation des Sciences Médicales*, mars 1931).



MOHORA-POPOVICIU. — **Les altérations bucco-dentaires en rapport avec les différents états physio-pathologiques chez la femme.**

A la suite d'observations faites à l'hôpital et en clientèle, l'auteur décrit les divers changements et les altérations de la cavité buccale à la puberté, pendant les règles, la grossesse, la lactation et lors de la ménopause. Tous ces troubles sont en rapport avec les troubles de fonctionnement des glandes endocrines.

M.-P. insiste surtout sur deux questions importantes :

1° Les interventions dentaires pendant la grossesse. Pendant la grossesse, les interventions dentaires peuvent être exécutées. Sans doute, elles excitent le centre sensitif, mais il est exceptionnel qu'elles puissent provoquer un avortement sans une prédisposition toute spéciale. Au contraire, les processus inflammatoires tels que périostites, phlegmons, périodontites purulentes diffuses, accidents d'éruption de la dent de sagesse, etc., imposent une intervention chirurgicale d'urgence pour éviter la résorption de toxines, la pyophagie et la fièvre. De même l'extraction des dents qui ont causé ces états pathologiques est nécessaire.

2° L'hygiène buccale du personnel infirmier à l'hôpital et en ville.

Cette hygiène buccale est d'une très grande importance après l'accouchement. Des recherches faites sur l'étiologie de la fièvre puerpérale ont démontré, en l'absence de toute autre infection, la contamination par les sécrétions buccales d'une sage-femme qui avait la bouche en mauvais état et très négligée. Il serait désirable qu'on surveillât de près l'état de la bouche des infirmières pour éviter les complications qui peuvent survenir par suite d'infections d'origine dentaire.

(Clujul Medical Roumanie, 8 août 1931).

GRANDCLAUDE et LESBRE. — **Les modalités bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire chronique.**

A ce chapitre de pathologie encore bien débattu, G. et L. apportent une intéressante contribution. Selon eux, les suppurations alvéolaires chroniques sont beaucoup plus à redouter que les granulomes. Les suppurations prolongées favorisent l'adaptation et la résorption humorale des streptocoques. La flore prépondérante est constituée par les *strepto-entérocoques*. Les streptocoques viridans et hémolytiques sont très rares. Ces strepto-entérocoques ont un pouvoir : 1° toxigène faible, mais certain ; 2° hémolytique nul ou léger ; 3° acidifiant. Ils résistent relativement plus que les autres microbes aux sucs digestifs. Ils peuvent présenter des formes filtrantes. Ils s'associent souvent à d'autres microbes, notamment « au bacille fusiforme qui se développe *in vivo* et *in vitro* dans l'ombre des streptocoques ». La *fuso-streptococcie* est plus fréquente que la *fuso-spirillose*.

On trouve, en outre, rarement des staphylocoques, plus souvent des anaérobies, type *perfringens*.

L'infection de l'organisme peut se faire directement en partant de ce foyer dentaire, ou par l'intermédiaire d'un secondaire foyer (angine, sinusite).

G. et L. attribuent :

1° Au groupe *strepto-entérocoque* : les endocardites, les néphrites parcellaires latentes (sans albumine, avec leucocytose discrète, et streptocoques dans le culot de centrifugation), quelques rhumatismes. Les rapports avec les ulcères du tube digestif restent à prouver.

2° A la *fuso-streptococcie*, les angines banales ou à aspect à la fois hémorra-

giques et suppuratif, les angines du type « angine de Vincent », les broncho-pneumonies.

3° *Au staphylocoque*, un rôle épisodique dans la furonculose.

4° *Au bacille perfringens d'origine dentaire, isolé sous le nom de bacille d'A-chalme*, la possibilité de provoquer certains rhumatismes articulaires.

(*Revue Odontologique*, nos 7 et 8, juillet-août 1931).

CHARLIER. — **La technique des aciers inoxydables ; leur estampage par la méthode de repoussage et leur soudure électrique.**

Les aciers inoxydables qui sont couramment employés dans l'industrie, pourraient également, avec avantage, être employés en art dentaire. Il existe deux types d'alliages courants : l'acier chromé destiné à l'usinage des objets trempés et l'alliage fer-chrome-nickel, pour les pièces devant subir à froid de nombreuses manipulations. C'est celui-ci qui est utilisé en art dentaire. Fabriqué au four électrique, il n'est pas magnétique et est mauvais conducteur de la chaleur et de l'électricité. Il a une grande résistance mécanique, est malléable, peu attaquable aux différents acides ; l'eau de mer et l'eau oxygénée en séjour prolongé ne l'atèrent nullement. Ces qualités en font un alliage de choix pour les travaux de prothèse et d'orthodontie ; malheureusement, il est difficile à estamper et à souder.

1° *Soudage*. — Seul le soudage électrique permet de résoudre le problème. Le meilleur procédé est le soudage par résistance ou par points, en portant à la température de fusion les points unis en contact par les électrodes. C'est un soudage autogène, sans apport étranger, mais nécessitant l'application parfaite des deux pièces, ce qui peut être parfois délicat, car toute mise en revêtement est impossible. D'autre part, le soudage s'effectue à froid, sans produire de recuit dans les parties voisines.

2° *Estampage*. — Il se fait par repoussage progressif et fractionné de la plaque en acier, du centre à la périphérie, au moyen d'une masse de refoulement en métal mou qu'on martèle sur une matrice en zinc. Le dérochage dans un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide azotique étendus doit précéder le polissage. Sur la plaque on peut souder des crochets ou des renforts en acier inoxydable.

(*Revue mensuelle Suisse d'Odontologie*, n° 3, 1931).

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### LE CONGRÈS DE BRUXELLES

*Le 56<sup>e</sup> Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences s'est tenu cette année, comme nous l'avons annoncé, à Bruxelles, du 25 au 30 juillet. La Section d'Odontologie, la 14<sup>e</sup> des 22 sections qui composent l'A. F. A. S., est, nous pouvons le dire sans diminuer l'importance des autres, la plus nombreuse et l'une des plus actives, car sa réunion constitue, on le sait, notre Congrès Dentaire Français Annuel.*

*Nous avons eu le plaisir cette année de voir, pour la deuxième fois, ce Congrès se tenir à l'étranger, si un Français peut dire que la Belgique est un pays étranger alors que tant de sympathie et de sentiments communs nous lient les uns et les autres, Belges et Français.*

*Ce Congrès a été une manifestation éclatante de cette cordialité nationale et confraternelle, mais il a été aussi une très importante et très belle réunion scientifique, la plus importante que nous ayons eue depuis longtemps.*

*Nous en publions ci-dessous un compte rendu général dû à la plume de son président qui donnera une idée de ce que furent ces bonnes journées professionnelles non moins fructueuses au point de vue scientifique ; il suffit pour s'en convaincre de se reporter au programme publié dans notre n<sup>o</sup> de juin, programme qui fut intégralement rempli.*

*Mais, ce que ce compte rendu ne peut dire et pour cause, c'est que ce très grand succès est dû pour une très large part, nous ne saurions trop le souligner, à l'activité et au zèle déployés par le président de la 14<sup>e</sup> Section, notre ami Fourquet, Professeur et Directeur adjoint à l'Ecole Odontotechnique qui s'est dépensé sans compter pour l'organiser et en assurer le succès. Ce succès, que tous ceux qui avaient l'avantage d'être à Bruxelles ont pu constater, est certainement sa meilleure récompense, mais nous nous en voudrions de ne pas dire ici toute la reconnaissance que la profession dentaire lui doit pour avoir su si diligemment susciter l'activité des travailleurs, avoir coordonné leurs travaux de façon à faire de ce Congrès une réunion de premier ordre.*

*Parmi tous les concours qui se sont associés à ceux du président de la Section d'Odontologie et que nous ne pouvons citer à notre grand regret, nous nous en voudrions de ne pas signaler particulièrement notre confrère Poutrain, de Bruxelles, secrétaire général du Comité local qui s'est occupé de l'organisation générale du Congrès de l'A. F. A. S. avec un dévouement que les organisateurs de toutes les sections se sont plu à reconnaître.*

L'ODONTOLOGIE.



## 56<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

BRUXELLES (25-30 JUILLET 1932)

Le 56<sup>e</sup> Congrès que l'Association française pour l'avancement des Sciences a tenu cette année à Bruxelles a obtenu un succès considérable. Présidé par M. le Professeur de Martone, de la Faculté des lettres de Paris, que secondait activement le Professeur Verne, secrétaire général, le Congrès a pu se réunir dans des conditions exceptionnelles, grâce à l'organisation impeccable qu'avait su lui assurer le Comité local, ainsi qu'au nombre et à la valeur des travaux qui y furent présentés.

La séance solennelle d'ouverture eut lieu le lundi 25 juillet, à 10 heures du matin, au Palais des Académies, en présence de son Altesse Royale le Prince Léopold, Duc de Brabant, et de son Excellence M. l'Ambassadeur de France. M. Bovesse, ministre des P. T. T. qui présidait, avait à ses côtés M. le Professeur de Martone, président de l'A. F. A. S. et M. Max, bourgmestre de Bruxelles. On remarquait également MM. Nens, gouverneur de la province de Brabant ; le professeur de Selys-Longchamp, président du Comité d'organisation ; le recteur Smets de l'Université de Bruxelles ; le recteur Duesbourg, de l'Université de Liège ; les professeurs de la Vallée-Poussin et Swarts ; le sénateur Prince de Ginori Conti, délégué de l'Association italienne ; le baron de Gerlache ; le professeur Rabaud, président honoraire de l'A. F. A. S. ; le Professeur Verne et M. Milot, le Docteur Baudoux, le Docteur Rosenthal, M. Poutrain, secrétaire général du Comité, etc...

En ouvrant la séance, M. le ministre Bovesse salua son Altesse Royale en soulignant l'intérêt effectif qu'Elle a toujours porté aux sciences et en particulier à l'entomologie ; puis, après avoir salué son Excellence l'Ambassadeur de France, le Ministre termina son discours en souhaitant au Congrès un travail fécond — non sans avoir rappelé les bienfaits pouvant résulter de l'interpénétration des sciences belges et françaises.

Ensuite le sénateur de Ginori Conti remercia la Belgique au nom des délégués étrangers et exalta le rayonnement de la Science française. Puis M. le Professeur de Selys-Longchamp souhaita la bienvenue aux congressistes au nom du Comité local et dit tout ce que la Belgique pouvait retirer de telles réunions.

Enfin, le Professeur de Martone salua les personnalités présentes et prononça ensuite le discours académique avec comme sujet « *La géographie moderne dans ses rapports avec les sciences* ». Son succès fut très grand. La musique des Guides joua au début et à la fin de la cérémonie la *Brabançonne* et la *Marseillaise* et, entre temps, les plus beaux morceaux de son répertoire.

Le lundi soir, à 10 heures, eut lieu, sur invitations, une très belle réception à l'ambassade de France. Son Excellence M. Corbin, ambassadeur de France, ayant à ses côtés le général Chardigny, attaché militaire, reçut les invités de la façon la plus cordiale. Un splendide buffet, avec service à la française, eut les honneurs de la soirée et, vers minuit, chacun se retira emportant de cette soirée un très agréable souvenir.

Le mardi soir, se tint le banquet de l'A. F. A. S., qui comportait plus de 300 convives et que présidait M. de Martone, président de l'A. F. A. S.

Jeudi eut lieu l'excursion à Anvers, avec retour par Bruges et arrêt à Malines. Cette excursion, autant par sa belle organisation que par le vif intérêt qu'elle présentait, permit à chaque congressiste de passer une journée aussi utile qu'agréable.

Enfin, samedi 30 juillet, après l'assemblée générale de clôture, où Chambéry fut choisi comme siège du Congrès de 1933 et le Maroc comme siège éventuel de celui de 1934, le Congrès se termina par une visite guidée, suivie d'un thé, aux Musées royaux. Au cours de cette visite, nous pûmes admirer, sous la conduite de M. de Capart, l'éminent conservateur général, les richissimes collections de retables, tapisseries, dentelles et poteries allant du XI<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècles de l'art flamand et enfin des poteries grecques, du XII<sup>e</sup> au V<sup>e</sup> siècles avant notre ère, d'une finesse de dessin stylisé incomparable. Et le Congrès se termina ainsi sur une note d'art et de beauté.

#### TRAVAUX ET FESTIVITÉS DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE (XIV<sup>e</sup>) DE L'A. F. A. S.

##### 44<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE FRANÇAIS

Donner un compte rendu des travaux et festivités de la XIV<sup>e</sup> Section est chose quelque peu malaisée pour celui qui a eu le très grand honneur de la présider. Aussi, est-ce après avoir rangé bien soigneusement les attributs officiels de ma charge dans les archives de l'A. F. A. S. que je vais me permettre, tel un reporter auquel la copie serait mesurée, de kaléidoscoper les fastes de la section d'odontologie à Bruxelles.

Tout comme les plus belles féeries, les travaux de la section eurent un délicieux prélude, qui fit bien augurer des festivités qui suivirent.

Le Comité local de la XIV<sup>e</sup> section, présidé par A. Joachim, avec comme secrétaire Demoulin, trésorier le Docteur J. Rosenthal et comme membres le Docteur Priem, le Docteur de Coster, le Docteur Watry, le Docteur Baudoux et Brouwers (de Liège), nous conviait, en effet, le dimanche soir, veille de l'ouverture du Congrès, à une réception, suivie d'une sauterie, à la Taverne Royale.

Cette réunion, qui comprenait environ 150 congressistes, eut un grand succès. Nous fûmes reçus avec cette affectueuse camaraderie qui caractérise nos amis belges. Après les effusions amicales que l'on devine, les invités s'installèrent par petites tables au gré de leurs affinités personnelles. Puis, les plateaux de friandises et de rafraîchissements commencèrent à défiler et se succédèrent sans discontinuer — cependant qu'un orchestre choisi berçait nos conversations de ses morceaux entraînants et variés. La salle présentait alors un aspect ravissant de gaieté et de bonne camaraderie. La présence de très nombreuses femmes de nos confrères ajoutait encore au charme de cette fête.

Notre ami Joachim, en une délicieuse improvisation nous souhaita la bienvenue et crut devoir insister — en était-il besoin ? — sur le caractère



intime et avant tout amical de cette réunion. Son allocution fut saluée par des bravos nourris, que ponctuèrent les mâles accents de la *Brabançonne* et de la *Marseillaise*. Je répondis de mon mieux à la bienvenue de Joachim au nom de tous les congressistes — et la fête se termina tard dans la nuit par une sauterie qui donna à cette fête un caractère familial très apprécié. Ce fut une soirée délicieuse !

Le Mardi soir 26 — faut-il en parler ? — nous étions de nouveau conviés à une soirée récréative sur invitations, chez notre ami Joachim qui, pour la circonstance, avait transformé son « home » en une salle de spectacle miniature — où tout de même plus de 80 invités purent trouver place. Le programme comportait une revue professionnelle, dont les noms des auteurs, T... et R..., ne laissaient aucun doute sur l'esprit montmartrois qui devait en animer le livret. Deux charmants petits chasseurs, sveltement sanglés de rouge avec bérêt à jugulaire crânement plaqué sur l'oreille, distribuaient à l'entrée les programmes aux armes de la maison et nous permirent de constater que la maîtresse de céans avait su faire partager par ses enfants la joie de nous recevoir. Ce que fut le spectacle ? Mais une série de sketches aussi gais que possible, où l'art le disputait à l'esprit—voire à la « roserie ! » Ce ne fut qu'un feu roulant de rires et d'applaudissements. Les artistes jouèrent avec un entrain et un talent dignes des meilleurs cabarets montmartrois. Un sketch belge, joué avec un sens comique consommé par M. H..., un ami de la maison, ouvrit le spectacle. Puis ce furent des duos charmants, notamment celui *Nous avons fait un beau voyage*, chanté à ravir par la délicieuse M<sup>me</sup> J. Demoulin et notre confrère le Docteur G... dont la prestance était toute de... cape et de talent. M<sup>me</sup> L..., dans son interprétation de Raquel Meller et Joséphine Baker fut tout simplement ravissante. Quant aux auteurs T... et R..., ils furent désopilants dans leurs reproductions de quelques confrères belges et français. Le ménage Cyr... F... fut d'un comique irrésistible, dans leur « swanze » d'une charge achevée. Enfin, la charmante M<sup>me</sup> R..., fut une partenaire très appréciée, le pianiste X... d'un entrain endiablé et Brow... un régisseur impeccable. Ce fut une soirée charmante !!

La troisième partie de ce tryptique festival fut le grand banquet de la XIV<sup>e</sup> section, donné à la Taverne de l'Hôtel Piazza. Il comprenait exactement 135 couverts. De ravissantes toilettes, telles des fleurs jetées à profusion, donnaient à la salle, par la diversité et le chatolement de leurs tons, un aspect féerique. A la table d'honneur, on remarquait aux côtés de M. Kraentzel, Directeur de l'Enseignement supérieur, qui présidait le banquet comme délégué du Ministre des Sciences et des Arts, MM. l'Echevin de la Ville de Bruxelles, remplaçant le bourgmestre ; le Professeur de Martone, président de l'A. F. A. S. ; le Professeur Rabaud ; le Professeur Verne ; le Professeur Schoofs, doyen de l'Université de Liège ; Quarterman, président d'honneur de la XIV<sup>e</sup> section ; le médecin lieutenant-colonel Docteur Bercher, chef du service de stomatologie du Val-de-Grâce ; le Docteur Baudoux, commissaire de l'Exposition scientifique de l'A. F. A. S. ; le Docteur Rosenthal ; A. Joachim, président du Comité local ; Poutrain, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès ; M. Raton, le président élu pour



Chambéry, et, enfin, les chefs de délégations, ou leurs représentants, des quatorze Écoles, Sociétés et Groupements professionnels ayant adhéré officiellement à la XIV<sup>e</sup> section. Ce ne furent au cours de ce banquet, que conversations amicales que le souvenir des soirées précédentes animait pour la plupart et transformait en une large gaieté familiale.

Puis vint l'heure des discours. M. Kraentzel, délégué du ministre, ouvrit la série en félicitant les dentistes de l'organisation et du succès de leur section, ainsi que de la splendide exposition qu'il avait eu l'honneur d'inaugurer le dimanche précédent. Puis, après avoir assuré les dentistes belges de tout son concours dans l'application impartiale de la loi belge devant entrer en vigueur en 1935, il tint à affirmer sa haute considération pour notre profession, dont l'évolution incessante mérite à la fois respect et protection.

M. l'Echevin de la ville de Bruxelles, dans une brillante improvisation, sut atteindre les sommets de l'éloquence en exaltant les bienfaits de la Science et l'influence du savant sur la Société moderne. M. le Professeur de Martone, au nom de l'A. F. A. S., dit toute son admiration pour l'activité sans cesse accrue de la XIV<sup>e</sup> section, ainsi que pour le nombre et le grand intérêt des travaux qui y furent traités. Notre ami M. Raton remercia les membres de la section de l'avoir élevé à la présidence pour le prochain Congrès de Chambéry et fit un chaleureux appel en faveur de ce dernier. Enfin, notre ami A. Joachim, en tant que président du Comité local et de l'A. G. D. B., se félicita du grand succès de la XIV<sup>e</sup> section, mit en relief une fois de plus les avantages et les bienfaits de l'amitié professionnelle franco-belge et termina en assurant M. le ministre des Sciences et des Arts du concours local et désintéressé de l'A. G. D. B. et du corps enseignant de l'École dentaire belge pour tout ce qui pourra être appliqué en vue d'élever la profession dentaire belge à la hauteur de ses devoirs et du prestige qu'elle mérite. Cette péroraison fut particulièrement applaudie.

Quant au Président de la XIV<sup>e</sup> section, votre serviteur, — et ici le reporter s'excuse de s'effacer pour un instant — il eut l'honneur de prononcer, après le délégué du Ministre, l'allocution d'usage. Après s'être fait l'interprète des sentiments de gratitude des congressistes auprès des personnalités officielles qui paraient la table d'honneur, il remercia chaleureusement toutes les notoriétés médicales, stomatologiques et odontologiques qui avaient bien voulu lui assurer leur précieux concours pour la réussite scientifique du Congrès, montrant ainsi, par leur généreuse et pertinente collaboration, que l'Union odonto-stomatologiste ne serait pas une vaine utopie, si chacun de nous avait le courage d'y apporter son entière confiance et un peu de désintéressement de soi, ce qui permettrait d'établir un but commun et de l'atteindre. Il se félicita, d'autre part, de ce que la date de ce banquet coïncidât avec celle de la publication au *Journal Officiel* de France du décret ministériel exigeant le baccalauréat ou le brevet supérieur pour l'accessibilité aux études dentaires, première étape d'une évolution méthodique et rationnelle vers une unification, sur la nature de laquelle, seule, une union professionnelle complète devrait se prononcer. Enfin, après avoir fait l'éloge professionnel et pédagogique de son successeur pour le Congrès de Chambéry,

il termina, comme il convenait, en adressant ses vifs remerciements aux dames venues en si grand nombre au Congrès de Bruxelles.

Ce fut, pour les praticiens belges et français, une soirée réconfortante !...

Mais je m'aperçois que je n'ai jusqu'ici parlé que des festivités, ce qui pourrait laisser croire que la XIV<sup>e</sup> section s'est laissée, durant toute la semaine, uniquement bercer par les charmes de l'amitié belge ! Détrompe-toi, ami lecteur !...

La XIV<sup>e</sup> section ouvrit sa session dès lundi 25, à 14 heures précises. Elle constitua tout d'abord son bureau, avec notre très respecté confrère Quatterman (de Bruxelles) comme président d'honneur ; A. Joachim et M. Raton, comme vice-présidents et A. Amoedo, Demoulin, Derouineau et M<sup>lle</sup> Neveu comme secrétaires. Tous ces confrères ont été pour moi des collaborateurs généreusement dévoués et je leur en exprime toute ma gratitude.

La section tint onze séances, dont six à la salle A et quatre à la salle B, cette dernière présidée par A. Joachim et une de démonstrations pratiques, dans un hall spécialement aménagé à cet effet. Au cours de ces quatre jours de travail (de 9 h. 1/2 à midi et de 14 h. 1/2 à 18 heures ou 19 heures) il fut présenté par leurs auteurs, et discuté, *trente-six* communications scientifiques et *huit* démonstrations pratiques.

Chacune des salles de conférences comportait à chaque séance un minimum de soixante à soixante-dix auditeurs — dépassant parfois la centaine — et cela jusqu'au vendredi soir à l'heure de la clôture des travaux de la section. Voilà, j'espère, un bilan qui se passe de tout commentaire. J'ajouterais qu'une splendide Exposition de matériel et de Fournitures dentaires, nous permit d'admirer les beaux stands d'Exposants allemands, américains, anglais, belges, français, hollandais et tchéco-slovaques. Cette Exposition, disposée avec un art décoratif parfait, fit le plus grand honneur à son organisateur, le Docteur Baudoux, ainsi qu'à son dévoué collaborateur M. Guérez.

Enfin, je terminerai ce rapide compte rendu en disant que toutes les conférences et démonstrations paraîtront soit *in extenso*, soit sous forme de résumés dans le numéro d'octobre prochain de la presse professionnelle. Ce sera là le dernier acte de ce beau Congrès !

2 août 1932.

E. FOURQUET.

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

### LES EXPOSITIONS *(Suite) (1)*

#### EXPOSITION D'HYGIÈNE DENTAIRE *(Communiqué par M. FERRAND, commissaire)*



M. FERRAND, *Commissaire*

L'exposition d'hygiène dentaire était installée au rez-de-chaussée du Grand Palais. Ouverte à tous, le public y avait accès sans cartes et sans droit d'entrée par la porte Jean-Goujon, tandis qu'elle communiquait librement avec la partie de l'exposition industrielle aménagée au rez-de-chaussée également.

Un grand nombre de visiteurs l'ont parcourue.

Onze pays étrangers y avaient fait des envois, indépendamment de la France et de la Commission d'Hygiène de la F. D. I.

Ces pays, les associations ou individualités participantes et les objets exposés étaient les suivants :

I. ALLEMAGNE. — Comité central allemand des Cliniques dentaires scolaires (M. Cohn) : Documents d'hygiène.

II. ANGLETERRE. — a) The Public School Dental Officers (M. Rowlett).  
b) The Food Education Society (M. Rowlett).  
c) Conseil dentaire du Royaume-Uni (M. Bompas).

Objets exposés :

1<sup>o</sup> Série de modèles représentant le développement des dents humaines : a) nouveau-né ; b) enfant de 5 ans ; c) enfant de 9 ans ; d) adulte.

2<sup>o</sup> Modèles mâchoire supérieure et inférieure d'enfant ; parois internes pour montrer les dents de l'enfant et les couronnes de leurs successeurs en développement.

3<sup>o</sup> Modèle de mâchoire adulte montrant les racines et les nerfs.

4<sup>o</sup> Modèle semblable à la précédente, mais avec dents cariées et pulpe infectées.

5<sup>o</sup> Section de canine montrant la structure.

6<sup>o</sup> Modèles de molaires montrant le progrès de la carie.

7<sup>o</sup> Modèles divers, dents montrant les maladies dont elles sont susceptibles.

8<sup>o</sup> Grand modèle de mâchoire avec dents permanentes, racines et nerfs.

(1) Voir l'*Odontologie* d'octobre 1931 à août 1932.



ainsi que les vaisseaux les irriguant ; dents sectionnées pour montrer leur formation.

9<sup>o</sup> Deux modèles de dissection de la face montrant les vaisseaux sanguins et les nerfs irriguant les dents.

10<sup>o</sup> Modèles de malformation supérieure, résultat du suçage du pouce, etc., avec protusion supérieure.

11<sup>o</sup> Têtes d'animaux montées pour faire voir les diverses dentures : singe, lièvre, antilope, servent.

12<sup>o</sup> Photographies agrandies de crânes de nouveau-né, d'enfant de 7 ans et d'adulte.

Préceptes, brochures, affiches, etc...

d) *M. Menzies Campbell* : livres, documents, statistiques.

III. BELGIQUE. — Association générale des Dentistes de Belgique (*M. Poutrain*, délégué). Tableaux, pancartes, photographies.

IV. CANADA. — Services dentaires de Toronto (*M. Fred Conboy*, délégué).

V. DANEMARK. — *M. Bjerrum*.

VI. ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — American Dental Association, Chicago (Illinois). (*M. Geo Wandel*).

VII. HOLLANDE. — Fédération Dentaire Nationale (*M. Bruske*).

VIII. JAPON. — Association dentaire du Japon (*M. Chiwaki*). Photographies, schémas, affiches, relatifs à ce qui suit :

1<sup>o</sup> La législation dentaire au Japon.

2<sup>o</sup> Soins dentaires donnés par l'Assurance-Maladie.

3<sup>o</sup> Associations dentaires.

4<sup>o</sup> Enseignement dentaire.

5<sup>o</sup> Sociétés odontologiques.

6<sup>o</sup> Périodiques dentaires.

7<sup>o</sup> Répartition des dentistes.

8<sup>o</sup> Hygiène dentaire et journée de prévention de la carie.

9<sup>o</sup> Hygiène dentaire scolaire.

IX. LUXEMBOURG. —

X. NORVÈGE. — *Dr Brun* (Oslo). Déjeuner scolaire type du matin.

XI. SUISSE. — Centrale d'hygiène dentaire populaire et scolaire de Zurich (*M. Piguet*, délégué). Tableaux, modèles, etc...

XII. FRANCE. — 1<sup>o</sup> Société d'Hygiène dentaire de France (*M. Ferrand*, président).

a) Panneau, but de la société.

b) Affiche, fiches dentaires scolaires.

c) Dessins d'enfants.

d) Bons points pour les enfants.

2<sup>o</sup> Société d'Hygiène dentaire de France (Section des Alpes-Maritimes : *M. Selbmann*, président). Dessins d'enfants, statistiques.

3<sup>o</sup> Association des Femmes Dentistes (*M<sup>me</sup> Salas*, présidente). Panneau, but de l'association, statistiques.

4<sup>o</sup> « Sauvons les Mères et les Bébés » (*M<sup>me</sup> X...*, directrice). Frises, tableaux.

5<sup>o</sup> Ville de Saint-Etienne (*M. Cros*). Cliniques dentaires scolaires, statistiques.

6° Ville de Lyon : clinique dentaire scolaire (*M. Raton*). Vues et documents divers.

7° Ville de Colmar : cliniques dentaires (*M. Spira*). Statistiques, photographies.

8° Croix-Violette (*M. Guinat*). Panneaux.

COMMISSION D'HYGIÈNE DE LA F. D. I. — Documents divers (*M. Bruske*).

\* \*

### L'EXPOSITION RÉTROSPECTIVE DU VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL (PARIS, 3-8 AOUT 1931)

(Cliché Manuel frères)



M. BOULAND, commissaire.

Le nombre des collectionneurs français et étrangers qu'intéresse l'art dentaire ancien dans toutes ses manifestations est fort important, et cette branche de la « *Curiosité* » fait, de jour en jour, de nombreux adeptes, surtout depuis que l'on a commencé en France, avec David et Lemerle, d'établir l'histoire de l'Art dentaire sur des bases nouvelles, d'après des méthodes de recherches modernes, de manière à publier des documents restés, jusqu'ici, inédits.

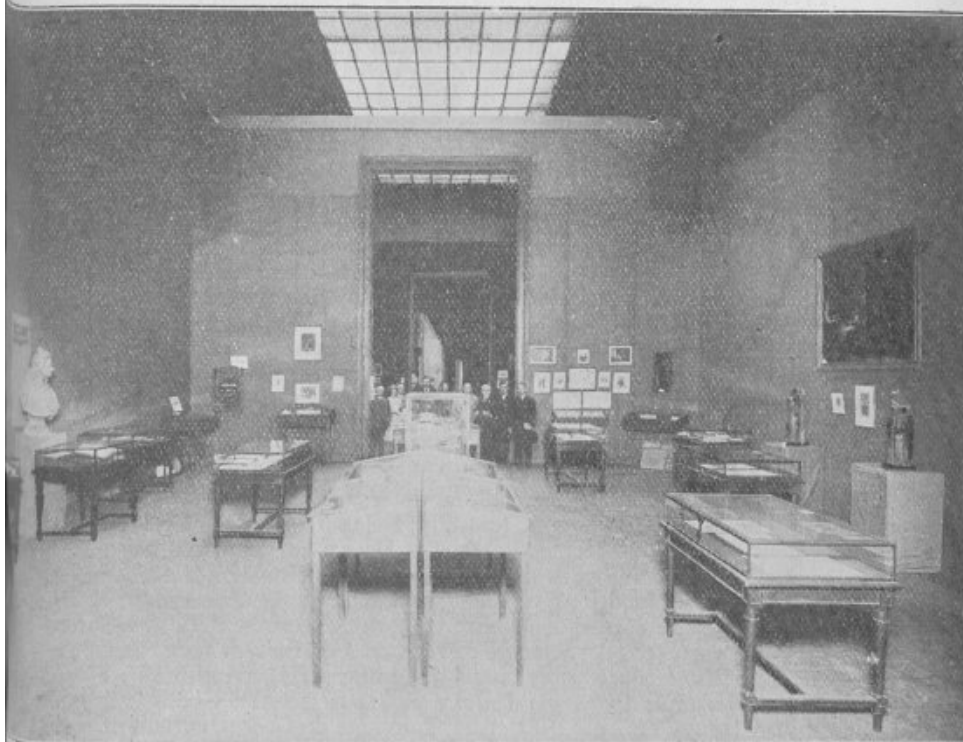
Les peintures, gravures, sculptures, dessins, objets divers ; les instrumentations et prothèse anciennes, et enfin les ouvrages imprimés, depuis les premiers connus jusqu'à ceux publiés vers la fin du second Empire, formaient, à l'Exposition Rétrospective du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire Inter-

national, une vue d'ensemble absolument unique. On n'a pu qu'être étonné de la quantité prodigieuse des collections existantes à en juger par le nombre imposant des envois choisis parmi les pièces les plus curieuses, bien que les circonstances n'aient pas permis à tous ceux qui avaient promis leur collaboration de réaliser leurs désirs.

Il ne s'agissait pas seulement de présenter tous ces envois d'une manière en quelque sorte pédagogique ; il fallait grouper soigneusement et en peu de temps par exposants, tout en conservant à l'ensemble une présentation artistique, et faire, des quatre salles réservées à l'Exposition rétrospective, quatre sortes de salons à aspects divers. C'est ainsi que la section allemande fut présentée dans une salle aux murs sobrement ornés, réservant tout l'effet pour les vitrines cuivrées éclairées directement par les hautes verrières et où s'entassèrent les plus curieux instruments anciens et les livres les plus rares de la Société Allemande pour l'étude de l'histoire de l'Art dentaire, qui est une organisation de premier ordre.

La salle consacrée à l'Ecole Dentaire de Paris présentait un aspect tout différent : C'est en quelque sorte une glorification de Fauchard qui tenait tout un immense panneau où resplendissaient les trois pièces rares : Le buste du rénovateur de l'art dentaire, par Paulin (collection Blatter), le manuscrit de son ouvrage (Faculté de Médecine de Paris) et son portrait

par Netscher (collection G. Viau), trois pièces qui, à elles seules, attirèrent une foule d'admirateurs. Dans cette même salle, avait été disposé, en face de l'exposition Fauchard, une sorte de musée religieux consacré à sainte Apolline, la patronne des dentistes, dont les reproductions en bois sculpté formaient là une chapelle admirable.



Les vitrines éparses ménageaient, au milieu de la salle, l'espace nécessaire à la magnifique mallette-trousse de l'époque de Charles X, que possède l'Ecole Dentaire de Paris, qu'on pouvait admirer dans tous ses détails, étant située à l'endroit le plus éclairé (1).

Une salle consacrée plus spécialement à l'Amérique et au Japon s'ornait sobrement aux murs d'une longue fresque mauve : la célèbre collection des fac-similés du Dr Weinberger, de New-York, le plus grand ouvrage que ce célèbre érudit a patiemment composé. Les cadres des instruments de la Société S. S. White, les gravures de la Société Espagnole « Anuario Dental » soutenaient dans une note plus sombre le bas de la cimaise, et les vitrines japonaises inondées de lumière se détachaient hiératiquement sur le fond immense d'un vélum rouge (*Nippon Dental College*).

(1) Musée de l'E. D. P. (M. G. André, conservateur).



Enfin, la salle consacrée aux collections Ferrand présentait l'aspect intime des musées français dans lesquels les objets sont exposés plus comme dans un salon de gens de goût que dans une froide exposition.

Il convient, maintenant, de s'attacher plus particulièrement aux pièces rarissimes.

LIVRES. — C'est la première fois qu'on a pu voir, réunis, tant d'ouvrages précieux pour l'histoire de l'Art dentaire : Les merveilleuses collections de l'Ecole Dentaire de Paris, dont on n'exposait qu'une cinquantaine de livres choisis parmi les plus remarquables de la riche bibliothèque de la rue de la Tour-d'Auvergne ; les collections de M. Georges Villain ; celles de l'Institut allemand, pour les recherches d'histoire dentaire, celle de la *Semaine Dentaire*, de MM. Fay, Ferrand, etc., ont été vivement appréciées. Il y avait là la plus importante collection de livres anciens en allemand et latin, dont quelques-uns du XVI<sup>e</sup> siècle et dont la valeur est inestimable : Les Juan de Guerara (1627), les P. Rostinio (1588), les tables anatomiques de Kulmus (1759), le rare « *Armamentarium chirurgicorum* » de Scultelus (1655), la Chirurgie de Purmann (1699), la *Physionomica* de Scotius (1508) ; De Curandi ratione, de Fuchs (1554), et les rarissimes éditions de l'*Artzneybüchlein* et mille autres.

L'Ecole Dentaire de Paris brillait par ses éditions françaises de Fauchard, l'une d'elles avec notes manuscrites d'un chirurgien de 1770 qui note ce qu'il a payé l'acquisition de l'ouvrage, les nombreux Lemaire, le Dentiste-observateur de Mahon, avec signature autographe et adresse manuscrite, les Taveau (avec signature), reliés et aux initiales de ce dentiste, etc... ; les Audibrant, dont un avec dédicace au dentiste Buchey, tous les William Rogers ; un Miel avec dédicace d'une de ses deux filles : M<sup>me</sup> de Metz ; plusieurs Bourdet, et les Duval, Jourdain, Delabarre (avec carte de publicité de ce dentiste) ; les Oudet, les Fattet, les Maury, un Laforgue avec signature, etc... Notons quelques livres peu connus : Gresset : *Le dentiste des Familles* (1845) ; Colondre : *Essai sur le mal de dents* (Genève 1791) ; Koth : *Réhabilitation de la chirurgie dentaire* (1859) ; Saucerotte : *Avis sur la conservation des dents* (1823) ; Schange : *Précis du redressement des dents* (1842) ; J. Roland : *D'une bouche sans langue* (Saumur, 1630) ; Audibrant : *Fondation de la Société de Chirurgie dentaire de Paris* (1841) ; Goblin : *Manuel du Dentiste* (1827), etc., etc... Et enfin, l'ouvrage de Godon, enrichi de notes marginales, qui sera, plus tard, une pièce aussi remarquable que le manuscrit de Fauchard.

PROTHÈSE. — Une des plus curieuses pièces de prothèse exposées était celle appartenant au D<sup>r</sup> Proskauer : *Prothèse esthétique*, Zurich 1500. Une étiquette portait : la plus ancienne pièce connue. Ce point a été contesté, on a cité les Grecs et les Romains ! Mais, à notre avis, on ne possède actuellement comme prothèse grecque, étrusque ou romaine que des *pièces partielles* et non des pièces complètes. L'admirable vitrine de Guerini nous montre bien des prothèses des ces époques, mais, nous le répétons, *partielles*, et celle de M. Proskauer est un *dentier complet*. De plus, cette pièce est unique en ce sens qu'il s'agit d'une prothèse esthétique et non d'une prothèse de substitution. Le possesseur de cette pièce la portait *entre les lèvres et les dents restantes* pour simuler, autant que l'art du XVI<sup>e</sup> siècle le permettait, une bouche absolument dentée. Il n'utilisait son complet que pour la parade et nullement pour la mastication ; lorsqu'il voulait manger il ôtait simplement sa prothèse.

Cette pièce est formée de deux bandes d'os de bœuf taillées avec rainures simulant les dents d'une manière assez naïve. Chacune des parties haut et bas, vers les molaires, est réunie à une partie d'os taillé, et avec les mêmes rainures, par un assemblage primitif de liens en fil métallique pour permettre l'introduction dans la bouche. La partie supérieure est rattachée à l'inférieure par deux *ressorts* en simple bande de métal reposant dans des cavités ménagées dans l'axe des bandes mobiles. Cet appareil authentique était exposé avec un masque permettant, grâce à une copie du dentier, de voir comment il était placé en bouche et tel qu'il apparaissait lorsque les lèvres en recouvraient la plus grande partie. L'aspect ne valait certainement pas l'apparence esthétique des dentiers modernes, mais c'était déjà un grand pas de fait. On retrouvera, vraisemblablement, des *râteliers complets*, semblables d'époques même antérieures à celui qui nous occupe, mais tel qu'il est, il est bien un spécimen unique !

Les prothèses en os (Collections Fay, Amalgamated Dental Cy Ltd, S. S. White), en ivoire, en bois (Nippon Dental College, Tokio), en dents minérales, les couronnes, les ponts montraient toutes les variétés de façon des époques du XVIII<sup>e</sup> et commencement du XIX<sup>e</sup> siècle. Guerini exposait les premières dents minérales de Fonzi ; M. Gentilhomme, un merveilleux dentier complet en porcelaine : un des premiers fabriqués en France ; Ash, une collection remarquable de dents minérales et S. S. White, une collection semblable avec les anciens moules de fabrication.

INSTRUMENTATION. — Citer tous les daviers, pélicans, poussoirs, clés est impossible. Il y avait des troussees portatives du XVI<sup>e</sup>, des instruments d'exérèse délicatement ouvragés, comme savaient les faire les couteliers de la Renaissance, des outils japonais absolument admirables, des fouloirs, des instruments à nettoyer les uns en modeste métal et ayant servi à des chirurgiens florissants des XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles et d'autres en acier rigoureusement nets, à manches de nacre, à viroles d'or, du XIX<sup>e</sup>, etc., des forets à main, des forets à archets, etc... Les possesseurs étaient notamment : MM. Ferrand, Renier, l'Amalgamated Dental Company, Société S. S. White, Ecole Dentaire Nippone, Bouland, Godefroy, Pitsch, Fay, Aloï, Merrill, Renier. Notons une trousse ayant appartenu au Dr Fauconnier (1825-1881), pour le roi des Belges, Léopold I<sup>er</sup> ; MM. Regnart exposaient aussi une belle miniature d'un de leurs ancêtres, des médailles et des prothèses ; G. Aloï, de Rabat, des daviers marocains. M. Ferrand exposait un fauteuil dentaire du XVIII<sup>e</sup> siècle sculpté à profusion et pourvu déjà d'un dispositif, pour abaissement du dossier et élévation du siège.

MANUSCRITS, INCUNABLES. — On a admiré une pièce remarquable : le « Bestätigung der Innungsstatuten der breslauer Bäder durch Kaiser Karl VI » (1736), avec ses écritures ornées et son sceau impressionnant ; les pages de livres allemands avec texte et sainte Apolline (Schonsperger, 1485), les Schedel, les Weltchronik, Nuremberg, A. Koberger (1493), les gravures texte latin ou allemand, de la collection immense du Dr Klein, de La Haye, et ses manuscrits : Diplôme de la Société des Médecins Dentistes de Paris, à Leymarie (1847), signé : Rossi, Charles Marmont, Nonat, Geniès, Talbot (Descourtis), pièce rare et curieuse pour l'histoire des lois dentaires ; une lettre à Mahon, le dentiste parisien, des lettres de Désirabode au bibliothécaire du roi de Grèce (1847), etc...

La Section Japonaise exposait des photographies de documents anciens,

d'incalculable valeur : serments d'élèves dentistes à leurs maîtres, publicités ornées de vignettes.

SCULPTURES. — M. Houalet, de Rennes, avait envoyé un panneau en bois sculpté d'école bretonne représentant sainte Apolline, et un groupe en bois colorié, la sainte Apolline de la Chapelle de la Houssaye.

M. Hulin, une sainte Apolline en bois peint et une statue : La Douleur, des <sup>xv</sup><sup>e</sup> et <sup>xvi</sup><sup>e</sup> siècles. Ceci constituait avec quelques gravures appropriées la sorte de chapelle dédiée à sainte Apolline, dont nous avons parlé au début de cet article.

Parmi les objets citons : Dentistes et patients ; cire colorée sur fond peint ; ivoire sculpté (Proskauer) ; sujet cire et étoffes école mexicaine (Ferrand) et le célèbre groupe en Saxe de Kaendler, possédé en trois exemplaires, par MM. Proskauer, Ferrand et Klein, avec quelques différences dans la décoration, les assiettes à sujet dentaire de Muratet, les ex-voto en cire, les masques ceylanais de l'Institut allemand, les colliers en dents humaines de Bouland, les plâtres de Ferrand, etc...

TABLEAUX ET GRAVURES. — Nous arrivons à la partie la plus importante de l'Exposition. Il y avait dans les salles à peu près tout ce que l'on connaît dans les gravures à sujet dentaire. Tout en reproduisant le catalogue qui en a été fait, rappelons un immense tableau de l'Ecole Flamande, appartenant à la Section Allemande, ainsi que ses Apolline sur miroir, sur toile, sur vitrail, sur parchemins, vélins, etc., et le si remarqué tableau envoyé par la Galerie Lador, de Genève, dû au pinceau de Ravel, œuvre exposée au salon de 1882.

M. Ferrand, qui possède la plus belle collection de gravures, présentait parmi des œuvres originales, les peintures à l'huile : de Beklinder, de Torrenvliet, de Finazzi, de Jivito, d'anciennes copies des Dou, Teniers, etc., et plus de 300 gravures, aquarelles, lithos, pointes sèches, manière noire, aux encadrements choisis : des Callot, Tiepolo, Téniers, Maggiolo, Daumier, Cham, Gavarni, Engelman, Correard, Raffet, Adam, Lorenz, Weber, etc., 80 portraits de Talma, l'acteur qui fut dentiste ; des gravures à sujet humoristique, des gravures à volets, des gravures à sujet articulé, une remarquable section de gravures politiques, toujours à sujet dentaire, des gravures allemandes, anglaises, italiennes.

M. Desforges exposait une peinture sur bois retraçant « l'arrachement des dents d'un cheval » par un vétérinaire du <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle, œuvre très remarquée. M. Bourdin, l'aquarelle et gouache originale, représentant le dentiste ambulant Benavent.

L'Ecole Dentaire de Paris exposait le portrait de Godon (huile) et portraits de Fauchard, Wells, etc... M. Viau, le Fauchard, dont nous avons antérieurement parlé.

Remercions ici les collectionneurs qui ont bien voulu, répondant à l'appel des organisateurs, confier au Comité les trésors péniblement amassés dans tous les coins du globe.

Nous espérons pouvoir réunir un jour, à l'occasion d'une manifestation professionnelle nationale ou internationale, des documents rares, provenant des collections des bibliothèques, musées et archives que l'un de nous a particulièrement étudiées pendant de longues années.

A. BOULAND et G. DAGEN.



## Exposition rétrospective du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International

### Musée de l'École Dentaire de Paris

Conservateur : M. André.

#### Livres

- Duval* : Le dentiste de la jeunesse, Paris, 1805.  
*Jourdain* : Art du Dentiste, Nancy, 1807.  
*Palerson Clark* : The Odontologist, Londres, 1854.  
*Paul Gresset* : Dentiste des familles, Paris, 1845.  
*Colandre* : Essai sur le mal de dents, Genève, 1791.  
*Audibran* : Traité sur les dents, Paris, 1821.  
 Plusieurs numéros du *Bulletin du Cercle des Dentistes*, 1859 (Paris).  
*D. C. Koth* : Réhabilitation de la chirurgie dentaire, Paris, 1859.  
*V. Saucerotte* : Avis sur la conservation des dents, Paris, 1823.  
*C. F. Delabarre* : Odontologie (avec carte de propriété de Delabarre), Paris, 1815.  
*C. F. Delabarre* : Traité de la partie mécanique, Paris, 1820.  
*Fallet* : Prothèse dentaire, Paris, 1850.  
*J. E. Oudet* : Recherches sur les dents, Paris, 1802.  
*J. C. F. Maury* : Manuel du dentiste, Paris, 1822.  
*J. M. A. Schange* : Précis sur le redressement, Paris, 1842.  
*Dionis* : Opération de chirurgie.  
*Laforgue* : L'art du dentiste (avec dédicace de Laforgue), Paris, 1802.  
*Maggiolo* : Manuel de l'Art du Dentiste, Nancy, 1809.  
*J. Fox* (trad. Lemaire) : Hist. nat. et mal. de dents, Paris, 1821.  
*Le Maire* : Le Dentiste des Dames (petite édition), Paris, 1818.  
*Le Maire* : Le Dentiste des Dames (édition avec gravure en tête).  
*Marmont* : L'Odontotechnie, Paris, 1825.  
*Gariot* : Traité des maladies de la bouche (avec signature), Paris, 1805.  
*Audibran-Chambly* : Essai sur l'art du dentiste, Paris, 1808.  
*J. Lefoulon* : Nouveau traité de l'Art du Dentiste, Paris, 1841.  
*Bunon* : Essai sur le mal de dents, Paris, 1743.  
*Bunon* : Expériences à Saint-Côme, Paris, 1746.  
*Goblin* : Manuel du dentiste, Paris, 1827.  
*A. F. Talma*, de son vrai nom *François*, a épousé une sœur de Talma le tragédien : Quelques points fondamentaux de la médecine dentaire, Bruxelles, 1858.  
*W. Rogers* : Dictionnaire de la science dentaire, Paris, 1846.  
*W. Rogers* : Buccomanie, Paris, 1851.  
*W. Rogers* : Encyclopédie du dentiste, Paris, 1845.  
*W. Rogers* : Manuel d'hygiène dentaire, Paris, 1845.

*E. Miel* : Recherches sur la deuxième dentition (avec dédicace de M<sup>me</sup> de Metz, deuxième fille de Miel, à M. Obiglio), Paris, 1826.

*Désirabode* et ses fils : Nouveaux éléments de l'art du Dentiste, Paris, 1846.

*Bourdet* : Soins faciles, Paris, 1759.

*Bourdet* : Soins faciles (avec nom d'un ancien dentiste possesseur de l'ouvrage), Paris, 1759.

*Martin* : Dissertation sur les dents, Paris, 1728.

*Fauchard* : Le chirurgien-dentiste, Paris, 1746.

*Mouton* : L'Odontotechnie, Paris, 1746.

*Jourdain* : Traité des maladies et opérations chirurgicales de la bouche, Paris, 1743.

*Gerauldy* : L'art de conserver les dents, Paris, 1737.

*H. G. Courtois* : Le dentiste observateur, Paris, 1776.

#### Objets divers

Nombreux plâtres et appareils de prothèse vélo-palatine provenant du Musée de l'Ecole.

Portrait de *Ch. Godon*, peinture à l'huile originale.

Portrait de *Godon*, gravure : Muller, 1900.

Portrait de *Fauchard*, gravure.

Magnifique trousse de voyage ayant appartenu à un des dentistes d'un roi français (Charles X ?).

#### M. Blatter (de Paris)

Buste de *Fauchard*, plâtre original, par Paulin.

(Le bronze est dans la salle d'honneur de l'Ecole Dentaire de Paris.)

#### Faculté de Médecine de Paris

*Manuscrit de Fauchard*, ayant servi à l'impression de la première édition, avec retouches nombreuses, changements de pagination, trace de fumés des gravures qui furent ensuite détachés etc., etc... (Pièce unique appartenant à la bibliothèque de la Faculté.

#### M. George Viau (de Paris)

Portrait de *Fauchard*, peinture à l'huile de Nestcher, 1726.

Brochures diverses relatives à l'histoire de l'art dentaire.

Livres anciens. M. G. Ronsières.

#### J. Renier (de Laval)

Six trousse dentaires anciennes. — Modèle reproduit de boîte à poudre, ayant appartenu à *Le Maire*. — Projet d'une maquette en plâtre d'une plaque à apposer sur la maison natale de *Lemaire* et bulletins de souscription pour la dite plaque.

#### Collection Dr Pitsch

Vieux instruments et notamment : l'attraction d'Escande.

### Collection Ch. Hullin

Sculpture : Bois peint du XIII<sup>e</sup> siècle : le martyr de sainte Apolline. — Bois peint du XVI<sup>e</sup> siècle : la douleur. — Gravure coloriée sur sainte Apolline.

### Ecole Odontotechnique

Ouvrages anciens.

### Galerie Lador (de Genève)

Grand tableau à l'huile, de Ravel, 1892 (Salon) : Le vieux Dentiste.

### Collection Lagrange (Guéret)

Deux sépias (originaux) : Chacun son bout, de Maurice Leloir.  
Le Charlatan à Guéret.

### Collection Muratet (Nantes)

Huit assiettes (1850) à sujets dentaires.

### Collection Merrill (Paris)

Trousse de toilette de 1780, œuvre d'un artisan français (destinée au musée Evans).

### Georges Dagen

Trousse de toilette du XIX<sup>e</sup> siècle. — Reliquaire ancien avec une dent d'une martyre. — Collection du *Baume d'Acier*. — Album : *Le Dentiste d'Autrefois*. — ouvrage : *Documents pour l'Histoire de l'Art dentaire*. — Gravures diverses, *ex-voto* en cire.

### Collection Gentilhomme (de Paris)

Dentier en porcelaine fine du XVIII<sup>e</sup> siècle (fort belle pièce). — Crâne anatomique en plâtre sculpté à l'excavateur dans la masse, forte réduction, pièce d'une exactitude remarquable et d'une difficulté de travail très grande, exécutée par l'exposant.

### Collection de MM. Regnart (de Paris)

Médailles, miniatures, portraits, instruments, pharmacies, de la famille des dentistes Regnart ; prothèses os, ivoire, dents minérales, etc...

### Collection de Georges Villain

Gravure

Le Pont-Neuf, par Rigaud.

Livres

Plusieurs livres anciens de toute rareté : Taveau, Audibrant, Baumes, etc...

*Godon* : ouvrage de ce maître avec nombreuses notes manuscrites marginales.

### Collection Godefroy (de Paris)

Deux aquarelles à sujet militaire, époque 1880.

— Photographie de la peinture de Brouwer : Le dentiste au tonneau. — Photographie de la peinture d'Ostade : Le dentiste dans la cave. — Cinq cadres contenant des vignettes de Cham (collection unique). — *Draner*, litho : La Chambre des Députés (1860).

### Instruments

Deux plateaux d'une superbe trousse de voyage. — Un davier double ébauché. — Une trousse dentaire du XIX<sup>e</sup> siècle.

### Collection Houalet (de Rennes)

Panneau breton, bois sculpté, Sainte Apolline. — Groupe en bois colorié (la chapelle de la Housaye), le martyr de Sainte Apolline.

### M. Zula

Crâne en ivoire sculpté.

### Collection Fay (de Paris)

Le Perdant, litho politique de 1830, coloriée. — C. C. P., Anvers 1876 : La revanche, photo d'une peinture représentant un dentiste et un ecclésiastique. — *Veber* : La femme dentiste, 80/100. — *Madou*, reproduction coloriée de l'original possédée par M. Fay. — Gravures de la guerre.

### Instruments

Trousse d'instruments ayant appartenu au Dr Henri Fauconnier, 1825-1881, pour le roi des Belges Léopold I<sup>er</sup>. — Clés de Garengnot, trousse, instruments anciens. — Dents minérales. — Bridge ancien. — Pièces en hippopotame.

### Livres

F. Fay : description of the dental forceps, Bruges, 1847.

Œuvres de Ambroise Paré, Lyon, 1652, onzième édition (reliure précieuse).

### M. Klein (de La Haye)

Diplôme de la Société des « Médecins dentistes » de Paris à Maximilien Leymarie, décembre 1847, signé Rossi, Charles (Marmont), Nonat, Genès, Talbot (Descourties). — Lettre adressée au dentiste Mahon (originale). — Lettres de Désirade (originales), 1849. — Page de livre allemand, gravé sur bois (dans la colonne Sainte Apolline), par Schonsperger, 1485. Spécimen original extrêmement rare. — La même en latin (*Il est presque impossible de posséder les deux pages différentes pour la langue du texte*). — Autre page : Schedel, Weltchronik, Nuremberg, 1493. — Sainte Apolline : Knoblauch, 1517, Strasbourg ; Graninger, 1513, Strasbourg ; Knoblauch, 1507, Strasbourg ; Farter, 1506, Basel ; 1500, Delft.

### Collection B. Platschick

Gariot : Traité des maladies des dents (1806). L'œuvre de Fauchard en prothèse dentaire. Collection du « Laboratoire ».



**The S. S. White Dental Company** (Philadelphie et Paris)

Collection de divers panneaux comprenant les types successives des pièces à main (Morisson, Briot, Lewis), bras de tours à pied, maillets auto-matiques, pièces à angle, dentiers en ivoire, jeux de dents naturelles, bridges, dents minérales et premiers moules de fabrication.

#### Exposition Weinberger

Collection de cent panneaux de B. W. Weinberger concernant des reproductions intéressant l'histoire de l'Art dentaire dans le monde entier, depuis la préhistoire.

Sainte Apolline, homme préhistorique, pierres sculptées, Egypte, papyrus, Pérou, Bohême, Phénicie, Grèce, Rome, Inde, Centre Amérique, mutations, anciennes gravures sur bois, histoire du dent, anatomie dentaire ancienne, instruments à extractions, prothèse, obturateurs, portraits, livres, réclames, dentiers de Washington, brevets d'invention, portraits des bénéficiaires du Dr. Miller, machines à fraiser, équipements, fausse, crachoirs, etc... Cette collection est unique pour sa valeur rétrospective.

#### Dents minérales

Collection de M. Fay (Paris) (suite)

Dents de Billard (1838).  
Dents de Wilson (1830)?  
Bloc de grosses molaires à 4 crampons. — Billard (1840-1850).  
Petit bridge à crochets (1850).  
Dents en hippopotame.  
Dents à gencive. Epoque 1850.  
Type d'une des premières dents à tube de Ash, tube de platine. — Londres, 1837.  
Autre type de dents à tube de Ash. — Londres 1850.  
Dents à pivot bois (1868).

Collection de l'Institut Allemand de recherches sur l'histoire de l'Art dentaire, sous la direction de M. le Dr C. Proskauer (de Breslau).

#### Livres

Tamben Schonbuch für Frauenzimmer, Leipzig, 1778.  
Scherer : Geschichte der Zahnschmerzen, Vienne, 1800.  
Phillippon : le Musée pour rire (1850), 3 volumes contenant texte et gravures de : l'Etudiant au restaurant du quartier latin ; M. Miette, vendeur de la machine Persane ; M. Adolphe, chez le mari dentiste.  
Bodry : livre texte anglais avec gravures colorées dont « Acute Pain », n° IV.  
A. Kulmus : Anatomische Tabellen, Leipzig, 1800.  
W. Tissot : Schönheit der Frauenzimmer, 1778.  
Geraudly (français) : traduction de son ouvrage en allemand, 1754.

Geraudly (français) : l'ouvrage en français, 1737.  
Bourdel (français) : Soins faciles, imprimé à Liège en 1782.

Haus-Apothek, 1700 (extrêmement curieuse).  
Artzney Buchlein : Plusieurs éditions en allemand.

Zene Artzney : Editions de 1533-1533 (de toute rareté).

Juan de Guerauara : 1627 (unique).

P. Rostinio : 1588 (unique).

Fauchard (français) : traduction en allemand de son ouvrage, Berlin, 1733.

Fauchard (français) : l'ouvrage en français, 2<sup>e</sup> édition de 1738.

Guillemeau (français) : extrait de son ouvrage, chapitre concernant les dents (en allemand), Dresde, 1710.

J. Scultetus : Armamentarium chirurgicorum, 1665 (Le premier ouvrage important imprimé sur les instruments de chirurgie.)

Pfaffs : Abhandlung von den Zähnen, Berlin, 1756.

Dionis (français) : Opération de chirurgie, en français.

G. Purmann : Chirurgie, 1699.

G. Purmann : Chirurgie, Francfort et Leipzig 1703.

C. Kundmann : Leipzig 1737.

J. Hunter (anglais) : Geschichte der Zähne (en allemand) Leipzig, 1780.

C. H. Keib : Chirurgie, Augsburg, 1761.

Robinson : The teeth, Londres, 1846.

Laforgue (français) : Traduction allemande de « l'Art du Dentiste », Leipzig, 1803.

Brunn : Anwendung der Narkose, Fribourg, 1857.

Maury (français) : Traduction allemande de son ouvrage, Weimar, 1840.

Ballif : Anleitung zur Pflege und Erhaltung der Zähne, Berlin, 1819.

Le Maire : Le dentiste des dames, édition française, trois éditions différentes y compris le petit format.

Gulman : Dynamik der Zahnheilkunde, Leipzig, 1833.

J. S. S. Werth : De Odontologia, 1836.

Gall : Zahnheilkunde, Vienne, 1834.

Maurice (français) : traduction de son opuscule, Zahnschmerzenwehr, 1843.

M. Scotin : Physionomia, 1508 (extrêmement rare).

L. Fuchs : De curandi ratione, 1554 (d'une grande valeur).

#### Gravures

Rowlanson : Le dentiste français : « Du Charmant », originale en couleur.

Schenk : Tactus ridiculus, d'après les Booth, gravé à la matière noire.

Engelbrecht : Gravure sur Geoffroy à la Grande Dent, dans un ouvrage contenant diverses légendes anciennes (1730).

Cornelis de Wael : paraissant une aquarelle relevée de gouache : Le Dentiste sur la place.

Ludwig Volz : Crayon original. Nouvelle manière de tirer une dent avec un cheval. Cette œuvre existe gravée dans quelques collections.



*Klein Michel* : Dessin à la plume : salle d'attente.

*Van Vliet* : Le Dentiste, gravure.

*Hans Werdlitz* : Gravure, 1531 (de toute rareté). Foire allemande avec légende française : « Tu peux voir dans cette figure !... » ; à gauche un dentiste.

*Duplessis-Bertaux* : Le dentiste sur un tréteau, extrait de l'album : Les métiers de Paris, gravure originale non coloriée. Les gravures coloriées l'ont été après l'impression et non de la main de l'auteur.

*Anonyme* : « Une femme souffrant des dents », peinture sur parchemin (Renaissance ?)

*Bobbin* : Gravure au frottis, interprétation de celle de l'ouvrage.

*Boilly* : Le Baume d'Acier, imprimé d'Aubert, n° 27, petit format. — Le Baume d'Acier, litho de Delpech, coloriée.

*C. Jacques* : L'extirpateur, litho noire.

*Quillembois* (le vicomte de Sargus) : Comicalités, litho coloriée.

*Daumier* : Mr. Cobden, litho noire. — Collier de perles, litho coloriée. — Elle tenait ferme, litho noire. — Nos bons Parisiens, litho noire.

*J. M. Will* : Le dentiste, gravure.

*C. Molenaar* : (1650) Dentiste à la fenêtre, gravure.

*Ad. Ostade* : (1637), litho gravée, par Delacroix.

*Honstort* : litho d'après le tableau de Dresde.

*Frères Booth* : T'Gevoel, gravure (extrait de la série des « Cinq Sens »).

*A. Maulpersch* : (1785) Le tréteau, gravure.

*Die Barbier-Stube* : gravure coloriée (belle épreuve).

*A. Caraccio* (1641) : Il cavadenti, gravure.

*G. Vasi* : « Piazza Montanara », gravé.

*N. Grund* : 1750, d'après les Booth.

*Hogarth* : La nuit, gravé par Cook.

*Schoeller* : « Vous en avez de bonnes » (1830), litho coloriée.

*Laurate* : « Je vous entends dire, M<sup>mes</sup>... », éditeur Panvert, gravure populaire coloriée.

*Cham* : W. Rogers dans son salon d'attente, litho noire. — Fattet se préparant à osanorifier, litho noire. — Fattet dans son salon d'attente, litho noire.

*Arnout* : Façade de l'Hôtel Bullion avec panneau de dentiste, litho noire.

Page de chanson contemporaine sur un dentiste (en allemand).

*Gostiaux* : Mr Sans Douleur, lith. coloriée.

*Goya* : deux gravures : la pendaison, le comte palatin.

*Negger* : L'arracheur burlesque des hommes matière noire. — Le même, interprétation différente : une femme.

*A. L. Richter* : Dentiste à cheval dans la campagne romaine, gravure. — Le même, croquis original (?) au crayon (pièce admirable).

*A. Brouwer* : Le dentiste au tonneau, gravé par Woernb.

*Dietrich* (1765) : Pointe sèche.

*Maggiollo* : il « Cavadenti » gravé par Volpato

*Romboust* : gravé par André.

*Tiepolo* : « Or con la voce... », gravé par Léonardi.

*J. Touzé* : Le Chariatan à Paris, avec légende, gravé par Miger.

*Singes chirurgiens*, gravé.

*Singes charlatans* (l'orviétan) gravé.

*Lucas de Leyde* (1523) : gravé.

*Kunigowski* : deux gravures japonaises, en couleur.

#### Prothèse — Instrumentation

Première prothèse *esthétique*, avec masque (moderne) de restitution, Zurich, 1500, œuvre de prothèse de toute rareté, qui se plaçait entre les lèvres et les dents existantes. Dents en os d'un seul bloc articulation avec ressort pour l'ouverture de la bouche, et avec liens pour l'introduction.

Diverses pièces de prothèse en os, bridges anciens, dents minérales anciennes, quelques-unes émaillées à la gencive.

Instruments d'extractions de diverses époques, machines à forer les dents avec archet à main, trousse, trousse pour voyages, clés, pélicans, poussoirs, déchaussoirs, tiroirs, clés du xvi<sup>e</sup> siècle, miroir de 1820, pélicans Renaissance, pélicans doubles, trousse de toilette, porte-empreintes en métal doré et porcelaine de 1840, premiers ressorts dits à : *sauterelle*. Cette collection est la plus complète de l'exposition.

#### Groupes, Tableaux

Groupe en terre cuite coloriée : singes.

*Kaender* : Groupe en saxe. Dentiste, boudoir, patient, singe. Le groupe existe dans une version un peu différente, notamment le tapis qui est à fleurs dans la 2<sup>e</sup> version. Nous connaissons trois groupes à peu près semblables : celui-ci, un appartenant à M. Ferrand, un à M. Klein.

Ivoire colorée en brun par parties, un dentiste et un patient (fort bel objet ancien).

Cire colorée sur fond peint et dans un cadre (1840 ?)

Grand tableau à l'huile (original), école allemande. Une des rares œuvres originales de ce format.

Bestätigung der Innungsstatuten der breslauer Bäder durch Kaiser Karl VI (1736) (Très beau manuscrit avec écriture ornée et grand socle).

Jeu de cartes, 1840, de Bohme à Dresde ; une carte montre un patient.

Diplômes du dentiste *Doebelin*, 1840.

Passeport pour la Russie pour le même.

Affiche de publicité de Dresde, 1572 (grand papier rarissime).

Diverses réclames de journaux allemands d'alors.

#### Sainte Apolline

Grand vitrail avec deux saintes dont Apolline.

Peinture sur miroir.

Peinture sur émail.

Peinture à l'huile (très ancienne).

Gravures sur le martyre de la sainte, bois coloriés, à la main, en noir, livres à enluminures, gravées par Schiavoni, le Guide, etc. ; livres de prière.

Ex-voto de cire dont un colorié.

Masques en bois coloriés, danses rituelles de l'Inde de Ceylan.

**M. Gatineau**

(Photos de son atelier-musée, documents sur l'ancienne Egypte.)

**Collection Georges Aloï (de Rabat)**

Trois daviers marocains début du XX<sup>e</sup> siècle.  
Deux images, daviers d'après manuscrit de l'azas.

**Collection « Semaine Dentaire »***Livres*

Catalogue de la Bibliothèque de *La Semaine Dentaire*.

*P. Camper* : Discours... sur les passions... des vi-  
vres. Utrecht, 1742.

Collection du *Baume d'Acier* et d'articles et ti-  
tres à part.

Sainte Apolline de Carlo Dolci (photo Alinari).

*Gravures*

*Anbry* : Le mal de dents, litho coloriée (Place du  
Citélet, devise sur le sabre).

*Anonymes* : Gravures coloriées anti-religieuses,  
époque Révolution. — Frère Blaise... — ... Ils  
ont laissé les chicots. — Dentiste patriote.

**Collection A. Bouland**

*Collier* canaque avec dents de petits animaux.

*Cham* : Le perceur, dessin original à la plume.

*Anonyme* : The country tooth drawer, litho  
noire. — The town tooth drawer, litho noire (Im-  
primé chez Davidson).

*Touzet* : Gravure coloriée d'une partie de la gra-  
vure de Touzet : le charlatan sur un quai de Paris.

*Longhi* : Chromo d'après la peinture originale.  
Triptyque de Subirana (Horace Wells).

Sainte Apolline, d'après incunable de la biblio-  
thèque Nationale.

*Wart* : Sta Apollonia (un volume illustré).

L'arracheuse française (gravure d'après do-  
cument ancien).

**Collection Ash et Cie**

*Adam* : Passe-temps, litho coloriée.

*Lorenz* (1848) : Les folies de l'opinion, litho co-  
lorée. Gravures encadrées.

Abbaye de Fécamp (Musée de la Bénédictionne)  
Trois pélicans, époque Renaissance.

**École Dentaire de Paris**

Catalogue de l'Exposition rétrospective du Con-  
grès de 1900 (*M. Lemerle*).

**M. M. Pasquet (Paris)**

Une scène chez le dentiste, peinture flamande  
de la manière de Booth.

Lettre autographe de George Sand à son den-  
tiste.

**M. Guerini (de Naples)**

Vitrine contenant des appareils de prothèse  
antiques, grecs, romains, ex-voto, d'après la cé-  
lèbre collection du Prof. Guerini (Musée de l'Ecole  
Dentaire de Paris).

Ouvrages de Guerini sur l'Histoire de l'Art den-  
taire, notamment son « Histoire de l'Art dentaire  
en anglais, le meilleur ouvrage connu.

**Marcel Baudoin**

Tirages à part, gravures, articles sur la préhis-  
toire et l'anthropologie.

**M. Bourdin (Paris)**

M. Benavant, arracheur de dent, -ouache ori-  
ginale.

Dr B. : « Natural history of human teeth-Fox  
(ouvrages en anglais, Londres 1814).

**Collection Ferrand (Paris)***Peintures originales*

*J. Becklinder* (1628-1698) : Le dentiste, fort belle  
œuvre d'un élève de Rembrandt. Tableau de  
grandes dimensions : 1<sup>m</sup>23 x 1<sup>m</sup>17.

*J. Toorenvliet* (1641-1719) : Groupe : un den-  
tiste, un musicien, personnages ; œuvre admirable  
de ce Hollandais ayant voyagé en Italie.

*Finazzi* : Ecole italienne, 1848, place de Turin  
avec dentiste ambulancier.

*Teniers* : Le dentiste montrant une dent. D'un  
copiste de l'époque, magnifique interprétation.

*Dou* : Le dentiste à la fenêtre, fort belle copie  
ancienne.

Cinquante portraits de *Talma*, tragédien, qui fut  
dentiste (Collection unique).

*Livres*

*J. Marmont* : L'Odontotechnie avec autographe  
de l'auteur à *Lemonnier*, le dentiste de la rue Mau-  
conseil.

Brochure populaire de 1840 contenant remède  
comique contre le mal de dents.

*Dionis* : Chirurgie.

*Hébert* : Le citoyen dentiste, Lyon, 1778.

*Gérauldy* : L'art de conserver les dents, Paris,  
1737.

*Baumes* : Traité de la première dentition, Paris,  
1806.

*Bourdel* : Soins faciles, Paris, 1749.

*Sculpture — Groupes*

Sculpture en plâtre : Singes.

Terre-cuite et étoffes : dentiste mexicain.

Porcelaine : un chien malade.

*Instruments et prothèse, divers*

Clés de Garengot, élévateurs, râteliers os, fleurs  
formées de dents naturelles, obturateurs, pièces de  
montre, pélicans, attrapeurs, instruments à net-  
toyer, trousse en maroquin vert.

Masque à yeux et mâchoire, articulé : enseigne de  
dentiste, 1830 (La seule pièce actuellement con-  
nue).

Fauteuil dentaire du commencement du XIX<sup>e</sup>  
siècle.

*Gravures*

*Gavarni* : Fourberies de femmes, litho noire.

*Moynet* : La philanthropie, litho noire.

Opération à l'Empereur de Russie, litho noire.

*Benjamin* : Question d'Orient (1860), litho co-  
loriée.

*Jarry et Moeker* : chanson, l'arracheur de dents,  
litho noire.



*Briol et Hervé* : chansonnette, le chloroforme dentaire, litho noire.

*Adam* : Planche de divers sujets et arracheur, litho coloriée.

*Adam* : Passe-temps, litho noire.

*Adam* : Passe-temps, litho en couleur.

*Bayot* (Salon de 1843) et *Guillemin* : La peur du mal, litho coloriée.

*Pigal* (Salon de 1857) : L'arracheur de dents, litho de Bernard et Frey.

Guerrier indien avec collier de dents, litho coloriée.

*Willette* : Le forgeron dentiste, litho coloriée avant la lettre.

*Willette* : Le forgeron dentiste, litho noire.

*Gostioux* : Mr sans Douleur..., dentiste et pédicure..., litho coloriée.

*Laurate* : Chicot dentiste, lavis original.

*Laurate* : Chicot dentiste, interprétation en litho.

*Veber* : La femme dentiste, colorié.

*Veber* : La souffrance partagée, 5/25, colorié.

*Veber* : Le salon du dentiste, 6/22, colorié.

*Guillaume* : Dame et dentiste, photo du tableau.

*Ste Apolline*, par Le Guide, en couleur.

— copie de l'incunable de la B. N. avec cadre goth.

— litho coloriée de Wenzel.

— page de calendrier gravé.

— diverses gravures anciennes en noir ou couleur.

« Combination monstruosities », les 2 sujets en noir.

« Combination monstruosities », les 2 sujets en couleur.

(*Frères Booth* ?) : Le dentiste, matière noire.

*Rombouls* : gravé d'après le tableau, avec légende.

*Dou* : gravé d'après le tableau, le dentiste à la fenêtre.

*Dou* : par Gianni, gravé par A. Kester.

*Dou* : le dentiste à la fenêtre, gravé par Taylor.

*Dou* : le dentiste à la fenêtre, gravé par Janet.

*Isaac Ostade* : The dentist, gravé par French.

*C. de Waal* : Tactus, gravé par A. Voet.

*D. Teniers* : Le dentiste, gravé par Janet.

*Anonyme* : France (ou Hollande), XVII<sup>e</sup> siècle : « Consulter sur son art un arracheur de dents ».

*Molenaer* : Gravure allemande, d'après le tableau.

*Callot* : La foire de l'Inprunenta, gravure (5<sup>e</sup> état).

*Tiépolo* : « Or con la voce », gravé par Léonardi.

*Lucas de Leyde* : Le dentiste, le paysan et la femme.

*Dietrich* (1767) : Le tréteau, pointe sèche.

*Wille* : Le dentiste ambulancier, couleurs, premier état.

*Maggiolo* : Il cavadenti, gravure, avec légende, 2 colonnes.

*Eisen* : L'arracheur, gravure, gravée par Dupuis.

*Longhi* : La bottega, aquarelle, d'après le tableau (très belle œuvre).

*Boilly* : La première dent, litho de Guerrier, en noir. — La première dent, litho de Guerrier, en couleur. — La dernière dent, litho de Guerrier, en noir. — La dernière dent, litho de Guerrier, en

couleur. — Le Baume d'Acier, litho anglaise en couleur. — Le Baume d'Acier, litho chez Aubert, petit format, couleur.

*Colin* : Les marionnettes, litho coloriée.

D'après *Bobyn* : Le dentiste, gravé en rond.

*Anonyme* : Dentiste sur la place, gravé en rond (XVIII<sup>e</sup> siècle).

Publicités diverses de journaux du XIX<sup>e</sup> siècle, poésies à Aimé de Nevers, à W. Rogers.

*Cham* : Pages du *Charivari* avec vignettes de Cham. — Trois dessins originaux. — Fattet

Napoléon I<sup>er</sup>, agrandissement et tiré à part de *Charivari*, litho noire. — Procès de Desirabode, tiré à part et colorié. — L'omnibus à réclames, litho

noire. — Lanterne magique, litho noire. — Dentiste et portier, litho coloriée. — Ordonnance de police, litho noire. — Fattet sur la colonne, litho

coloriée. — Vie du célèbre Fattet, planche en noir ; la même coloriée.

Titre de l'Almanach prophétique pour 1849.

Portrait de Fauchard, d'après l'ouvrage.

Portrait de Garengot.

Portrait de Fonzi, signé C. L. P. 1818 avec légende.

Portrait de Lemaire, d'après Bertrand, gravé par Pujot.

*Beuchot* : « Erreurs », litho noire.

*Jacques* : L'extirpateur, litho noire.

*Salot*, dentiste, page de la Lune, 1867, litho coloriée.

*Darjou* : En Syrie, litho noire.

*Platier* : Sensations, litho noire.

*Raffet* : Parade, liste civile (1840), litho noir faiblement coloriée.

Désespoir d'un dentiste au départ de Charles X, litho coloriée.

Le Perdant, chez Fonrouge (1830), litho noire.

*Lorenz* : Les folies de l'opinion (1830), litho coloriée.

*Daumier* : Autres hennetons (1870), litho noire.

*Cari* : Le cabinet, gravé par Moleuvre, colorié.

Gravures anciennes à la roulette sur le *Grand Thomas* et l'écolier (inversée).

*Wilson* : L'opérateur de campagne (le forgeron), manière noire.

*Rowlandson* : La transplantation, avec femme, gravé et colorié.

*Anguish* : aquarelle originale : l'homme à la pincette.

The Country Drawer, gravé et légende.

Gravures anglaises (genre Bobyn) avec légendes, une est l'interprétation, gravée et coloriée, de l'homme à la pincette, désignée plus haut.

*Fellow Feeling* : Femme dentiste, aquarelle et gouache originale.

Laughter and experiment : gravure coloriée.

Acute pain : gravure coloriée.

Easiness of toothache : gravure coloriée.

*Notermann* (extrait de l'Artiste) : Singes, litho de Perodon.

*Notermann* : le même panneau de bois peint, interprétation différente.

La dent de sagesse (singe), chromo.

*Vernet* : Le lion amoureux, litho coloriée d'Engelmann.

*Arnoult* : L'Hôtel Bullion avec panneau de Peletier.



*Legros* : Litho coloriée.  
 Le Musée pour rire : Adolphe chez le mari, litho noire.  
*G. Frison* : Dentiste ambulant, litho couleur.  
*Goya* : Le comte palatin, gravure.  
*Deveria*, portrait (?) d'Olivier le Dain, litho coloriée.  
*Anonyme* : Restaurant du quartier latin (agrandissement lithographié de la page du Musée pour rire).  
*L. Marigny* : Mal de dents et tabac, litho noire.  
*Anonyme* : Le dentiste et le patient, litho coloriée, sujet articulé.  
*Boaschot* : « Il la fait souffrir », litho coloriée, à sujet mobile.  
*Daumier* : Vieux lion, litho noire. — Cobden, litho noire. — Enfantillage, litho noire. — Bons bourgeois, litho coloriée. — La même en noir. — Mœurs conjugales, litho noire. — Coquetterie, litho coloriée. — Scènes grotesques, litho coloriée.  
*Robert Macaire*, litho coloriée : Les moments difficiles.  
*G. Engelman* : Le dentiste sur le tréteau, litho couleur. — L'arracheur, d'après « l'Album ».  
*Anonyme* : Miette, d'après le Musée pour rire, litho noire. — La même, litho coloriée. — La même autre version en noir.  
 Papier peint pour décoration d'appartement, noir et blanc sur gris, dentiste.  
 Réclame pour la Topazine, litho noire.  
*Marolin* : Les exploits d'un dentiste, litho en couleur, par Jacott.  
*Doré* : Les dindons, litho noire.  
*Aubry* : Le dentiste, place du Châtelet, avec dents sur le sabre, litho coloriée, très bon état de la première version.  
*Correard* : « Sans douleur » et militaire, litho noire.

#### Collection Anuario Dental Madrid

Deux reproductions de tableaux anciens.

#### Nippon Dental College de Tokio

Instruments dentaires japonais, époque de Shyuyava.  
 Dentier bois du maître d'escrime Yagiou Hida.  
 Kani, de l'époque de Yedo.  
 Trousse de visites, époque Yedo.  
 Anciens instruments dentaires de Formose.  
 Dentiers en bois sculptés et bridges.  
 Procédé de fabrication des dentiers en bois (détails).  
 Photo de publicités japonaises du moyen âge.  
 Serments d'élèves à leurs maîtres.  
 Diplôme de dentiste, époque Meiji.

#### Collection de l'Amalgamated Dental Company, Londres

(Exposée par la Société de Trey)

Types de dents minérales diverses et pièces de prothèse.  
 1750. Une bouche complète en or supérieure et

inférieure, montée avec des dents en porcelaine anciennes, françaises avec ressorts.  
 2 bouches de dents entièrement en porcelaine (françaises, anciennes).

1800. Une pièce supérieure en ivoire avec 12 dents sculptées.
1800. Une pièce supérieure en ivoire avec 8 dents naturelles.
1800. Une pièce supérieure en os avec gencive coloriée et montrant la position pour l'adaptation à la plaque des dents naturelles encore en bouche.
1800. Pièce partielle supérieure en os avec 5 dents naturelles munies de pivots, en bois et en métal.
1800. 7 pièces en os de différents genres avec dents sculptées à la main.
1800. 2 pièces en os munies de dents naturelles.
1830. 4 blocs de gencives en porcelaine.
1837. Une pièce en or avec dents à tube de Ash.
1850. Dents minérales, modèle Barrington.
- Date inconnue : Un complet en miniature, dents supérieures et inférieures, en ivoire sculpté.
1837. Dent à tube Ash, avec tube en or et en platine.
1840. Dent à tube avec tube semi-circulaire.
1844. Une dent à pivot en bois S. S. White.
1850. Six dents à tube Ash et gencive « internissable ».
1850. Une couronne S. S. W. modèle Comer.
1850. Une coupe de gencive américaine avec crampons à bride.
1850. 2 couronnes S. S. White, modèle Foster.
1850. Une dent à selle S. S. White.
1856. 2 dents Blandy (modèle du Dr A. A. Blandy, E.U.A.).
1854. Une dent S. S. White (continuous gum).
- 1858-62. Une dent Ash à talon avec épingle, long et dos rugueux.
1860. Une dent à épingle en or, modèle Lemale.
1860. 3 couronnes ouvertes S. S. White (1 ordinaire, 2 à gencive).
1870. Une dent S. S. White à crampon haut.
1870. Une molaire fraisée S. S. White.
1875. Une dent allemande à épingle (modèle Poulson).
1875. Une couronne S. S. White, modèle Bonwill.
1880. Une couronne Richmond.
1880. 2 dents à épingle à bouton, modèle Massey.
1880. Une dent en porcelaine sans crampon.
1883. Une couronne S. S. White, modèle How.
1883. Une couronne S. S. White, modèle Logan.
1886. 2 couronnes S. S. White.
1890. Une dent Campbell.
1894. Une diatorique (ancrage à double orifice, modèle du Dr Starr).
1897. Une dent allemande à crampon à vis (Juteroch).
1898. Une dent (Dr Dennett, E.U.A.).
1900. Une facette, modèle Dr Léon Williams.
1900. Une couronne, modèle Dr Léon Williams.
1901. 2 couronnes, modèle Dr Nagy.
1904. Une facette interchangeable, modèle du Dr Cassulo, Italie.
1905. 2 couronnes Mountford.
1910. 4 dents allemandes variées (Wienand).
1912. 2 facettes, modèle Fogg.

## L'ORGANISATION MATÉRIELLE DU GRAND PALAIS ET DE L'EXPOSITION DES FABRICANTS ET DES FOURNISSEURS



M. F. SALAS.

Il est difficile de se faire une idée, même très vague, de la somme de travail et d'efforts que représente l'organisation matérielle d'une manifestation de l'importance du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, si l'on n'a pas eu l'occasion d'en avoir assumé la responsabilité.

L'organisation des locaux du Grand Palais avait été confiée à notre confrère F. Salas, dont on connaît les méthodes d'initiative et d'ordre.

Il eut à résoudre, dans des conditions difficiles, les nombreux et délicats problèmes que posaient l'aménagement et la décoration du Grand Palais et l'exécution de travaux très importants.

C'est un véritable tour de force qui a été réalisé ; tout était prêt le samedi 1<sup>er</sup> août, à midi : les exposants devant leur

stand décoré avec goût attendaient les visiteurs ; les expositions pédagogiques, scientifiques, d'hygiène et rétrospectives étaient parfaitement aménagées ; les seize salles de conférences avec leur estrade, leur tableau noir, leurs chaises et leur lanterne de projections étaient prêtes à recevoir les conférenciers et leurs auditeurs ; dans les salles de démonstrations pratiques, le gaz, l'électricité force avaient été amenés ; dans les salles de cinéma le noir était complet ; dans le Grand Salon d'honneur, tout était prêt également, pour la séance d'ouverture, à recevoir 2.000 congressistes. Enfin, dans tous les bureaux : secrétariat général, trésorerie et commissariat des expositions, il ne manquait rien, si bien que tout le monde put se mettre immédiatement au travail sans perdre une seule minute.

Tous nos confrères ont pu constater avec plaisir que notre Congrès rompait avec la tradition qui veut que les Expositions et les Congrès commencent dans le bruit des travaux et l'affolement des derniers préparatifs ; l'étonnement de nos confrères eût été plus grand encore s'ils avaient connu toutes les difficultés qu'il fallut surmonter pour mettre au point cette vaste organisation.

Ce furent d'abord de longs pourparlers pour obtenir l'emplacement nécessaire, négociations avec le Comité du Salon de l'Automobile concessionnaire du Grand Palais, à la date du 14 juillet, pour obtenir la Salle Jean Goujon. Enfin, après accord avec les Architectes et les Commissaires des différentes Expositions, il fallut délimiter l'emplacement des seize salles de Conférences, des différentes sections des Expositions, travail délicat qui dut être refait plusieurs fois par suite de nouvelles demandes d'exposants. Telle exposition n'avait pas assez de place, telle autre était trop au large. Ce travail de répartition fait et défait plusieurs fois, on dressa les plans définitifs. C'est avec le plus grand soin et une précision rigoureuse qu'il fallait les établir, car les travaux ne pouvaient commencer que dix



jours avant l'ouverture du Congrès ; tout le matériel nécessaire devait donc être préparé d'avance, tout devait être prévu dans les moindres détails pour que les entrepreneurs n'aient à faire que le montage ; une cote fausse, une commande oubliée auraient occasionné un fâcheux retard.

Les travaux à faire pour mettre les salles dans l'état où nos confrères les ont trouvées le 1<sup>er</sup> août étaient considérables. Ils intéressaient tous les corps de métier : charpentiers, peintres, décorateurs, électriciens, plombiers, etc...

Le Grand Palais, en effet, vu de l'extérieur, donne l'impression d'être un beau monument, confortable et bien entretenu ; mais à l'intérieur, il n'en est pas de même dans ce grand vaisseau. Sans plafonds et sans éclairage d'aucune sorte, les Expositions qui s'y succèdent construisent à l'intérieur leurs salles, placent des cloisons, tendent des vélums, des tentures et des tapis, installent leur éclairage et doivent tout démonter lorsqu'elles quittent le Grand Palais. C'est tout ce travail qu'il fallait faire exécuter pour transformer ces salles tristes et dénudées en des salles propres, coquettes et accueillantes. Quelques chiffres permettent de mesurer l'importance des travaux.

La surface du Grand Palais où se tenait le Congrès était de 16.000 mètres carrés ; on a posé :

40.000 mètres carrés de tentures murales ;

10.000 mètres carrés de tapis ;

3.000 mètres carrés de plancher ;

3.000 mètres carrés de vélums ;

Des Tapis d'Orient d'une valeur de 1 million et demi décoraient les salles ;

Et plus de 500.000 francs de mobilier, comprenant : chaises, banquettes, bureaux, etc., étaient répartis dans les Expositions.

Cette vaste organisation avait été confiée à notre confrère *F. Salas*, il eut aussi à s'occuper de l'Exposition de Matériel et de Fournitures dentaires du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, qui fut sans conteste la plus belle et la plus importante exposition professionnelle qui ait été organisée, jusqu'à ce jour, aussi bien en France qu'à l'Etranger.

Elle occupait plus du tiers de la surface totale du Grand Palais. L'immense nef de la Coupole d'Antin, les Galeries du pourtour, les quatre salles à droite et à gauche de la Coupole, au rez-de-chaussée et au premier étage, les salles Jean Goujon étaient entièrement garnies, ce qui représente une superficie de stand de 3.000 mètres carrés pour les trois cents firmes présentes sur les différents stands. Si vastes que soient les salles, qui furent affectées à cette Exposition, elles se révélèrent, au dernier moment, insuffisantes, car quelques retardataires eurent bien du mal à trouver deux ou trois mètres carrés pour présenter leurs nouveautés.

Les quelque 5 ou 6.000 confrères venus des quatre coins du monde pour assister au Congrès furent unanimes à reconnaître qu'ils ne s'attendaient pas à voir, dans un cadre aussi imposant une exposition aussi variée et aussi complète de tous les articles, matériels et produits français et étrangers qui intéressent l'Art dentaire. Ils ne s'attendaient pas non plus à voir tant de nouveautés, tant de perfectionnements techniques dans les appareils de cabinet et d'atelier, tant de solutions nouvelles pour la radiographie et l'éclairage, et un tel luxe de présentation ; en quelques mots une exposition aussi réussie, aussi intéressante et d'un si bel ensemble. Les visiteurs furent tout simplement émerveillés ; il y avait cependant dans la foule



beaucoup d'Américains, d'Anglais et d'Allemands habitués aux choses grandioses ou colossales. Ils n'hésitèrent pas à déclarer que dans leur pays ils n'avaient jamais vu une exposition qui puisse, même de loin, être comparée à celle de ce VIII<sup>e</sup> Congrès ; certains avouèrent même que leur amour-propre national en souffrait un peu. Tous les exposants rivalisèrent de goût pour aménager leur stand et réaliser un ensemble décoratif au milieu duquel chaque article exposé était mis en valeur.

Les membres du Comité d'organisation savent quels efforts ont fourni tous les exposants, l'initiative dont ils ont fait preuve, les dépenses importantes qu'ils n'ont pas hésité à engager, le travail considérable qu'ils se sont imposé pour donner à notre exposition tant d'ampleur et tant d'éclat ; ils leur sont redevables de leur magnifique réussite et sont très heureux de leur renouveler leurs cordiales félicitations et de leur exprimer leur reconnaissance.

*(A suivre).*

---

## VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International

---

Le volume contenant le compte rendu des discussions de toutes les questions traitées durant le Congrès paraîtra sous peu et sera remis gratuitement à tous les membres actifs du Congrès. Ce volume contiendra 1.500 pages environ.

Il a été fait un résumé précis de ce volume ne contenant que 200 pages, ce qui facilitera les recherches des questions qui intéressent plus particulièrement tel ou tel confrère.

Ce résumé sera tiré à un nombre restreint d'exemplaires et le prix en sera de 20 francs.

S'inscrire aussitôt que possible à " L'Odontologie ".

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Chronique Professionnelle

#### RÉGLEMENTATION DE L'EXERCICE DE LA DENTISTERIE ET DE LA MÉCANIQUE DENTAIRE EN POLOGNE

ORDONNANCE DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DU 10 JUIN 1927, SUR  
LA PRATIQUE DU TRAITEMENT DES DENTS

En vertu de l'art. 44, section 6 de la Constitution et de la loi du 2 août 1926, relative au droit du Président de la République d'édicter des ordonnances légales, j'ordonne ce qui suit :

#### I. — PRATIQUE DE L'ART DENTAIRE

*Art. 1<sup>er</sup>.* — L'art dentaire, comprenant les soins dentaires et les travaux de mécanique dentaire, peut être exercé par les personnes :

1<sup>o</sup> Qui possèdent la nationalité polonaise (le titre de citoyen de l'Etat polonais) ;

2<sup>o</sup> a) Qui possèdent un diplôme médical délivré ou reconnu par une Université de l'Etat polonais ;

b) Ou qui possèdent un diplôme dentaire délivré ou reconnu par un Institut dentaire de l'Etat ;

3<sup>o</sup> Qui ont fait pendant ou après leurs études un stage pratique d'un an, sanctionné.

Le stage pratique dont il est question au n° 3 du présent article fera l'objet d'une ordonnance spéciale du Ministre de l'Intérieur, d'accord avec le Ministre de l'Instruction publique et des Cultes. Jusqu'à la publication de cette ordonnance, les personnes remplissant les conditions indiquées aux n°s 1 et 2 de cet article ne sont pas tenues du stage pratique sanctionné.

*Art. 2.* — En outre des personnes spécifiées à l'art. 1, peuvent également exercer l'art dentaire si elles remplissent la condition spécifiée au n° 1 de l'art. 1 :

1<sup>o</sup> Celles qui possèdent le diplôme médical et qui sont mentionnées aux paragraphes 1, 2, 3, 4 de l'art. 3 de la loi du 2 décembre 1921 sur l'exercice de la médecine dans l'Etat polonais (*Bulletin des lois* 105, n° 762) ;

2<sup>o</sup> Les chirurgiens-dentistes possédant le diplôme d'une Université de l'ancien Empire russe avant le 27 novembre 1917 ;

3° Les chirurgiens-dentistes qui ont obtenu l'approbation chirurgico-dentaire et le droit d'exercer l'art dentaire dans l'Empire allemand avant le 27 décembre 1918 ;

4° Les personnes qui, en vertu de l'approbation chirurgico-dentaire obtenue en Allemagne, ont exercé la dentisterie au moins du 1<sup>er</sup> janvier 1922 au 15 juin 1922 sur le territoire haut-silésien de la voïvodie de Silésie ;

5° Les personnes possédant l'approbation chirurgico-dentaire qui leur a été délivré par la Commission d'examen des chirurgiens-dentistes de l'ancien Gouvernement général de Varsovie pendant les années 1916, 1917 et 1918 ;

6° Les personnes qui possèdent un certificat de fin d'études chirurgico-dentaires dans l'ancien Empire russe si elles présentent ce certificat au Ministère de l'Intérieur dans les 4 mois à dater de la publication de la présente ordonnance et si elles subissent au plus tard dans les deux ans à dater du jour de cette publication un examen chirurgico-dentaire devant les Commissions d'Université désignées à cet effet. Cet examen porte sur les matières exigées par l'ordonnance sur les examens en vigueur actuellement ;

7° Les *dentistes* qui possèdent un diplôme d'Université de l'ancien Empire russe, de l'Académie de médecine militaire de Pétersbourg et de l'Institut de médecine féminin de Pétersbourg délivré avant le 29 novembre 1917 ;

*Art. 3.* — Le Ministre de l'Intérieur peut accorder le droit d'exercer la dentisterie en Pologne pendant un délai déterminé aux personnes qui :

a) Sont appelées de l'Etranger par l'Etat comme professeurs dans les écoles supérieures ou à l'Institut chirurgico-dentaire de Varsovie, même si elles ne remplissent pas les conditions fixées par les art. 1 et 2 de la présente ordonnance, mais si elles possèdent le droit d'exercer la chirurgie dentaire dans d'autres pays, et cela pour le laps de temps pendant lequel elles enseignent dans les Universités ou à l'Institut de Varsovie précité ;

b) Ne sont pas immédiatement en mesure de justifier qu'elles remplissent les conditions fixées par les art. 1 et 2 ou qui, si elles ne remplissent pas encore les conditions de l'art. 1, parag. 1 et 3, ont fait les diligences nécessaires auprès de l'autorité compétente pour se mettre en règle dans le délai fixé par celle-ci ;

c) Par suite du mariage avec un étranger, ne remplissent plus les conditions exigées par l'art. 1, parag. 1, mais seulement si avant leur mariage elles ont exercé la chirurgie dentaire en Pologne, sous réserve du droit de réciprocité.

*Art. 4.* — Les personnes autorisées à l'exercice de la chirurgie dentaire en vertu des art. 1, 2 et 3 de la présente ordonnance prennent le titre de *chirurgien-dentiste* (*lekarz-dentysta*).

*Art. 5.* — Si, en cas de guerre, le nombre des chirurgiens-dentistes appelés en raison de l'obligation du service militaire et le nombre des chirurgiens-dentistes qui se sont offerts volontairement et sont attachés à ce titre au Service de Santé ne suffisaient pas, le Ministre de l'Intérieur peut,



après entente avec le Ministre de la Guerre, placer dans des dispensaires chirurgico-dentaires militaires pour y pratiquer la chirurgie dentaire, sans que cela leur donne le droit d'avoir de la clientèle privée, des personnes qui ne sont pas sujets polonais, mais ont le droit d'exercer la chirurgie dentaire dans d'autres Etats, en vertu de diplômes obtenus ou reconnus dans ces Etats.

*Art. 6.* — Avant de commencer à exercer l'art dentaire, les chirurgiens-dentistes remplissant les conditions imposées par les art. 1 et 2, sont tenus de faire enregistrer par l'autorité administrative de 1<sup>re</sup> instance en lui présentant leurs pièces justificatives.

Les personnes voulant faire usage des droits que leur confère l'art. 2 de la présente ordonnance sont tenues de se faire enregistrer au Ministère de l'Intérieur qui leur délivre un certificat écrit les autorisant à l'exercice de la chirurgie dentaire.

En outre, les chirurgiens-dentistes dont il est question aux art. 1, 2 et 3, doivent faire connaître par écrit à l'autorité administrative de 1<sup>re</sup> instance le lieu où ils exercent l'art dentaire d'une façon continue, ainsi que tout changement de domicile et la nature de leur pratique.

*Art. 7.* — Les chirurgiens-dentistes ayant l'intention d'exercer l'art dentaire en dehors des dispensaires, maisons de santé, même chez d'autres chirurgiens-dentistes qui y sont autorisés, et encore sous leur direction personnelle et effective.

L'exercice de l'art dentaire dans des villes d'eaux n'est pas soumis aux dispositions du parag. 2 du présent article s'il ne dépasse pas cinq mois par an.

Les chirurgiens-dentistes visés au parag. 2 de l'art. 1 et aux parag. 2, 3, 4, 5, 6, 7 de l'art. 2 peuvent se faire connaître de la façon prescrite par le Ministre de l'Intérieur quant à la forme et au format.

*Art. 8.* — Des dispensaires dentaires ne peuvent être créés et entretenus par les personnes ayant le droit d'exercer l'art dentaire (art. 1 et 2) qu'après autorisation par l'autorité administrative de 2<sup>e</sup> instance, à Varsovie par le Commissaire du Gouvernement pour la capitale.

L'autorisation de créer et d'entretenir des dispensaires dentaires peut aussi être accordée à des personnalités civiles si leurs statuts leur permettent cette création et cet entretien.

Les dispensaires dentaires peuvent fonctionner dès que les autorités administratives ont fait connaître que leur création satisfait aux prescriptions en vigueur.

Peut seul diriger un dispensaire dentaire le chirurgien-dentiste justifiant de trois années de pratique dentaire au moins.

Les dispositions relatives à la création et au fonctionnement de dispensaires dentaires contenues dans les parag. 1 et 2 du présent article ne s'appliquent pas aux dispensaires dentaires établis par le Ministre de la guerre, les caisses de secours-maladies et les unions de caisses de secours-maladies.

*Art. 9.* — Des dispositions spéciales relatives à la création, à l'installation matérielle des dispensaires dentaires, à leur fonctionnement et à leur réglementation intérieure feront l'objet d'une ordonnance spéciale du Ministre de l'Intérieur.

*Art. 10.* — Les directeurs des dispensaires dentaires et les chirurgiens-dentistes qui traitent la clientèle privée sont tenus de déclarer à l'autorité administrative de 1<sup>re</sup> instance les personnes qui les assistent au point de vue dentaire.

*Art. 11.* — Les personnes qui, lors de la publication de la présente ordonnance, tiennent un dispensaire dentaire sont tenues de demander, au plus tard, dans les trois mois à dater de l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, l'autorisation de continuer à le faire fonctionner conformément à l'art. 8.

*Art. 12.* — La surveillance et le contrôle des dispensaires dentaires sont exercés par les autorités sanitaires de l'Etat.

Les dispensaires dentaires des caisses de secours-maladies et des unions de ces caisses sont soumis, conformément aux art. 97 et 98 de la loi du 19 mai 1920 sur l'assurance obligatoire pour le cas de maladie (*Bulletin des lois* 44, n° 272), à la surveillance du Bureau d'assurance de l'arrondissement, à laquelle prend part le fondé de pouvoir du Ministère de l'Intérieur pour ces bureaux.

La prescription contenue dans le parag. 1 du présent article ne s'applique pas aux dispensaires dentaires créés par le Ministre de la guerre.

## II. — DES MÉCANICIENS POUR DENTISTES

*Art. 13.* — La pratique de la mécanique dentaire par les personnes qui ne sont pas autorisées à exercer l'art chirurgico-dentaire est permise exclusivement sous la direction et les indications d'un chirurgien-dentiste. Ces personnes n'ont pas le droit d'approcher directement le patient, ni de prendre un titre quelconque, ni de faire de la publicité, de faire usage d'une enseigne ou d'une plaque ni de faire une annonce quelconque, sauf dans les journaux professionnels.

Les exceptions à la première partie du présent article sont contenues dans les art. 14 à 24.

*Art. 14.* — Sur le territoire des voïvodies de Cracovie, Lwow, Stanislawow, Tarnopol et sur le territoire faisant partie de la voïvodie silésienne, peuvent exécuter des travaux spontanément les mécaniciens pour dentistes qui sont citoyens polonais et ont obtenu l'autorisation d'exercer la mécanique dentaire en vertu de l'ordonnance du 20 mars 1892 (*Bulletin des lois* n° 55) édictée par le Ministre du Commerce d'Autriche en accord avec le Ministre de l'Intérieur d'Autriche, et en application de l'art. 24 de la loi impériale sur les métiers du 15 mars 1883 (*Bulletin des lois*, n° 39).

Le Ministre de l'Intérieur peut exceptionnellement accorder de nouvelles autorisations aux mécaniciens pour dentistes qui, le 1<sup>er</sup> janvier 1927,

comptaient sept ans d'apprentissage et de pratique sur le territoire mentionné à l'art. 14. Les demandes d'autorisation pourront être adressées au Ministre, jusqu'au 31 décembre 1927.

*Art. 15.* — Sur les territoires des voïvodies de Pomorze, Posen et sur le territoire haut-silésien de la voïvodie de Silésie peuvent exercer librement la mécanique dentaire les personnes suivantes si elles possèdent la nationalité polonaise :

1<sup>o</sup> Les mécaniciens pour dentistes qui sont autorisés à traiter pour le compte des caisses d'assurance-maladies en vertu de l'ordonnance du Ministre prussien de l'Intérieur du 2 décembre 1913, n<sup>o</sup> 770, édictée pour l'application de l'art. 123 de la loi allemande des assurances du 19 juillet 1911 (*Bulletin des lois allemand*, n<sup>o</sup> 409) ;

2<sup>o</sup> Les mécaniciens pour dentistes n'ayant pas l'autorisation indiquée au parag. précédent, mais pratiquant librement sur le territoire des voïvodies précitées, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1913 au moins, et ont été enregistrés régulièrement en temps voulu ;

3<sup>o</sup> Les mécaniciens pour dentistes ayant commencé leur apprentissage sur le territoire des voïvodies précitées avant le 1<sup>er</sup> janvier 1920 et l'ont terminé le 1<sup>er</sup> juin 1927, chez un chirurgien-dentiste, un mécanicien autorisé ou un mécanicien.

Les autorisations mentionnées au présent article peuvent être enregistrées jusqu'au 31 décembre 1927.

*Art. 16.* — Les mécaniciens pour dentistes mentionnés aux art. 14 et 15 de la présente ordonnance ont, après obtention de l'autorisation ou après leur enregistrement, le droit de prendre le titre de *mécanicien pour dentiste* (*technik dentystyczny*) (*Zahntechniker*) et de prendre des empreintes pour la confection de toutes prothèses et leur pose dans la bouche, mais n'ont toutefois pas celui de faire une intervention chirurgico-dentaire dans la bouche.

*Art. 17.* — Les mécaniciens pour dentistes visés aux art. 14 et 15 qui ont subi un examen spécial avec une note suffisante conformément à l'art. 20, peuvent, en outre des droits prévus à l'art. 16, exécuter tous traitements de dents isolées ou de toute la denture nécessaires à la confection de pièces de prothèse, au remplacement de dents, de couronnes, de travaux à pont et d'obturations, à l'exclusion du traitement des maladies de la bouche.

*Art. 18.* — Les mécaniciens pour dentistes visés au parag. 1 de l'art. 14 et aux n<sup>os</sup> 1 et 2 de l'art. 15 et qui, au jour de la publication de la présente ordonnance, exercent sans interruption leur profession depuis quinze ans sont dispensés de l'examen spécial mentionné à l'art. 17.

*Art. 19.* — Les mécaniciens pour dentistes faisant usage des droits prévus aux art. 17 et 18 peuvent prendre le titre de *mécanicien pour dentiste autorisé* (*uprawniony technik dentystyczny*).

*Art. 20.* — L'examen spécial prévu à l'art. 17 est subi devant une Commission d'examen. Ces Commissions sont constituées auprès des autorités



administratives de 2<sup>e</sup> instance dans les villes possédant une Faculté de Médecine à l'Université.

La composition de ces Commissions, leur circonscription, la date et les conditions de l'examen seront fixées par une ordonnance spéciale du Ministre de l'Intérieur en accord avec le Ministre de l'Instruction publique et des cultes.

*Art. 21.* — Les mécaniciens pour dentistes autorisés et les mécaniciens pour dentistes peuvent, après production des pièces justificatives, faire usage des droits qui leur sont conférés s'ils se font enregistrer au Ministère de l'Intérieur par l'intermédiaire des autorités administratives compétentes.

Le Ministre de l'Intérieur délivre à ceux qui sont ainsi enregistrés une autorisation écrite d'exercer les opérations de mécanique dentaire. Le Ministre peut charger les voïvodes de l'établissement et de la délivrance de ces autorisations écrites.

*Art. 22.* — Les mécaniciens pour dentistes autorisés et les mécaniciens pour dentistes doivent posséder des ateliers de mécanique dentaire et les diriger personnellement et effectivement. Ces ateliers sont soumis au contrôle des autorités sanitaires de l'Etat. Les prescriptions en vertu desquelles ces ateliers doivent être installés et dirigés seront édictées par le Ministre de l'Intérieur.

*Art. 23.* — Les mécaniciens pour dentistes autorisés et les mécaniciens pour dentistes ne doivent, dans leurs ateliers et les locaux qui y sont immédiatement rattachés, posséder ni les instruments ni les installations ni le matériel, quel qu'il soit, servant aux traitements et interventions qui ne sont permis qu'au chirurgien-dentiste.

Les mécaniciens pour dentistes ne doivent posséder ni les instruments ni les installations servant aux traitements et interventions qui ne sont permis qu'aux mécaniciens pour dentistes autorisés (art. 19).

*Art. 24.* — Les mécaniciens pour dentistes autorisés et les mécaniciens pour dentistes peuvent se faire connaître de la manière et dans les termes prescrits par le Ministre de l'Intérieur.

### III. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET PÉNALITÉS

*Art. 25.* — La surveillance et le contrôle de la pratique chirurgico-dentaire, ainsi que de la pratique des mécaniciens pour dentistes autorisés et des mécaniciens pour dentistes sont exercés, à moins de dispositions contraires de la présente ordonnance, par les autorités administratives de 1<sup>re</sup> instance.

*Art. 26.* — La mesure dans laquelle les chirurgiens-dentistes visés à l'alinéa b, n° 2, de l'art. 1 et ceux qui sont visés aux n°s 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de l'art. 2, ainsi que les mécaniciens, pour dentistes autorisés ont le droit de prescrire des médicaments, sera précisée par une ordonnance du ministre de l'intérieur.

*Art. 27.* — L'inobservation de la présente ordonnance, ainsi que des dispositions qui seront édictées en vertu de celle-ci, sera punie, si elle n'est

pas l'objet d'une pénalité plus grave, d'un emprisonnement allant jusqu'à 6 semaines ou d'une amende allant jusqu'à 500 zlotys ou de l'une de ces deux peines seulement. En cas d'insolvabilité, l'autorité compétente prononce un emprisonnement qu'elle fixe elle-même, mais ne dépassant pas quinze jours.

L'autorité administrative de 2<sup>e</sup> instance peut suspendre pour une durée de deux mois à trois ans le droit d'exercice, des personnes ayant subi deux condamnations en vertu de l'art. précédent.

Il incombe aux autorités administratives de 1<sup>re</sup> instance de prononcer les jugements. Il peut, dans les sept jours qui suivent la notification du jugement, être fait appel auprès des dites autorités en vue du renvoi de l'affaire au tribunal provincial (Tribunal de paix de la circonscription) qui agit en conformité des dispositions en vigueur pour le tribunal de 1<sup>re</sup> instance. Le jugement du tribunal provincial de 2<sup>e</sup> instance est définitif.

Les prescriptions relatives au droit de prendre des mesures de police répressives s'appliquent à la voïvodie de Posen, à celle de Pomorze et au territoire haut-silésien de la voïvodie de Sélésie.

#### IV. — DISPOSITIONS FINALES

*Art. 28.* — Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution des art. 1, 2 et 20 de la présente ordonnance d'accord avec le Ministre de l'Instruction publique et des cultes, de l'art. 5 d'accord avec le Ministre de la guerre, de l'art. 12 d'accord avec le Ministre du Travail et de la Santé publique, de l'art. 27 d'accord avec le Ministre de la Justice.

*Art. 29.* — La présente ordonnance entrera en vigueur sept jours après sa publication sur tout le territoire polonais, à l'exception de la voïvodie de Silésie. Elle n'entrera en vigueur dans cette voïvodie qu'après adoption par la diète de Silésie.

Avec l'entrée en vigueur de la présente ordonnance sont abrogées toutes les dispositions existantes réglementant l'exercice de la dentisterie et de la mécanique dentaire, ainsi que les dispositions relatives au métier de mécanicien pour dentistes.

### LOI SANITAIRE ROUMAINE DU 16 JANVIER 1930

#### DISPOSITIONS RELATIVES A L'ART DENTAIRE

*Art. 549.* — La pratique de l'art dentaire est l'attribut exclusif des médecins spécialisés en stomatologie.

Les dentistes confirmés au sens de la loi de 1924, ainsi que ceux qui avant la promulgation de la loi de 1923 ont été définitivement autorisés par la Direction générale sanitaire, conservent leurs droits acquis.

Le droit de la pratique dentaire limitée est accordé une fois pour toutes à ceux qui après le baccalauréat ont suivi pendant quatre ans les cours universitaires et obtenu le diplôme de dentiste, et qui auront demandé l'autorisation du Ministère avant la promulgation de la présente loi.

Les dentistes admis en 1923 et infirmés selon la loi de révision de 1924 pourront obtenir le droit de la pratique dentaire limitée, en suivant les cours et les travaux spécialement organisés par le Ministère avec le concours des Facultés de Médecine qui possèdent un enseignement stomatologique.

Cet enseignement aura la durée d'une année scolaire. Ceux qui réussiront à l'examen final obtiendront un diplôme leur donnant le droit de la pratique dentaire limitée. Les cours commenceront en même temps que l'année scolaire 1930-1931.

Pour être admis à ces cours les candidats doivent :

1<sup>o</sup> Être citoyens roumains ;

2<sup>o</sup> Avoir, en 1923, une pratique de huit ans dans un cabinet dentaire ou bien, à la promulgation de la présente loi, une pratique de quinze ans ; la durée de la pratique est calculée à partir du moment où le candidat a atteint l'âge de 20 ans.

Pour la situation qui existait en 1923, ne seront admises d'autres preuves que celles présentées au Ministère lors de l'admission à l'examen institué dans la dite année.

Les dentistes infirmés au sens de la loi de 1924 qui, à la promulgation de la présente loi, ont atteint l'âge de 42 ans et qui le prouvent par des documents originaux, sont exempts des cours et obtiennent le droit de la pratique dentaire limitée, à condition de réussir à l'examen organisé par le Ministère, au mois d'octobre 1930, avec le concours de la Faculté de Médecine de Bucarest. Les candidats doivent remplir les conditions fixées aux alinéas 1 et 2 du présent paragraphe.

Ceux qui ne réussiront pas à l'examen pourront se faire inscrire aux cours prévus à l'alinéa 4 du présent paragraphe.

Les dentistes infirmés au sens de la loi de 1924 qui ne tombent pas sous les dispositions du précédent alinéa, ainsi que ceux qui ne réussiront pas à l'examen final des cours prévus à l'alinéa 4, resteront définitivement dans la catégorie des mécaniciens pour dentistes.

Les infractions aux dispositions du présent paragraphe concernant la pratique dentaire sont punies d'une amende de 10.000 à 100.000 Lei, ainsi que de la confiscation de l'installation dentaire et de la fermeture du cabinet, et en cas de récidive, d'une amende double et de un à trois mois de prison.

Aucun médecin ou dentiste autorisé ne peut avoir plus d'un cabinet dentaire.



---

## NÉCROLOGIE

---

Paul STÉVENIN

Nous avons le vif regret d'apprendre le décès de M. Paul Stévenin, survenu le 9 septembre, à Chouzé-sur-Loire (Indre-et-Loire), dans sa 80<sup>e</sup> année.

Il avait joué un rôle considérable dans notre Groupement.

Pharmacien de l'Ecole Supérieure de Pharmacie de Paris en 1881, dont il était lauréat depuis 1878, il était D. E. D. P. depuis 1893 et chirurgien-dentiste depuis 1894.

Entré dans le corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris en 1894, il était chef de clinique en 1902 et avait été admis à l'honorariat de ce poste.

Il avait été membre du Conseil d'Administration de l'A. G. S. D. F., de 1895 à 1897, à laquelle il appartenait depuis 40 ans.

On lui doit un certain nombre de publications.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

Georges DUPERRON

Nous apprenons avec regret le décès, à l'âge de 33 ans, de M. Georges Duperron, survenu à Thonon-les-Bains, où il était établi depuis peu.

Après avoir appartenu à l'Administration de l'Ecole Dentaire, il en était devenu élève et avait obtenu le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

Nous déplorons d'autant plus cette perte que M. Duperron avait donné l'exemple d'une énergie peu commune qui lui a permis de mener de front les soucis de la vie matérielle et d'excellentes études.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

Raymond HÉMARD

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Raymond Hémard, membre de l'A.G.S.D.F., décédé le 5 août 1932, à Bar-sur-Aube, dans sa 60<sup>e</sup> année.

Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille.

---

## NOUVELLES

---

**Légion d'honneur.** — Nous relevons les nominations suivantes dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Officier.* — M. Hipwell, chirurgien-dentiste, chevalier du 7 août 1923 (*Journal Officiel* des 1<sup>er</sup> et 2 août 1932).

*Chevaliers.* — M. Eymard (Jean-Georges), directeur-fondateur de l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris (*Journal Officiel* du 30 juillet 1932).

M. Tzanck (Daniel), chirurgien-dentiste (*Journal Officiel* du 18 août 1932).

Nous adressons nos félicitations à ces confrères, en particulier à M. Tzanck, qui a appartenu pendant 8 ans comme démonstrateur au corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris.

**Récompense.** — Notre confrère M. Pittet-Meunier a reçu la médaille d'argent de l'Assistance publique comme administrateur du bureau de bienfaisance du 8<sup>e</sup> arrondissement (*Journal Officiel* des 29 et 30 août 1932).

Nous lui adressons nos félicitations.

**ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.** — Un cours théorique et pratique de physiothérapie, haute fréquence, diathermie, rayons ultra-violet, etc., sera ouvert à l'Ecole Dentaire de Paris pour les confrères à la rentrée d'octobre. Les confrères désireux de suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à l'Ecole avant octobre.

**Examens de Chirurgien-Dentiste** (*Session d'octobre 1932*). — La mise en série des candidats aux examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 26 octobre 1932.

L'ouverture de la session aura lieu le jeudi 3 novembre 1932.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, guichets n<sup>os</sup> 2 et 3, les vendredis 7 (examen de validation de stage) et samedi 8 octobre 1932 (examens de fin d'année) de midi à 15 heures.

*Session de juin-juillet 1933.* — 1<sup>o</sup> Examens de validation de stage.

Ouverture de la session, le lundi 24 mai 1933.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundis 6 et mardi 7 mars 1933, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats sera affichée le mercredi 17 mai 1933.

2<sup>o</sup> 1<sup>er</sup>, II<sup>e</sup>, III<sup>e</sup> examens.

Ouverture de la session, lundi 12 juin 1933.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, le lundi 13 mars 1933 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 14 mars 1933 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 15 mars 1933 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les 2 parties du 3<sup>e</sup> examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 7 juin 1933.

**Exposition d'hygiène buccale en Palestine.** — La 1<sup>re</sup> exposition d'hygiène buccale de l'Orient aura lieu en Palestine, à Jérusalem, le 15 octobre, sous les auspices des sociétés médicales et dentaires de ce pays, et sera organisée par le Club dentaire américain de Palestine.

Elle a pour but de propager la pratique de la dentisterie.

**Mariages.** — Le mariage de M<sup>lle</sup> Georgette Kritchevsky, fille de notre confrère M. S. Kritchevsky, membre de l'A.G.S.D.F., avec le D<sup>r</sup> Michel Elberg a été célébré le 31 juillet.

Le mariage de M. Eugène Goubard, D.E.D.P., chirurgien-dentiste, avec M<sup>lle</sup> Angèle Viel a été célébré le 17 août à Alger.

Le mariage de M. Marcel Jamet, élève à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M<sup>lle</sup> Simone Verdure, a été célébré le 22 septembre.

Le mariage de M<sup>lle</sup> Germaine Seimbille, fille de notre confrère, professeur à l'Ecole Odontotechnique, avec M. Augustin Seimbille, étudiant en médecine et en chirurgie dentaire, a été célébré le 28 septembre.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur.

**Naissance.** — M<sup>me</sup> et M. Jean Pangaud, membre de l'A.G.S.D.F., de Beaune, nous font part de la naissance de leur fils Claude.

Nos félicitations.

## AVIS

La F. O. P. des Associations de Mutilés, Veuves, Orphelins de la Guerre et Anciens Combattants, 85, boulevard Beaumarchais, Paris-3<sup>e</sup>, tél. Turbigo 86-54, créée en 1916, vulgarise, en leur donnant la plus large publicité, tous les textes intéressant les Anciens Combattants et Victimes de la Guerre.

Elle leur fournit gratuitement tous renseignements pouvant les intéresser.

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LES PSEUDO-ODONTALGIES

Par le Dr Maurice ROY,  
Stomatologiste des Hôpitaux,  
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Bruxelles (A. F. A. S.), juillet 1932)

615.314

En 1905 (1), j'ai eu l'occasion d'appeler l'attention sur une forme particulière de névralgie observée au cours de la grippe à laquelle, en raison des manifestations douloureuses qui la caractérisent, j'ai donné le nom de *pseudo-odontalgies*. Dans deux autres communications, en 1907 (2) et en 1912 (3), j'ai précisé les caractères cliniques et diagnostiques de cette névralgie et j'ai montré que, si la grippe en était la cause la plus fréquente, elle pouvait encore s'observer sous l'influence d'autres causes. Mais tous ces faits, cependant, concernaient des névralgies affectant les branches périphériques des nerfs maxillaires supérieurs ou maxillaires inférieurs.

Or, depuis cette époque, j'ai été amené à observer d'assez nombreux cas qui me permettent d'établir une nouvelle forme de pseudo-odontalgie, dont le point de départ, beaucoup plus profond, me semble d'origine centrale et dont il me paraît intéressant de signaler les caractères particuliers. C'est ce qui m'a amené à vous présenter cette étude sur les pseudo-odontalgies.

\* \* \*

Les pseudo-odontalgies sont des névralgies déterminant des dou-

(1) Maurice ROY. — Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale. — *L'Odontologie*, 1905, vol. II, p. 20.

(2) Ibid. — Pseudo-odontalgie d'origine grippale. — *L'Odontologie*, 1907, vol. I, p. 447.

(3) Ibid. — La pseudo-odontalgie et les difficultés de son diagnostic. — *L'Odontologie*, 1912, vol. II, p. 289.



leurs localisées dans une ou plusieurs dents sans qu'aucune de celles-ci ne soit en cause.

Les pseudo-odontalgies se présentent sous deux formes, une forme de nature périphérique et une forme de nature centrale qui doivent être étudiées séparément, car le traitement et le pronostic de l'une et de l'autre sont, en effet, différents.

\*  
\* \*

PSEUDO-ODONTALGIES, FORME PÉRIPHÉRIQUE. — Cette névralgie, qui s'observe ordinairement dans les molaires supérieures, est caractérisée par ce fait que les douleurs, généralement très violentes, sont très nettement localisées dans les dents, bien que celles-ci soient absolument indemnes de toute altération pulpaire ou ligamentaire.

Ce sont les grosses molaires qui sont le plus souvent incriminées par les malades dans les formes grippales, qui sont les plus fréquentes. Ces dents sont sensibles à la percussion verticale, mais pas à la percussion transversale. Il n'y a pas de sensibilité à la pression de la table alvéolaire externe ; mais si, au lieu de presser sur celle-ci, on relève le doigt dans le fond du sillon vestibulaire pour presser verticalement en haut sur l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur, cette partie qui s'articule avec l'os malaire, on détermine une douleur généralement assez vive.

On peut provoquer également de la douleur en pressant sur cette même région du côté de la peau, mais, de ce côté, c'est surtout au niveau des points d'émergence du trijumeau, trous sus-orbitaire et sous-orbitaire, trou mentonnier, que cette sensibilité se manifeste lorsque l'on presse avec le doigt.

Contrairement à ce qui se passe dans les odontalgies vraies, les douleurs ne sont pas influencées par les boissons ou les aliments chauds ou froids, elles sont plus violentes le jour que la nuit et, durant celle-ci, les malades peuvent généralement reposer. La localisation de la douleur faite par le malade et l'absence de lésions dentaires apparentes pourraient faire confondre cette névralgie avec les douleurs produites par les altérations pulpaires sans carie. Mais dans ces altérations les douleurs sont très nettement influencées par le contact des liquides chauds et surtout froids avec les dents ; les douleurs ne sont pas surtout diurnes, comme dans la pseudo-odontalgie, elles sont également nocturnes et prédominent même la nuit.

Dans les altérations pulpaires, surtout au début, il y a sensibilité

à la percussion transversale et pas à la percussion verticale. Quand les altérations pulpaire sont plus avancées, la sensibilité à la percussion verticale peut se montrer, mais on constate encore de la sensibilité très nette à la percussion transversale.

Enfin, dans les altérations pulpaire plus avancées, on constate une modification de la coloration de la dent ; mais, à cette période, le diagnostic est plus aisé, les signes de la pseudo-odontalgie étant assez différents de ceux de l'arthrite par infection pulpaire.

La cause de cette pseudo-odontalgie réside dans un trouble au niveau des branches périphériques du trijumeau. C'est ainsi que, dans la forme grippale, la névralgie est due à la sinusite catarrhale qui accompagne généralement la grippe et qui agit sur les filets nerveux dentaires qui se rendent aux molaires qui sont souvent, on le sait, sous-jacents à la muqueuse sinusienne.

De même, comme je l'ai montré dans une de mes observations antérieures, le froid ou une petite infection retentissant sur les filets périphériques du trijumeau peuvent provoquer une pseudo-odontalgie.

Le diagnostic est un peu plus délicat à établir quand il y a, concurremment avec la névralgie, des lésions dentaires. Celles-ci devront être examinées avec soin pour savoir si elles sont de nature à provoquer des douleurs aiguës spontanées, comme celles que les malades accusent généralement.

Deux seules manifestations peuvent en provoquer de semblables, la pulpite et l'arthrite ou périostite alvéolo-radiculaire. La mise à découvert de la pulpe dans une carie d'apparence assez superficielle, devra être recherchée, celle-ci pouvant parfois s'observer ; mais déjà l'absence de douleur vive aux liquides froids ou chauds, qui manque rarement dans la pulpite, permettra d'écarter la possibilité de cette complication.

J'ai signalé que les malades accusent un peu de sensibilité à la percussion des molaires, mais celle-ci n'est jamais d'une intensité comparable à la douleur provoquée par une arthrite alvéolo-radiculaire capable de déterminer des signes subjectifs analogues à ceux éprouvés dans ces pseudo-odontalgies.

Du reste, confirmant ce que j'ai déjà signalé autrefois, les malades présentant cette forme de névralgie n'ont généralement aucune dent malade du côté incriminé et je suis porté à penser que la pseudo-odontalgie s'observe surtout chez les malades dont les dents sont saines ;

des poussées de pulpite ou de périostite venant, chez les autres, masquer ou remplacer la névralgie.

Le traitement de la pseudo-odontalgie n'est pas un traitement dentaire et toute intervention sur les dents, loin de soulager le malade, peut déterminer une crise violente de névralgie. En effet, les filets du trijumeau se trouvant en état d'éréthisme pathologique, les moindres excitations portées sur un point quelconque de leur trajet se traduira par une exacerbation généralement très vive de cet éréthisme douloureux.

J'ai déjà signalé le fait dans une observation que j'ai publiée autrefois (1) et je l'illustrerai encore aujourd'hui par un cas que j'ai eu l'occasion d'observer tout récemment.

M. B..., que je soigne pour la première fois, vient me trouver, se plaignant de souffrir assez violemment du côté droit de la mâchoire inférieure. Les dents sont saines, d'une façon générale, mais la première grosse molaire inférieure présente sur sa face triturante une très petite cavité fissurale, avec grande infiltration sous-adamantine visible par transparence. Pensant à une pulpite probable dans cette dent, j'ouvre les sillons et je trouve, en effet, une immense carie qui intéresse profondément toute la face triturante que j'ouvre entièrement ; mais, par contre, la dentine altérée étant complètement enlevée, je ne trouve aucune ouverture de la chambre pulpaire, malgré l'étendue considérable de la cavité. J'obture celle-ci à la gutta et je renvoie le malade à quelques jours de là pour l'obturation de cette dent. Le surlendemain, M. B... arrive d'urgence, car il souffre atrocement depuis trente-six heures. Je pense que la dent en question a sa pulpe à découvert en un point qui a échappé à mon exploration ; j'enlève la gutta, je réexamine la cavité avec le plus grand soin et ne trouve aucune trace de pulpe à découvert.

Dans ces conditions, j'explore avec soin toutes les dents voisines et une sensibilité à la percussion de la deuxième prémolaire inférieure, entièrement saine, m'amène à explorer le trou mentonnier où le malade accuse aussitôt une douleur extrême, ce qui me permet de poser le diagnostic de pseudo-odontalgie.

Le malade, quand il était venu me trouver, souffrait de névralgie, mais la présence d'une dent avec une grosse carie, pouvant justifier les douleurs ressenties, avait fixé mon attention sans que je soup-

---

(1) *Loc. cit.* — *L'Odontologie*, 1912, p. 291.



connasse l'existence d'une pseudo-odontalgie concomitante. En préparant cette cavité, assez sensible, j'avais provoqué une irritation du nerf dentaire inférieur déjà hyperesthésié d'où les douleurs atroces éprouvées par le malade à la suite de mon intervention.

Je refermais immédiatement la cavité de la grosse molaire à la gutta sans aucun pansement, et je prescrivis au malade 25 gouttes de pyrèthane toutes les quatre heures. Le lendemain matin les douleurs avaient complètement disparu et quelques jours après j'obturai définitivement la dent, le traitement appliqué ayant démontré péremptoirement l'exactitude de mon diagnostic.

Par conséquent, on le voit, chez un malade présentant de la pseudo-odontalgie, on s'abstiendra totalement, à moins d'urgence, de toute intervention dentaire jusqu'à ce que la pseudo-odontalgie ait disparu.

C'est aux médicaments antinervins que l'on s'adressera pour traiter la pseudo-odontalgie et un grand nombre de ceux-ci se montrent efficaces; toutefois il est un point important à connaître dans ce traitement, c'est que cette névralgie, si elle est assez rapidement calmée par des doses même assez faibles de divers antinervins, récidive très rapidement dès que l'on cesse la prise du médicament. C'est pour cette raison que je prescris toujours, dans ces cas, des doses faibles, mais continues, c'est-à-dire prises toutes les quatre heures dans la journée.

Je donne la préférence à l'antipyrine associée au bromhydrate de quinine en cachet, ou à une préparation dénommée *Pyrèthane* (carbonate éthylophenazone et diméthylaminopyrazoline), qui, sous une forme liquide, est d'un dosage plus facile.

Je prescris :

Antipyrine .....	0,50 centigr.
Bromhydrate de quinine .....	
Bicarbonate de soude .....	ââ 0,25 centigr.
Pour un cachet.	

Prendre quatre cachets dans la journée, un toutes les quatre heures; quand les douleurs ont disparu, ce qui se produit généralement en moins de vingt-quatre heures, diminuer les doses d'un cachet par jour ou tous les deux jours.

Je prescris de même :

Pyrèthane. un flacon.

20 à 25 gouttes de cette préparation à prendre quatre fois dans la journée à quatre heures d'intervalle, dans un peu d'eau alcaline.

Quand les douleurs ont disparu, continuer néanmoins, mais en diminuant les doses de cinq gouttes chaque jour.

Avec l'une ou l'autre de ces prescriptions, les douleurs disparaissent généralement en moins de vingt-quatre heures et ne reviennent pas si la médication n'est pas interrompue brusquement, mais continuée à dose dégressive, ainsi que je l'indique toujours à mes patients, cette névralgie, encore une fois, étant très facilement récidivante.

PSEUDO-ODONTALGIES, FORME CENTRALE. — Les signes cliniques de cette pseudo-odontalgie sont assez différents de ceux de la forme précédente.

Les malades se présentent en se plaignant de souffrir dans les dents ou la mâchoire d'une façon continue, mais non à l'état aigu comme dans la pseudo-odontalgie périphérique; ils souffrent généralement depuis un certain temps et ce n'est pas tant l'intensité des douleurs que la persistance de celles-ci qui les amène à consulter.

Ils localisent le point de départ de leur douleur dans une dent déterminée, ou dans un point du bord alvéolaire dépourvu de dent, parfois ils incriminent une région plus étendue, mais, dans tous les cas, et j'attire particulièrement l'attention sur ce point, ces malades signalent toujours des irradiations plus ou moins étendues de leurs douleurs, dans la face, le front, fréquemment dans la région sous-occipitale et ce sont celles-ci souvent dont ils se plaignent le plus, tout en les rattachant toujours à un point de départ dentaire.

Ces irradiations diffuses sont très différentes de celles beaucoup plus localisées que l'on observe dans les odontalgies vraies : l'oreille pour les odontalgies des dents inférieures et parfois des molaires supérieures, l'œil pour celle des dents supérieures.

Ces malades se plaignent aussi fréquemment de maux de tête qu'ils attribuent à leur névralgie. Leurs douleurs sont de type diurne, ils ne souffrent généralement pas la nuit.

La continuité de la souffrance, bien plus que son intensité, amène souvent un état un peu hypochondriaque de ces malades qui réclament instamment un soulagement à leurs maux que les divers anti-nervins qu'ils ont absorbés n'ont pu leur donner.

L'absorption des liquides froids ou chauds ne provoque généralement pas de douleur, mais l'air froid provoque fréquemment une exacerbation des douleurs.

La bouche examinée, on ne trouve fréquemment aucune lésion dentaire ou buccale ou, s'il en existe, celles-ci sont souvent incapables de déterminer les douleurs dont se plaignent les malades, bien qu'ils

insistent toujours sur la localisation dentaire du point d'origine de leur névralgie. La pression sur les points d'émergence du trijumeau, les trous sus et sous-orbitaires, le trou mentonnier est sensible, ainsi que sur l'apophyse pyramidale maxillo-malaire dans le vestibule supérieur, mais cette sensibilité est moins vive que dans la pseudo-odontalgie d'origine phérophérique.

La cause de ces pseudo-odontalgies ne réside pas, comme dans la forme précédente, dans les filets périphériques du trijumeau ; elle est beaucoup plus profonde ; je pense qu'elle siège dans les noyaux même du nerf et qu'elle est la conséquence d'un mauvais équilibre du système nerveux général ; elle s'accompagne généralement de troubles généraux divers du même ordre.

Le diagnostic avec le tic douloureux de la face est facile ; les douleurs, en effet, sont très loin, à beaucoup près, d'avoir l'intensité suraiguë des douleurs atroces du tic douloureux ; elles sont de type continu et ne procèdent pas par accès comme dans celui-ci ; elles ne sont pas influencées par les mouvements des lèvres, de la langue ou des joues comme dans la prosopalgie où les accès sont souvent déclenchés par la parole, l'acte de se moucher certains mouvements des lèvres, etc...

Le diagnostic avec une odontalgie vraie est plus délicat ; il repose uniquement sur l'existence ou non d'une lésion dentaire capable de causer les douleurs dont se plaint le malade. Tous les moyens d'exploration, y compris la radiographie, seront, bien entendu, mis à contribution pour la rechercher et, s'il en existe une, elle sera immédiatement traitée ; mais je signale que, chez ces malades, lorsque l'on ne se trouve pas en présence d'une lésion clinique nettement caractérisée, il faut être extrêmement prudent dans le domaine des hypothèses que ces examens peuvent suggérer. On peut penser à une altération pulpaire sans carie (calcification par exemple) et, dans ces conditions, on peut être amené à trépaner une ou plusieurs dents ; influencé par une image radiographique, on peut être amené, malgré l'absence de signes cliniques, à enlever une ou plusieurs dents.

Sans rejeter toujours systématiquement ces hypothèses, qui peuvent se montrer quelquefois exactes, il faut savoir que, s'il s'agit d'une pseudo-odontalgie centrale du type ci-dessus décrit, ces interventions resteront sans effet pour soulager les malades et pourront avoir un résultat déplorable au point de vue de l'opérateur. En effet, ces interventions peuvent entraîner des douleurs, laisser à leur suite



quelque séquelle de sensibilité, d'autant plus facilement que ces malades ont le trijumeau en état d'irritabilité habituelle ; dans ces conditions non seulement les malades ne sont pas soulagés de leurs douleurs, mais encore, oubliant parfois le motif primitif de leur visite chez le dentiste, ils accusent celui-ci de leur avoir provoqué ou tout au moins aggravé leur névralgie.

S'il n'a pas reconnu l'existence d'une pseudo-odontalgie d'origine centrale, le dentiste se livrera parfois, pour essayer de soulager son malade, à de nouvelles interventions qui auront le même résultat, sans compter la perte des dents qui peuvent être enlevées indûment et qui viendront troubler l'état fonctionnel de la denture et provoquer de nouvelles récriminations du malade.

J'ai vu nombre de cas de ce genre et c'est pourquoi j'attire particulièrement l'attention sur ces faits. Si ces malades ont des dents à soigner il faut évidemment les traiter, mais on devra, en raison de cet état d'excitabilité du trijumeau, veiller à réduire au strict minimum, compatible avec un traitement convenable, les interventions à pratiquer.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas dans lequel des interventions dentaires importantes (grandes reconstitutions à l'or adhésif exécutées par un confrère) ont peut être joué un rôle provocateur de pseudo-odontalgie, chez une malade évidemment très prédisposée et dont je vais vous donner l'observation ; c'est un des cas les plus graves que j'aie observés, il s'agit d'une malade que j'ai pu suivre pendant vingt ans, jusqu'à sa mort.

M<sup>me</sup> de M..., âgée de 27 ans, m'avait été adressée par son médecin pour des névralgies très violentes, qui semblaient être de cause dentaire, la malade accusant nettement cette relation de cause à effet.

Cette malade, qui avait de très mauvaises dents et déjà de nombreuses obturations, présentait quelques petites caries que je me mis en devoir de lui soigner ; mais il s'agissait de caries simples et sans relation vraisemblablement avec les douleurs qu'elle accusait et qui ne furent pas modifiées par mes interventions.

Au bout de quelque temps, comme la malade localisait avec beaucoup de netteté ses douleurs dans une prémolaire inférieure saine d'apparence, je pensais à la possibilité de troubles pulpaire sans carie et je me décidai à trépaner cette dent ; je trouvai la pulpe vivante, mais avec un assez gros calcul pulpaire. Heureux de cette découverte, je pensais avoir trouvé la cause des névralgies, mais malheureuse-

ment la pulpe enlevée, le canal obturé, les douleurs ne furent pas modifiées.

Enfin, au bout de quelques mois, la malade eut une accalmie, sans cause bien appréciable ; mais, périodiquement, tous les trois mois, quelquefois six mois, je la voyais revenir avec une nouvelle crise de névralgie tout à fait hors de proportion avec les caries qu'elle présentait, ou quelquefois même sans aucune lésion dentaire, malgré la mauvaise qualité de ses dents.

Après avoir longtemps cru à la relation de cause à effet entre les névralgies que présentait cette malade et ses lésions dentaires, j'en arrivai, au bout de quelques années d'expérience, à m'apercevoir qu'il y avait là deux ordres de faits différents : des névralgies à localisation dentaire, d'une part, des lésions dentaires banales, et malheureusement fréquentes, d'autre part, chez une malade à dents très mal calcifiées. Néanmoins, je devais assurer le traitement de ces lésions dentaires ; mais, comme ce traitement était toujours cause d'une recrudescence des névralgies, je m'attachai, tout en soignant correctement ces dents, à réduire au strict minimum la durée de mes interventions.

Je pus ainsi, malgré la fréquence de ses caries ; lui conserver toutes ses dents qui avaient été déjà, je l'ai dit, l'objet de nombreux soins antérieurement et qui paraissaient correctement traitées.

Les névralgies revenaient toujours par périodes irrégulières, mais, malgré les sollicitations parfois pressantes de la malade, je m'étais toujours refusé à toute intervention sur les dents qui ne présentaient pas de signe d'une lésion déterminée et la suite prouvait toujours la sagesse de ma conduite ; en effet, au bout de quelque temps, la crise névralgique se passait d'elle-même, sans que j'eusse rien fait à la dent qui en paraissait le siège, puis quelques mois après, elle se reproduisait, mais avec une nouvelle localisation accusée par la malade.

Il y avait dix-huit ans que je suivais ainsi cette malade quand elle alla habiter un pays étranger et ne put, dans ces conditions, revenir me voir.

Il y avait un an peut-être que je ne l'avais vue quand elle vint un jour me trouver et me raconta que, prise de nouveau de violentes névralgies, elle était allée trouver plusieurs confrères des plus qualifiés de la ville où elle résidait, qui, l'ayant fait radiographier et ayant trouvé sur les radios des zones suspectes à l'apex de certaines dents, avaient enlevé celles-ci, mais sans lui apporter de soulagement.

Je connaissais particulièrement ces confrères, praticiens très distingués, et dont la compétence m'était connue et, sur la demande de la malade, je leur écrivis ce que je savais de son histoire pathologique, les mettant en garde contre l'erreur qu'ils pouvaient être amenés à faire, par suite de cette forme particulière de névralgie que je considérais comme d'origine centrale, malgré les localisations d'apparence précise affirmée par la malade.

La suite des événements devait, hélas ! me donner raison, car, quelques mois après, la malade, dont l'hérédité névropathique était très fortement chargée, devait être internée et au bout de quelque temps, profitant d'une absence de ses gardiens, se tuait en se jetant par une fenêtre.

Quelques semaines avant sa mort, comme elle se plaignait encore de ses dents, sa famille m'avait fait appeler, près d'elle ; elle disait souffrir au niveau des dents extraites, mais je ne pus constater aucun signe pathologique à ce niveau ni dans le voisinage.

Je n'ai pas la prétention de vouloir généraliser cette observation et de croire que tous les cas de pseudo-odontalgie d'origine centrales, peuvent avoir une terminaison aussi tragique ; néanmoins, ainsi que je l'ai dit, ces névralgies s'observent généralement sur des individus à terrain névropathique, très différentes en cela des pseudo-odontalgies d'origine périphérique dans lesquelles le terrain général ne semble jouer aucun rôle notable et dont le pronostic est essentiellement bénin.

En raison de ce que je viens d'exposer, le traitement des pseudo-odontalgies d'origine centrale sera exclusivement d'ordre général ; l'administration de médicaments antinervins ne donne généralement que peu ou pas de soulagement à ces malades ; c'est en cherchant à agir sur le système nerveux général, que l'on obtiendra les meilleurs résultats. Le repos, le calme, l'hydrothérapie chaude, les bains chauds prolongés, les préparations bromurées, diminueront l'hyperexcitabilité du système nerveux et pourront apporter la guérison ou tout au moins une amélioration à cette forme de névralgie généralement chronique et récidivante.

\*  
\* \*  
\*

Comme vous le voyez, on peut distinguer deux formes de pseudo-odontalgie dont l'étiologie et le pronostic, notamment, ont très nettement différents. Lasègue, étudiant la sciatique, a montré qu'une même



névralgie pouvait présenter une forme bénigne et une forme grave ; ici, nous pourrions dire que la pseudo-odontalgie d'origine périphérique représente la forme bénigne et celle d'origine centrale la forme grave de la névralgie que je viens d'étudier ; on peut penser, en concordance avec les idées émises par Landouzy, que cette dernière forme de pseudo-odontalgie est sous la dépendance d'une névrite (1).

C'est particulièrement sur cette pseudo-odontalgie d'origine centrale que je voulais appeler votre attention aujourd'hui, vous voyez qu'elle présente des considérations intéressantes à connaître à divers titres.

---

(1) HALLION. — Les névralgies. — In *Traité de Médecine de Bouchard et Brissaud*, vol. X.

## LA PROTHÈSE PNEUMATIQUE

Par le Dr Henri CHENET,

Professeur, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris,  
et au Service de Prothèse restauratrice de l'Hôpital Lariboisière.

(Communication au Congrès de Bruxelles (A. F. A. S.), juillet 1929)

616.716.8 089.28

J'ai déjà eu l'occasion fréquente, au cours de communications antérieures dans nos réunions odontologiques, de dire ce que je pensais de la direction et de l'utilisation des brides cicatricielles : aussi serai-je aujourd'hui très bref sur ce sujet.

J'ai, au cours de la guerre, et particulièrement au Congrès Dentaire Interalliés de 1916, présenté divers appareils à force élastique continue, qui tous avaient pour but la formation de ce que j'ai appelé la « bride fibreuse utile ». Ces appareils, qui me donnèrent les meilleurs résultats dans les cas de perte de substance étendue du maxillaire inférieur, dans les cas d'adhérences labiales, tant au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur, avaient tous le même principe : une masse de caoutchouc dur glissant sur un appareil maintenu en place sur la portion restante du maxillaire lésé, dans certains cas, sur l'autre maxillaire, dans d'autres cas, était poussée de façon continue dans le tissu cicatriciel, formé ou en voie de formation, y clivant une dépression de la forme et des dimensions prévues pour le maintien aussi idéal que possible de l'appareil de restauration définitive.

Ces appareils auront toujours leur utilisation dans les cas de lésions traumatiques de la face et des maxillaires. Les tissus en voie de cicatrisation supportent admirablement cette pression continue qui les modèle, en quelque sorte, suivant notre volonté.

Mais il n'en va pas de même avec les lésions d'origine pathologique, nécrose ou tumeur.

La prothèse immédiate de Claude Martin n'a pas résisté à l'usage, et les chirurgiens ne l'ont pas longtemps acceptée, lui attribuant des récidives auxquelles, il faut bien le reconnaître, elle n'était pas toujours étrangère.

Et cependant, pour qui a vu des résections typiques ou atypiques des mâchoires, et pour qui a vu surtout les résultats esthétiques et fonctionnels de cas longtemps abandonnés à eux-mêmes, la prothèse immédiate est bien une nécessité.

Malheureusement, à ce point de vue, nous avons un courant terrible à remonter. Le chirurgien, en face d'une tumeur, ne voit que l'acte chirurgical à accomplir, suivi fréquemment aujourd'hui de l'application de radium. Le prothésiste n'est appelé que quinze jours, trois semaines, parfois beaucoup plus tard après l'intervention, pour tâcher de réparer les dégâts. Or, je puis vous affirmer par expérience que ceux-ci, le plus souvent seraient facilement atténués sinon totalement corrigés, si les formations cicatricielles, non guidées, ne venaient les aggraver de telle façon qu'elles rendent le problème pratiquement insoluble.

J'envisagerai, particulièrement ici, les cas de résection à la demande des lésions du maxillaire supérieur.

Ces résections, plus ou moins étendues, déterminent néanmoins toujours l'ouverture du sinus maxillaire, et la communication si gênante bucco-nasale. Parfois, l'ablation chirurgicale porte jusqu'au plancher de l'orbite, et le globe oculaire, privé de soutien, descend, déterminant des troubles de la vision qui, joints à ceux de la déglutition, de la phonation, et de l'esthétique, causent au malade un véritable martyre, tant moral que physique.

Le chirurgien tente d'y remédier par un bourrage extrêmement serré de mèches iodoformées ou autres, dans la cavité. Tamponnement pénible, nauséabond, qu'il faut renouveler fréquemment, déterminant chaque fois un avivement des bourgeons cicatriciels et souvent de petites hémorragies secondaires.

Ces tamponnements sont prolongés parfois fort longtemps, jusqu'au jour où, sur l'insistance du malade, le chirurgien se résout à faire appeler le prothésiste.

Que trouvons-nous alors ? Très souvent un sujet en état de trismus serré : nous arrivons difficilement à juger de l'étendue, de la forme de la cavité opératoire. La joue est rétractée vers la profondeur : une cicatrice sous-orbitaire, adhérente, impossible à effacer, attire vers le squelette tous les tissus jugaux : la lèvre supérieure est serrée, la commissure déviée. Comment, dans ces conditions, arriver à prendre une empreinte correcte, comment arriver à confectionner, et à placer un appareil dont le volume doit être considérable, puisque dans certains cas, on lui demandera de soutenir jusqu'au globe oculaire ?

C'est devant ces difficultés, que j'ai éprouvées si souvent, qu'après bien des recherches, j'en suis arrivé à la conception de la prothèse pneumatique, dont Pont avait le premier eu l'idée. Mais, pour que cette



prothèse puisse rendre les énormes services que l'on est en droit d'en attendre, il faut que le chirurgien l'admette comme prothèse immédiate.

L'ayant présentée à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, il y a deux mois, l'accueil qui lui fut réservé, après examen d'un opéré du D<sup>r</sup> Truffert, qui en était porteur, m'en fait cependant espérer la rapide diffusion.

Qu'est-ce que la prothèse pneumatique ? Une prothèse pneumatique est composée de deux parties : 1<sup>o</sup> une pièce de soutien, et 2<sup>o</sup> une chambre à air que l'on peut gonfler à volonté.

A. PIÈCE DE SOUTIEN. — En vulcanite : prend point d'appui soit sur les dents restantes par les moyens de rétention habituels, soit sur le maxillaire inférieur par l'intermédiaire de ressorts chez les édentés.

B. CHAMBRE A AIR. — Cette chambre à air est constituée par un doigtier de caoutchouc pour les petites et moyennes pertes de substance, par un préservatif pour celles qui s'étendent jusqu'au globe oculaire. La forme allongée de ces articles, leur légèreté, leur souplesse et leur grande résistance permettent des adaptations parfaites. Fixée à l'appareil de soutien par un dispositif vissé, la chambre à air, munie d'une valve, peut être gonflée à volonté par le prothésiste, le chirurgien ou le malade lui-même. Elle présente alors la forme d'un petit ballon dont la pression sur les parois de la cavité chirurgicale est extrêmement douce, réglable à volonté, et qui ne détermine aucun traumatisme nocif. Les tissus cruentés supportent admirablement cette prothèse, et se cicatrisent sur elle sans à-coup : pas de bourgeons exubérants : presque immédiatement la surface cicatricielle devient lisse, nette, régulière. L'ensemble de l'appareil, en effet, s'enlève comme un dentier banal : l'opéré le nettoie lui-même à volonté, aussi souvent qu'il le désire, et le chirurgien peut suivre l'évolution post-opératoire plus facilement qu'avec le bourrage par mèches.

Je vous ai dit, tout à l'heure, que je voulais cette prothèse immédiate, c'est-à-dire placée à la fin de l'opération. J'y vois d'énormes avantages. Elle peut d'abord servir, par compression, de moyen hémostatique : mais surtout, elle a l'avantage de procurer à l'opéré, dès le réveil, un bien-être inégalable. Elle atténue, en effet, toute l'horreur d'une mutilation si pénible à supporter : la déformation faciale est supprimée : les troubles oculaires par chute du globe n'existent plus : la phonation et la mastication sont normales dès le réveil ; les pansements consécutifs inutiles. D'autre part, elle permet et même

facilite l'application de tubes de radium, si besoin en est. Dans ces cas, je colle à l'intérieur de la chambre à air, avec une petite bande de caoutchouc et de la dissolution, le ou les tubes aux points où l'on désire leur action, qui durera le temps nécessaire puisque leur enlèvement se fait pour ainsi dire instantanément et sans aucune difficulté.

Je ne voudrais pas prolonger cette communication par la description des détails de construction de cette prothèse pneumatique : qu'il me suffise de dire que l'empreinte de la bouche doit être prise avant l'intervention chirurgicale : empreinte des deux maxillaires, avec la tumeur. Le chirurgien indique, non ce qu'il compte enlever, mais ce qu'il espère laisser, au point de vue de la voûte palatine et dents. S'il y a doute sur l'étendue de l'ablation, je choisis toujours l'étendue maxima. Mais je place la chambre à air au point où je suis sûr qu'il y aura le vide. La chambre à air, en effet, se dilatant à volonté, remplira la cavité, quelles que soient la forme et l'étendue de celle-ci. Enfin, je remplace dès le début toutes les dents manquantes, ou que l'intervention doit supprimer. L'occlusion étant ainsi normale, l'équilibre de l'appareil n'en est que meilleur, sans parler des autres avantages que vous saisissez sans que j'aie besoin de vous les signaler.

Un dernier mot pour vous dire que le malade sur le modèle duquel j'ai bâti ces appareils de démonstration, et que j'ai présenté à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, opéré le 2 février dernier, supporta sans aucune gêne ni douleur cette prothèse dès le début, pouvait sortir de la Maison de Santé le 6 février, c'est-à-dire le quatrième jour, et reprenait ses occupations de commerçant le septième jour après son intervention.

La cavité opératoire, admirablement épidermée, a conservé trois mois la prothèse pneumatique, remplacée depuis par une prothèse ordinaire, aussi bien tolérée que peut l'être l'appareil prothétique le plus simple. C'est là, je crois, la conclusion la plus éloquente que je pouvais vous donner en faveur de la prothèse pneumatique.

---

## LE SUÇAGE DU POUCE

Par Henri VILLAIN,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Bruxelles, A. F. A. S., juillet 1932)

616.314 089.23

Le suçage du pouce et ses multiples conséquences constituent une question assez complexe, et certes très intéressante pour nous au point de vue orthodontique.

Depuis de longues années, j'ai été frappé, et vous aussi certainement, par les dysmorphoses et les malpositions des dents consécutives au suçage du pouce. Pour cette question, je considère, jusqu'à nouvel ordre, cette habitude comme vicieuse et nocive.

Aussi fus-je littéralement stupéfait en voyant récemment l'affiche de publicité du Bal des Petits Lits Blancs, représentant un bambin endormi, suçant deux de ses doigts. Cette affiche tirée à un très grand nombre d'exemplaires fut placardée dans tout Paris, et des réductions furent, pendant des semaines, affichées dans les plus importants magasins de la Capitale. Elles semblaient donner en exemple cette très mauvaise habitude.

N'a-t-on pas vu également, au cours de cet hiver, à la porte d'un grand artiste photographe de l'avenue des Champs-Élysées, là où se promènent journellement un très grand nombre d'enfants, le portrait d'un superbe bébé suçant son pouce !

Enfin, au Salon de cette année de la Société des Artistes Français au Grand Palais, à la sculpture, nous avons pu voir, oh horreur ! une superbe statue de M. A. Chartier, portant le n° 3635 et représentant une Eve énorme, tenant sur chacune de ses épaules un petit enfant. Celui de gauche a les bras pendants, ne sachant pas trop qu'en faire ; celui de droite alors, lui, est bien occupé ; il suce avec amour — au point d'en avoir les joues gonflées — son pouce de la main droite.

Ce geste tend donc à se vulgariser de plus en plus, puisqu'il frappe et retient en ce moment l'attention d'un grand nombre d'artistes.

Tout ceci montre l'esprit observateur de ces artistes différents, me direz-vous ; c'est vrai, mais quoique profanes sur les causes, ils se sont arrêtés sur le même geste.

Je fus encore plus alarmé, quand, au cours d'une enquête particulière auprès de personnes s'occupant de nourrissons, j'appris qu'un



très grand nombre de médecins pédiâtres conseillent de laisser les enfants sucer leur pouce, — et même de les y inciter — pour éviter qu'ils ne pleurent.

C'est alors que j'ai décidé de m'occuper plus spécialement de cette question, en m'entourant d'une certaine collaboration, pour essayer de solutionner ce grave problème.

Qu'il me soit permis tout de suite de citer et remercier mes confrères et amis, M<sup>lle</sup> Liger et M. Paul Tacail, tous deux orthodontistes distingués et justement réputés.

J'eus recours d'abord à la T. S. F. pour essayer d'enrayer un peu cette mode et toucher le plus de parents possible ; au cours d'une causerie périodique sur l'hygiène dentaire, que j'ai l'habitude de faire au nom de la Confédération des Travailleurs Intellectuels, je pris pour titre, le 29 avril, au Poste de la Tour Eiffel : « *Le suçage du pouce* ».

Je me suis efforcé, ce jour-là, de faire comprendre à ceux qui étaient à l'écoute les dangers et les perturbations que peuvent amener pour l'organisme en général, et le développement des mâchoires en particulier, cette par trop mauvaise habitude qui tend, hélas, à se généraliser de plus en plus.

Par des conseils pratiques, j'ai essayé de montrer aux jeunes mères ce qu'il faut faire, dès le jeune âge, pour enrayer ce mal (*Odontologie* de mai 1932).

Aujourd'hui, nous posons le problème devant un auditoire de praticiens qualifiés, pour nous aider à le résoudre.

Après informations et études des cas, nous croyons qu'une différence doit être établie entre le tétage du pouce et le suçage. Je dis « nous croyons », car devant un nouveau-né nous sommes en quelque sorte astreints à faire de la « médecine vétérinaire » ; c'est notre bon sens clinique seul, qui, basé sur des constatations orthodontiques de chaque jour, fait prévaloir une opinion sans que nous puissions être catégoriquement affirmatifs.

Si nous établissons ce diagnostic différentiel c'est que nous avons remarqué plusieurs points de divergence : le tétage apparaît dès les premières semaines qui suivent la naissance : ce qui tendrait à nous le faire considérer comme un acte animal, physiologique, donc acceptable.

Le suçage, au contraire, apparaît ultérieurement, à l'âge où se manifestent certaines habitudes vicieuses, et c'est une des raisons qui nous le font assimiler à celles-ci.

En second lieu, dans le tétage du pouce, le poing est fermé en pronation et les faces du pouce sont perpendiculaires à la ligne d'occlusion des dents. Dans le suçage, la face palmaire et la face dorsale sont en contact avec les dents. S'il s'agit de plusieurs doigts, c'est la face dorsale qui est supérieure. S'il s'agit du pouce, c'est son côté interne qui est appliqué contre la région antérieure du palais et les faces linguales des incisives supérieures.

Du fait de cette variation dans les positions, on comprend que ce geste du doigt dans la bouche peut avoir des conséquences totalement différentes, et c'est l'étude de ces répercussions qui va nous permettre précisément de dire que le tétage peut être normal alors que le suçage est incontestablement néfaste.

Mais reprenons, point par point, les éléments de notre diagnostic différentiel.

Pourquoi l'enfant tète-t-il son pouce ?

Une explication possible est celle de l'alimentation : dans les crèches, les nurseries, et même lorsque l'enfant est soigné par sa maman, qu'il soit élevé au biberon ou au sein, on le nourrit d'une manière étalon, c'est-à-dire qu'il doit absorber une quantité de lait déterminée pour chaque jour et contrôlée par des pesées.

Or, tel lait peut avoir une valeur nutritive inférieure à tel autre. Et tel nourrisson peut avoir besoin de manger plus que tel autre. Chez les enfants plus grands, et chez l'adulte, l'alimentation varie suivant les individus : les uns absorbent une dose alimentaire moyenne correspondant à la dose étalon dont on établit la formule dans les cours d'hygiène ; d'autres sont capables de manger beaucoup plus, disons le double même ; d'autres au contraire ont un tout petit appétit et cela souvent sans qu'aucune considération de taille, de poids ou de genre de vie intervienne. Eh bien, nous croyons que chez le nouveau-né les faits sont identiques. Un bébé qui reçoit juste la quantité de lait jugée nécessaire peut avoir encore faim ; ne sachant exprimer son besoin et dans l'impossibilité d'obtenir du supplément de la maman ou de la nurse qui estime l'avoir allaité suffisamment, il tète son pouce pour se donner, par l'imitation physiologique, l'illusion de manger.

N'oubliez pas que, de plus, un défaut très humain, la gourmandise, peut influencer les capacités d'absorption. Le nourrisson gourmand, n'ayant pas la possibilité de se procurer plus qu'on ne lui accorde, donne le change à sa gourmandise en tétant son pouce.

Une seconde explication est relative à l'évolution des dents. Les

premières dents font leur apparition vers le 6<sup>e</sup> mois, mais l'évolution sous-gingivale précède la « percée » ; et même si nous ne constatons rien *de visu*, l'enfant souffre ; l'inflammation et le travail intra-gingival l'agacent ; et pour se soulager, il éprouve le besoin de frotter sa muqueuse gingivale, comme tout jeune animal qui « fait ses dents » mordille instinctivement les corps semi-durs qui se trouvent à sa portée. Sans doute ce geste de serrer le pouce entre les crêtes alvéolaires est-il nécessaire ? Sans doute correspond-il à un massage bienfaisant des régions congestionnées ? Peut-être a-t-il une influence favorable sur l'évolution dentaire ? Et devant sa logique peut-être aurions-nous tort de l'empêcher ? D'ailleurs, s'il soulage le petit qui souffre, pourquoi nous y opposer tant que nous n'en verrons pas la contre-indication formelle ?

En troisième lieu, puisque nous comprenons la nécessité — instinctive chez l'enfant — des jeux et de l'exercice pour le développement musculaire général, nous pouvons admettre que l'enfant, par instinct également, cherche à augmenter la tonicité des muscles labiaux et faciaux en les faisant travailler par des exercices de tétée. Comme nous considérons favorablement l'influence de la tétée rationnelle sur l'équilibre musculaire labial et facial, nous pouvons peut-être tolérer le tétage du pouce comme un exercice complémentaire ?

Enfin, toujours par instinct, le bébé sent peut-être la nécessité d'exciter sa salivation. Ce qui serait une quatrième cause du tétage du pouce. Et là, encore, nous pouvons penser que l'excitation sécrétoire influence heureusement la formation des glandes salivaires ?

Enfin, pour mémoire, je rappelle que d'après certains médecins ce geste existerait en compensation de la glossoptose. Mais cette théorie, très particulière, n'ayant qu'un nombre limité d'adeptes, nous nous abstiendrons de l'envisager en détail pour éviter les polémiques.

Parlons maintenant du suçage.

Il se manifeste tardivement. C'est, en général, parce que l'enfant a primitivement tété son pouce qu'il a pris « l'habitude » de mettre toujours un doigt dans la bouche, remplaçant un « travail » qui n'est plus nécessaire par une « position » plus facile — par « habitude » il devient « suceur de pouce ». J'insiste sur ce mot « habitude » car c'est là, neuf fois sur dix, la cause du suçage du pouce. Et de ce fait, nous



pouvons, d'emblée, ajouter le qualificatif « vicieuse », puisque rien ne justifie ni excuse ce fâcheux défaut.

J'ai dit que le suçage est la suite dégénérée du tétage du pouce, neuf fois sur dix. C'est donc que une fois sur dix, le suçage est primitif. Et, dans ce cas, l'enfant peut avoir trouvé ce geste tout seul — ce qui est assez rare — ou bien il le fait par contagion d'avoir vu d'autres bébés le faire ; ou bien encore, et plus souvent, hélas ! il le fait parce qu'on le lui a enseigné. Combien de mamans, ignorant qu'elles tuent leur enfant, leur donnent une sucette parce qu'il pleure, pour le faire taire, et même s'il est sage, pour l'occuper et éviter qu'il ne pleure ! Et depuis que cet instrument de mort a été combattu, combien de mamans le remplacent par le pouce qu'elles introduisent dans la bouche de leur bébé sans aucune autre cause que celle de leur sottise.

Bref, le suçage de pouce ne reconnaît pas, comme le tétage, quelques raisons valables : l'enfant est assez grand pour faire comprendre ses besoins ou ses souffrances. Les dents ne le taquent plus ; commençant à marcher et à parler, il trouve sainement l'exercice dont il a besoin.

Et, quel que soit le côté dont on s'oriente, on ne peut que conclure au caractère d'habitude vicieuse du suçage du pouce.

Un parallèle nous reste encore à établir entre les répercussions sur l'organisme dues aux positions différentes du pouce dans le tétage et dans le suçage.

Par la position même du doigt, le tétage du pouce nous apparaît, *a priori*, comme ne pouvant être nocif. Le pouce est, en effet, serré entre les crêtes alvéolaires et entre les lèvres ; les conséquences ne peuvent être, comme nous l'avons vu précédemment, que le massage des gencives, la stimulation de la circulation sanguine locale, l'apaisement de la douleur d'évolution dentaire, la tonification des muscles labiaux et faciaux (et peut-être la contribution à la formation des glandes salivaires ?)

Au contraire, lorsque l'enfant « suce » ses doigts, ceux-ci exercent une pression sur la région antérieure de la voûte palatine et sur les faces linguales des incisives supérieures. Cette pression est encore renforcée par celle de la langue qui entre en jeu, et cette action constante rapidement déforme la région malléable sur laquelle elle s'exerce, avançant et creusant la partie palatine antérieure, poussant en avant les incisives supérieures, davantage dans leurs parties coronaires libres, créant des versions vestibulaires mais également dans leurs parties alvéolaires, déplaçant tout le massif antérieur supérieur.

Lorsque plusieurs doigts sont introduits en bouche, côté dorsal, face au palais, les dents inférieures peuvent également subir quelque perturbation dans leur rangement et dans leur inclinaison sous l'impulsion des fléchisseurs des doigts.

Mais les déformations sont beaucoup plus importantes et beaucoup plus graves lorsque c'est la face palmaire interne du pouce qui est en contact avec le palais. En effet, la position de la main confère alors aux fléchisseurs du pouce le maximum de puissance et c'est très rapidement que les perturbations maxillaires et dentaires que je viens de signaler apparaissent. En outre, pour exercer sa force naturelle de flexion et pour des raisons logiques d'équilibre, le pouce, qui agit comme un levier, prend appui par sa phalange sur les dents inférieures et par le métacarpien sur la mandibule et le menton.

En conséquence de ceci, les incisives inférieures sont lingualées, la pression sur le menton s'oppose au développement de celui-ci ; et la mandibule n'étant pas une masse fixe peut céder dans son ensemble, reculant dans l'articulation temporo-maxillaire. Il en résulte la création d'anomalies multiples, telles que : malocclusion distale inférieure, rétrognathie ou micrognathie, rétroglissement, etc...

Ajoutons encore que l'enfant, au cours du suçage, avale de l'air et que cette aérophagie est sous de multiples points fort nuisible à la santé, du fait particulièrement des répercussions des troubles intestinaux qu'elle provoque.

De ceci, que devons-nous conclure ?

Avant tout, nous nous élevons de toute notre force contre ces médecins qui disent aux parents : « Votre enfant pleure ? Faites-lui sucer son pouce, vous aurez la paix ! »

Si, dans les premiers mois de la vie, l'enfant « invente » le tétage du pouce, c'est que peut-être il en a besoin, ainsi que nous l'avons dit précédemment, et si nous sommes certains que son alimentation n'est pas défectueuse, peut-être pouvons-nous le laisser faire. Mais entre « laisser faire » et « provoquer » quelle différence ! Nous sommes absolument ennemi de la provocation, car, si l'enfant n'a pas trouvé seul le geste de téter son pouce, c'est qu'il n'en a pas besoin. Et nous ne pouvons que blâmer les parents qui suppléent à l'usage de la sucette, en habituant l'enfant au suçage du pouce. Leur ignorance est criminelle et nous devons multiplier nos efforts et faire autour de nous une propagande active pour leur dessiller les yeux, en même temps que nous prions tous ceux qui savent de nous aider dans notre tâche.

Au point de vue prophylactique, que faire, me direz-vous ? Je pense en toute conscience qu'il faut réagir de très bonne heure dès que l'enfant a tendance à porter à tout moment, et surtout en dormant, son pouce ou ses doigts dans sa bouche.

Aux jeunes mamans, voici le conseil que j'ai donné pour les tout petits : agir aux premiers symptômes, c'est-à-dire surveiller le nouveau-né dès sa naissance, et si l'enfant a tendance à porter son pouce ou ses doigts dans la bouche, il faut pendant quelques jours lui attacher le bras.

La manière la plus simple, qui nous a réussi pour nos propres enfants ou pour ceux de nos consultants, est la suivante :

Coudre sur la manche de la brassière un petit cordon que l'on noue à un ruban mis autour du linge de l'enfant.

Au bout de huit, dix ou quinze jours au maximum, l'enfant aura perdu cette mauvaise habitude et vous aurez fait vis-à-vis de lui votre devoir de maman prévoyante.

Et maintenant, pour conclure, n'allez pas crier à l'enfant martyr !

Songez seulement que ce petit être que vous chérissez tant, et vous avez raison, a besoin d'être guidé dans ses désirs, et ce faisant vous lui rendrez un signalé service pour l'avenir, à lui-même, d'abord, et à la race française, ensuite !

Pour les autres, c'est-à-dire ceux qui sont déjà en âge de parler et de comprendre, il faut essayer de les raisonner et de leur montrer leur erreur.

Le Dr Roy, en 1926, a fait, à la Société d'Odontologie de Paris une communication sur « l'importance du facteur psychologique dans le traitement des enfants ». Il a donné les exemples d'une petite fille de 3 ans et d'un petit garçon de 4 ans, qui tous deux suçaient leur pouce, au grand désespoir des parents qui avaient tout essayé pour les en empêcher.

En se moquant de la première, et en faisant raconter au second qu'il deviendrait laid et malade s'il continuait ainsi à son âge, ces enfants avaient cessé leur mauvaise habitude.

Ce sont là des moyens, certes efficaces ; en existe-t-il d'autres ? C'est ce que nous venons vous demander, afin de nous aider à lutter contre un péril qui tend à s'aggraver chaque jour davantage.

---



## CONGRÈS DE BRUXELLES (Juillet 1932)

### RÉSUMÉ DES COMMUNICATIONS ET DÉMONSTRATIONS FAITES A LA SECTION D'ODONTOLOGIE (XIV<sup>e</sup>) DE L'A. F. A. S.

#### I. — COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Docteurs Ch. GRANDCLAUDE et Ph. LESBRE (*Paris*). — **Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de la symbiose fuso-streptococcique d'origine dentaire.**

Les auteurs ont mis en évidence le rôle clinique prépondérant de la symbiose fuso-streptococcique (bacilles fusiformes et streptocoques non hémolytiques) dans l'infection dentaire. L'expérimentation sur l'animal (lapin) confirme et précise son pouvoir pathogène. Les cultures mixtes employées ont été prélevées sur des pyorrhéiques : quelques-unes provenant de caries aux troisième et quatrième degrés ont donné des résultats tout à fait comparables.

L'inoculation intra-gingivale, après traumatisme violent de l'alvéole, produit une suppuration dans laquelle on retrouve le streptocoque et le bacille fusiforme. L'inoculation cutanée ou sous-cutanée donne une infection purulente.

L'inoculation intramusculaire provoque une nécrose généralement suivie de cachexie et mort de l'animal.

L'inoculation intrapulmonaire entraîne rapidement des lésions graves avec pleurésie hémorragique purulente et nécrose du tissu pulmonaire.

Le pouvoir pathogène ainsi observé est bien le fait de la symbiose et non d'un seul des deux germes, qui, inoculés isolément, ne donnent en aucun cas des lésions graves.

Ces résultats expérimentaux confirment le pouvoir redoutable de la symbiose fuso-streptococcique, avec ses lésions caractéristiques purulentes, hémorragiques et nécrotiques.

*(Les auteurs illustrent leur communication par de nombreuses projections de microphotographies.)*

Docteur G. GIBIER-RAMBAUD (*Paris*). — **Rôle de l'infection focale dans certaines psychoses.**

Depuis plusieurs années le rôle des infections focales dentaires (apicales) et naso-pharyngiennes a été amplement démontré (surtout en Amérique) dans un certain nombre d'affections diverses. L'auteur est convaincu que la grande majorité des foyers infectieux situés dans différentes parties du corps sont des foyers secondaires, la plupart des microbes pathogènes faisant leur entrée dans l'organisme par la bouche et les voies respiratoires.

Ces microbes agissent soit directement, soit par l'intermédiaire des toxines qu'ils sécrètent continuellement ou d'une façon intermittente. Ceux que l'on trouve invariablement dans les granulomes, dans les infections

périapicales, sont trop souvent ignorés, car ils ne causent généralement aucun trouble objectif local.

Seule, la radiographie permet de déceler à coup sûr la présence de leurs foyers, souvent minimes. Selon la prédisposition du terrain ils affectent telle ou telle partie de l'organisme.

Par l'élimination de ces foyers et un traitement plus ou moins prolongé par auto-vaccins, l'auteur a réussi, dans plusieurs cas de démence précoce, à obtenir des résultats frappants, voire des guérisons qui se maintiennent depuis six mois et plus. Sans vouloir trop anticiper, il en conclut que, dans la démence précoce et autres psychoses, il y a lieu de rechercher, dès le début, l'existence de foyers infectieux dentaires et naso-pharyngiens, de les éliminer et d'instaurer un traitement par auto-vaccins.

Docteur MATHIEU-PIERRE WEIL (*Paris*). — **Rhumatismes et affections dentaires.**

Le rhumatisme d'origine dentaire ne peut être mis en doute aujourd'hui. Il constitue une des variétés les plus intéressantes des manifestations articulaires liées à l'existence, à distance, d'un foyer infectieux. En présence de toute arthrite aiguë ou chronique, il importe de se demander si elle ne relève pas de pareille origine.

Mais quelle que soit leur importance, il faut bien savoir que ces arthrites sont rares et ne sauraient être comparées en fréquence aux autres manifestations articulaires : arthrites d'origine infectieuse, spécifiques (tuberculeuses, gonococciques, etc.) ou non ; ou arthrites d'origine non infectieuse, si banales, où interviennent le micro-traumatisme, les troubles endocriniens, vasculo-sympathiques, etc...

Dans un grand nombre de cas, les arthrites d'origine dentaire ne s'accompagnent pas de la présence d'un germe décelable dans le liquide articulaire, s'il en existe, ou dans la synoviale. D'ailleurs la rapidité avec laquelle l'arthrite disparaît souvent à la suite de l'avulsion dentaire s'accorde mal avec la notion d'une simple infection localisée. Le rhumatisme dentaire est le plus souvent une manifestation allergique.

*Argumentateur* : M. FOURQUET.

Docteurs J. BERCHER et FLEURY (*Paris*). — **Les résorptions radiculaires ou rhizalyses.**

Les auteurs étudient, dans un premier chapitre, la rhizalyse normale, phénomène physiologique auquel prennent part les tissus périodontaires et la dent elle-même. Pulpe intraradiculaire et tissus périodontaires renferment les mêmes éléments conjonctifs et coopèrent à la même fonction. C'est par une série de mortifications circulatoires, telles que les ont décrites Leriche et Policard, que le conjonctif calcifié, la dentine, peut retourner au conjonctif primitif. Les matériaux calcaires ainsi mis en liberté sont sans doute réemployés sur place pour l'édification de la dent de remplacement. Les auteurs précisent alors les causes de ces modifications de la circulation locale qui conditionne la rhizalyse.

Le second chapitre est consacré aux rhizalyses pathologiques, des dents

temporaires, puis des dents permanentes. Pour les premières sont étudiées : la rhizalyse dans les cas de gangrène pulpaire ; la rhizalyse sur dent à pulpe saine mais avec absence de dent de remplacement ; la rhizalyse des dents à pulpe gangrenée avec absence de germe de remplacement ; la rhizalyse retardée ou arrêtée sur dent temporaire saine avec présence de dent de remplacement.

Pour les rhizalyses des dents permanentes, les auteurs examinent : la rhizalyse par processus normal appliqué à des dents qui ne devraient pas se résorber ; la rhizalyse par inflammation chronique ; la rhizalyse par fonte purulente ; enfin la rhizalyse trophique.

Les auteurs ne se cachent pas qu'il reste, dans ce grand chapitre de la physio-pathologie dentaire, de nombreuses inconnues et que les pathogénies qu'ils proposent sont souvent hypothétiques ; leur but n'est que de tenter de mettre un peu de clarté dans la question des résorptions radiculaires normales et pathologiques.

*Argumentateurs* : MM. Georges et Henri VILLAIN et FOURQUET.

Docteur MAURICE ROY (*Paris*). — **Les pseudo-odontalgies.**

Les pseudo-odontalgies sont des névralgies caractérisées par des douleurs localisées dans une ou plusieurs dents sans que celles-ci présentent d'altérations. M. Roy, qui a décrit cette entité morbide en 1905, reprend et complète ses études antérieures sur ce sujet et il montre qu'il existe deux formes différentes de pseudo-odontalgie : une forme périphérique et une forme centrale.

Les *pseudo-odontalgies périphériques*, dont le type est la pseudo-odontalgie grippale, sont dues à une irritation des branches périphériques du trijumeau, sous l'influence de causes diverses (sinusite catarrhale dans la grippe, par exemple). Les douleurs sont généralement très vives et les diverses interventions que l'on peut être amené à faire sur les dents, en raison de la localisation apparente, sont non seulement sans efficacité, mais peuvent exacerber terriblement ces douleurs, qui, au contraire, cèdent rapidement aux antinervins donnés à petite dose, mais continue.

La cause des *pseudo-odontalgies d'origine centrale* semble siéger dans les noyaux même du trijumeau. Cette névralgie s'observe généralement sur un terrain névropathique, elle est la conséquence d'un mauvais équilibre du système nerveux général. Les douleurs sont moins vives que dans la forme périphérique ; les malades, s'ils en localisent toujours le point de départ dans une dent, signalent toujours en même temps des irradiations plus ou moins étendues dans la face, le front, fréquemment dans la région sous-occipitale.

L'attention doit être appelée sur ces pseudo-odontalgies centrales ; en effet, les malades qui en sont atteints, par leur insistance et leur précision, quant au point de départ supposé, entraînent fréquemment les dentistes à des interventions non seulement inutiles, mais nuisibles, car elles sont souvent la cause de nouvelles douleurs qui provoquent des récriminations



de la part des malades qui ont sollicité ces interventions et n'en ont éprouvé aucun soulagement, au contraire.

Les pseudo-odontalgies centrales, contrairement à la forme périphérique, sont peu influencées par les divers antinervins ; leur traitement s'adressera exclusivement au terrain névropathique des malades par une thérapeutique appropriée. Les interventions qui peuvent être nécessaires pour traiter les altérations dentaires concomitantes seront réduites au strict minimum compatible avec un traitement convenable en raison de l'état de susceptibilité particulière du trijumeau chez ces malades.

E. LEBRUN et NAAR (*Paris*). — **Contribution à l'étude de la pathogénie de la carie dentaire.**

Les auteurs montrent que la théorie classique chimico-parasitaire n'est plus suffisante pour expliquer la carie dentaire et passent en revue les notions nouvelles (influence des glandes endocrines sur la circulation, la croissance, le métabolisme basal), l'action des vitamines.

Résumant les travaux de MM. Rousseau-Decelle, Fargin-Fayolle et Ferrier (Jules), MM. Lebrun et Naar analysent alors les dernières théories : 1<sup>o</sup> de MM. Arcé et Cordon sur le rôle des pressions périodentaires (compression du périodonte), en s'aidant de nombreuses radios et observations sur cette action de pression ; 2<sup>o</sup> de M. le Professeur Retterer : Influence de l'excitation mécanique sur la structure des dents et processus de la carie dentaire ; 3<sup>o</sup> du rôle de certaines carences alimentaires dans la pathogénie de la carie. Suivant avec attention les travaux de M. le Professeur Simonet, de M<sup>lle</sup> Randouin et May Mellanby, les auteurs concluent que, sans nier certaines causes mécaniques ou trophiques, c'est dans l'apport ou l'absence de certains facteurs indispensables au bon fonctionnement de l'organisme que devront désormais s'orienter les recherches.

*Argumentateurs* : MM. Scimille, Docteur VICHOT, Docteur SOLAS et SCHATZMAN.

M. P. DUBOIS (*Paris*). — **Névrites pulpaire consécutives au traitement des caries non pénétrantes.**

L'auteur, à la suite du traitement des caries de deuxième degré et d'une façon exceptionnelle, a eu l'occasion d'observer des crises de névrite, dont l'originalité et la gravité l'ont décidé à étudier et signaler plusieurs cas de ces névrites.

Ces névrites se révèlent quelque temps après l'obturation (huit à quinze jours), à l'occasion d'un acte quelconque (mastication) ou spontanément sans cause apparente : douleur subite, d'une violence extrême durant vingt à trente secondes, souvent suivie de contractures spasmodiques des muscles de la face et larmoiement, analogue au « tic douloureux de la face ».

Ces crises névralgiques sont généralement éphémères : une seule crise, parfois trois ou quatre, exceptionnellement une dizaine en plusieurs jours ou en plusieurs mois.

Elles disparaissent généralement spontanément. Dans plusieurs cas,

elles ont nécessité la désobturation de la cavité, suivie de guérison immédiate. Dans un cas (véritable tic douloureux de la face), d'une durée d'un mois, avec quinze à vingt crises par jour : guérison immédiate après désobturation.

Dans un autre cas, les crises deviennent rebelles au traitement dentaire et, après plusieurs alcoolisations du nerf dentaire inférieur, la névrotomie rétro-gassérienne a dû être pratiquée.

Cette forme de névralgie cesse à la suite de l'abandon de certain ciment et de la modification de la thérapeutique des caries non pénétrantes.

*Argumentateur : M. FOURQUET.*

Docteur PONT (*Lyon*). — **Infections dentaires en canon de fusil.**

Les infections chroniques des lésions apexiennes, ne sont pas toujours isolées et plusieurs dents contiguës sont infectées. Ces infections, juxtaposées comme des canons de fusil, doivent retenir l'attention du clinicien s'il ne veut pas s'exposer à des mécomptes graves pour lui et son patient. L'auteur rapporte l'observation d'une malade, dont une dent avait infecté par la région apicale les deux dents voisines ; les trois apex baignaient dans le foyer d'ostéite raréfiante. Par une seule et simple opération, le foyer fut supprimé, les dents furent obturées et la guérison obtenue en quelques jours.

*Argumentateur : M. FOURQUET.*

M. LUBETZKI (*Paris*). — **Du traitement des dents infectées (de quelques erreurs).**

L'insuccès du traitement des dents infectées est dû à des erreurs de technique.

Les dents infectées peuvent et doivent être traitées et sauvées.

La zone périapicale constitue le point le plus vulnérable du traitement, il faut éviter au cours du traitement d'exercer une compression inutile et dangereuse sur le contenu putride du canal.

Une dent infectée doit pouvoir supporter dès la première séance un pansement occlusif, hermétique à l'eugénate de zinc, recouvrant un coton imbibé d'un médicament volatil.

L'auteur s'appuie sur les travaux connus de Buckley sur la décomposition chimique de la pulpe.

L'auteur n'emploie que le tricrésol, il bannit l'emploi du formol. La compression provoque une irruption des toxines microbiennes dans la région périapicale, d'où les complications les plus graves. Il faudra l'éviter au cours des premières séances, au cours du nettoyage des canaux, leur élargissement.

Le nettoyage des canaux sera toujours précédé du cathétérisme.

L'élargissement chimique se fera à l'exclusion de l'élargissement mécanique. Cette dernière opération ne se fera que lorsque l'apex aura été atteint par l'alésage chimique.

L'abus des antiseptiques empêche à la longue la guérison des tissus de la région périapicale.

L'auteur insiste particulièrement sur la sauvegarde de la région péri-apicale. C'est de là que proviennent tous les insuccès du traitement de la dent infectée.

*(Travail non présenté par l'auteur excusé.)*

A. C. SEIMBILLE (*Paris*). — **Pathologie dentaire et crétinisme.**

Après un aperçu rapide de la fonction endocrinienne et de l'action de l'infection buccale sur l'état général, l'auteur rapporte le cas d'une jeune femme, présentant les signes d'une idiotie nettement caractérisée et ayant une bouche dans un état déplorable. Les dents malades enlevées et le port d'une prothèse ramenèrent cette malade à un état normal.

L'auteur attire l'attention sur les rapports possibles de l'infection buccale et de l'intelligence.

*Argumentateur* : M. FOURQUET.

C. N. FAY (*Bruxelles*). — **Résultats de traitements classiques des lésions périapicales.**

Il s'agit d'un exposé de traitement de quelques cas de lésions périapicales, granulomes, raréfactions. Contrôle radiographique avant et après le traitement, celui-ci consistant en curetage des canaux, pansements au tricrésol formol ou pâte formolique, répétés seulement quelquefois (trois ou quatre) et en obturation des canaux avec une pâte formolique également.

Les radiographies de contrôle final montrent nettement la disparition des granulomes par la régénération osseuse.

*Argumentateurs* : M. le Docteur BERNARD et M. FOURQUET.

Docteur R. BOISSIER (*Paris*). — **Sémiologie de la langue.**

C'est là une des questions les plus délicates de la pathologie buccale et susceptible d'intéresser le dentiste ; son rôle sera, au cours d'un examen de la bouche, de déceler les lésions silencieuses et néanmoins infiniment graves : telles le cancer au début par exemple.

Le Docteur R. Boissier étudie donc : 1° les modifications du volume de la langue (atrophie, microglossie, glossocèle, agénésie) ; 2° les modifications de la forme (langue scrotale, bifide, soudée, ficelée) ; 3° les modifications, de couleur (langue saburrale, muguet, leucoplasie, langue tachetée, langue noire, taches jaunes de xanthélasma ou d'ictère, taches bleues de glossite bismuthique, xérostomie) ; 4° les glossites corticales localisées : glossites de Brocq, de Parrot, plaques lisses ou muqueuses, lichen plan. Les passages les plus importants de la communication de M. le Docteur R. Boissier sont consacrés aux ulcérations linguales que l'auteur distingue en : 1° épiphénomènes et 2° non associées. Les premières se rencontrent au cours d'un syndrome complexe, maladies éruptives : aphtes, herpès, pemphigus, hydroa, impétigo, etc... Quant aux secondes il est facile de les diviser en deux grandes classes selon qu'elles reposent sur une tumeur ou non. Celles-ci, bien moins graves, appartiennent au traumatisme dentaire, à la tuberculose, à l'actino-



ou la sporotrichose. Quant aux ulcérations s'accompagnant d'induration, dire qu'elles relèvent le plus souvent de la syphilis, de la tuberculose ou du cancer, c'est indiquer leur importance et la nécessité pour le dentiste de les reconnaître à temps.

*Argumentateurs* : M. le Docteur WATRY, M. le Docteur SCHWARTZ et M. BÉRO.

Docteur GÉRARD MAUREL (*Paris*). — **Les adénites et les adéno-phlegmons cervico-faciaux, d'origine bucco-dentaire en chirurgie maxillo-faciale.**

(*Etude clinique et thérapeutique avec projections*).

A l'heure actuelle, il semble bien que l'on puisse affirmer, d'après les faits anatomiques et cliniques, qu'il existe des possibilités d'inflammation ganglionnaire en rapport avec des lésions, non seulement de la muqueuse buccale et des tissus périodontaires (ligament), mais encore en rapport avec des lésions de la dent elle-même « caries pénétrantes ». L'auteur étudie cliniquement les points de vue pathogénique, symptomatique et évolutif des adénites et adéno-phlegmons, et décrit ensuite le traitement médical et chirurgical de ces affections.

Lorsqu'il s'agit d'adénites tuberculeuses ou secondairement bacillisées, le traitement reste médical, si l'adénite n'est pas suppurée (rayons ultra-violets, application locale et générale, traitement de l'état général), antigène méthylique, sels d'or et radiothérapie). Si l'adénite est suppurée, ponction en peau saine avec injection de liquide modificateur ; dans quelques cas, drainage filiforme. Ultérieurement à la période de *sclérose*, mais à cette période seulement, l'indication de l'ablation de ganglions bacillaires peut se poser en vue d'éviter une récurrence quelquefois possible.

*Argumentateur* : M. le Docteur WATRY.

J. FILDERMAN (*Paris*). — **Angine de Ludwig ayant déterminé la perte de toutes les dents inférieures.**

Il s'agit d'un phlegmon du plancher de la bouche, déterminé par les racines fracturées et abandonnées de la dent de sagesse inférieure gauche. Malgré l'extraction, sans incident, de ces racines et les soins consécutifs, les phénomènes ont évolué avec gravité, pendant un temps assez long ; et ont eu pour conséquence la mortification pulpaire de toutes les dents du maxillaire inférieur.

L'auteur retient de cette observation deux faits importants :

1° Les racines des dents malades présentaient dans leur tiers apical un aspect translucide, *gélatineux*, visible à la radiographie.

2° Contrairement à ce qui se produit généralement, l'infection a franchi la ligne médiane et a gagné le côté opposé à celui qui a servi de point de départ.

*Argumentateurs* : M. le Docteur ROSENTHAL, M. le Docteur BÉRO, M. FOURQUET et M. le Docteur GÉRARD MAUREL.

Docteur J. VICHOT (*Lyon*). — **Sur un cas d'ostéome du maxillaire inférieur.**

La malade dont il s'agit est une jeune fille de 17 ans, laquelle présentait, à l'âge de 10 ans, une tuméfaction très dure, indolore, située sur le bord inférieur du maxillaire inférieur droit, au-dessous de la première molaire et s'étendant en arrière vers l'angle de la mâchoire. La première molaire était obturée ; une radiographie, prise en juin 1929, montrait les deux prémolaires et la dent de douze ans encore incluses et la dent de sagesse en formation. Il n'y avait pas de lésion apicale de la première molaire, qui aurait pu être mise en cause.

En 1930, la tuméfaction avait augmenté, les prémolaires, évoluées, étaient saines et en bonne position. La première molaire fut extraite. Néanmoins, la tuméfaction osseuse augmentant encore de volume, il fut décidé de l'enlever.

Par une incision sous-maxillaire, on aborda une tumeur franchement osseuse, d'aspect blanchâtre, et encerclant le bord inférieur du maxillaire inférieur, il fallut la gouge et le maillet pour détacher la tumeur et modeler l'os (16 avril 1931). Les suites furent simples et, depuis, la tumeur n'a pas reparu. La tumeur est du volume de la moitié d'un petit œuf ; elle est de consistance uniforme, sans que rien pût faire songer à une malignité quelconque.

*Argumentateurs* : M. le Docteur AUDY, M. le Docteur DUPERROY et M. JOACHIM.

Docteur G. LONNEVILLE (*Bruxelles*). — **La chimiothérapie. Ses rapports avec le système réticulo-endothélial. Ses applications en odonto-stomatologie.**

On a donné le nom de médicament chimiothérapique à toute substance chimique qui, au cours d'expérimentation de laboratoire et en expérience clinique, a montré une action spécifique contre les microbes.

L'auteur rappelle les théories d'Ehrlich et de Dale.

Le S. R. E. (système réticulo-endothélial) (Dale) est un système cellulaire, qui, comme le sang ou plutôt comme les leucocytes et lymphocytes, est dispersé dans tout l'organisme, mais qui s'agglomère dans certaines parties du corps. Les fonctions des cellules réticulo-endothéliales sont les suivantes : elles emmagasinent d'une façon intense les colloïdes et les matières colorantes acides à structure moléculaire compliquée.

Les médicaments chimiothérapiques exercent une action stimulante par l'activité du S. R. E., et ont plusieurs indications en odonto-stomatologie : injection révulsive et modificatrice, pâte à canaux, pansement dentinaire (ciment d'obturation de protection), gaze antiseptique pour drainage des plaies, badigeonnage.

Il nomme certains de ces médicaments utilisés à cet effet et suit alors leur étude pharmacologique et pharmacodynamique.

*Argumentateurs* : M. le Docteur BERNARD, M. le Docteur WATRY et M. FOURQUET.

John CEULEMANS (*Anvers*). — **Trois variétés d'accidents de dents de sagesse supérieures incluses. Un accident de dent de sagesse inférieure.**

PREMIER CAS. — Accidents de la dent de sagesse supérieure gauche.

*Avec lésions muqueuses* : L'état de l'inflammation s'explique comme suit : les parcelles alimentaires et les micro-organismes ont pénétré dans le cul-de-sac rétrodentaire, qui, lui, était en communication avec la cavité péri-coronaire, d'où péri-coronarite.

DEUXIÈME CAS. — Accident de la dent de sagesse supérieure incluse.

*Avec lésion nerveuse* : Accident par compression, dent incluse mal évoluée, n'étant pas en communication avec la cavité buccale, provoquant des douleurs par poussées, pas de lésions inflammatoires ; après l'extraction, guérison complète.

TROISIÈME CAS. — Accidents causés par une dent de sagesse supérieure incluse, n'étant pas en communication avec la cavité buccale.

Lésions nerveuses : névralgiques, réflexes.

Dent située très haut, complètement incluse dans l'os, dans la bouche aucun symptôme inflammatoire. Pendant l'opération, l'auteur eut la surprise de trouver du pus dans la cavité péri-coronaire. D'où est venue cette infection ? Il pense que ce cas justifie une discussion.

QUATRIÈME CAS. — Dent de sagesse inférieure mal évoluée.

Un fait pratique rare ; dent de forme et de position très particulières.

*Argumentateurs* : M<sup>lle</sup> L... (Paris), M. le Docteur H. CHENET, M. le Docteur WATRY, M. le Docteur BÉRO et M. FOURQUET.

C. P. TACAÏL (*Paris*). — **Canines incluses et état général. (Observation clinique).**

Dans ce travail l'auteur confirme par la présentation technique ce qu'il a plusieurs fois écrit :

« Les dents incluses : canines, prémolaires, incisives, sont généralement la conséquence de malocclusions non traitées, d'enfants mal surveillés pendant l'évolution des dents permanentes, etc... »

En tout cas, à part de très rares exceptions, les dents incluses relèvent d'un traitement orthodontique et non de l'extraction. »

Par une série de clichés, il nous montre le traitement d'une canine incluse placée en pleine voûte palatine, transversalement et au niveau des apex des incisives.

La deuxième partie de son exposé est l'observation clinique d'une malade à état général très compromis et rendue à la santé parfaite à la suite d'un traitement de dent incluse. L'auteur tire des conclusions d'ordre sympathico-thérapique.

*Argumentateur* : Docteur WATRY.

M. FOURQUET Elie (*Paris*). — **Détermination en direction des forces inter-dento-ligamento-maxillaires, d'après la morphologie des dents et les lois de mécanique rationnelle par la théorie des résultantes des forces concourantes composées.**

Les forces qui entrent en jeu dans l'équilibre inter-dento-ligamento-



maxillaire sont d'ordre à la fois biologique, physiologique et mécanique. Elles ne peuvent être déterminées qu'en direction seulement, car leur intensité, quelle que soit la précision des appareils dynamométriques décrits, ne peut être mesurée au sens mathématique du mot, du fait : 1° que leur nature, en partie biologique, échappe aux rigueurs analytiques de la mécanique pure (Housset) ; 2° qu'il existe une grandeur difficile à mesurer : le coefficient de résistance du ligament, par suite de l'impossibilité d'en déterminer la limite d'élasticité (Fourquet).

L'auteur divise son travail en cinq grands chapitres : 1° *Considérations générales* ; 2° *Détermination des forces au cours de la mutation dentaire* ; 3° *Détermination en direction des forces dans l'équilibre bio-physio-statique* (occlusions inter-monocuspides, inter-bicuspidées et inter-multi-cuspides ; cas de carence distale pour les dents de sagesse et de carence occlusale dans les cas de béance) ; 4° *Détermination en direction des forces dans l'équilibre bio-physio-dynamique* (cinématique mandibulaire, acte incisif et acte triturant, avec description des différents couples : couple moteur levier dento-alvéolaire et couple résistant élastique ligamentaire), et enfin, 5° *Détermination en direction des vecteurs forces de rupture de l'équilibre bio-physio-mécanique inter-dento-ligamento-alvéolaire*.

L'auteur appuie sa démonstration par la présentation de plusieurs tableaux muraux comportant toute une série de constructions géométriques basées sur la morphologie propre à chaque dent et sur les lois de la mécanique rationnelle.

*Argumentateur* : M. Georges VILLAIN.

Roger FRAENKEL (*Paris*). — **L'équilibre proximal des dents dans les travaux à pont.**

L'idée générale développée au cours de cette communication est, d'une part, l'étude des mouvements proximaux de dents et des éléments qui concourent au maintien de cet équilibre, et, d'autre part, l'application de ces connaissances dans les travaux à pont.

La première définition à connaître, avant tout exposé, est celle que nous devons donner à cet équilibre proximal. L'auteur entend par équilibre proximal des dents :

« Un état de repos de l'organe dentaire, sollicité à l'état statique ou dynamique, par des forces physiologiques normales et contraires en direction et intensité ».

Après avoir envisagé l'équilibre statique de la dent, l'auteur s'autorise à dire :

1° Toute dent a une tendance à s'incliner pathologiquement et exclusivement, dans le sens de son orientation anatomique primitive.

2° Cette orientation sera plus marquée : a) si le centre de gravité de la dent est plus haut ; b) si la courbe sagittale de l'arcade est plus accentuée ; c) si le polygone de sustentation est étroit.

3° La dent aura comme centre de rotation, dans cette version, un axe propre à ce mouvement et différent du centre de gravité de la dent. Ce point sera l'apex.

De ce qui précède, il résulte que :

Le tissu osseux est le seul élément de la dent, à l'état statique et dynamique, et que les sangles musculaires, lèvres, langue, joues, ne concourent en rien, quant à l'équilibre dentaire, en général.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur rappelle que nous ne devons pas ignorer certaines lois inhérentes aux réactions de la matière organique et pouvant résulter des constructions prothétiques que ce tissu est à même de supporter (Sir Jagadin Chunder, P. Housset). Enfin, suivant les lois de BOSE et LORES, l'auteur traite des indications et contre-indications du bridge fixe latéral pour les différents types d'individus aux différentes formes d'arcades dentaires : 1<sup>o</sup> bridge fixe à points d'appui perpendiculaires à la surface d'occlusion ; 2<sup>o</sup> bridge avec piliers obliques dans le sens vestibulo-lingual ; 3<sup>o</sup> bridge avec pilier oblique au plan occlusal dans le sens mésio-distal ; 4<sup>o</sup> bridge avec points d'appui obliques au plan occlusal dans le sens mésio-distal, mais non parallèles dans le plan occlusal.

L'auteur appuie sa démonstration de nombreux dessins muraux.

*Argumentateur* : M. FOURQUET.

**Docteur ACKERMANN (Genève). — Conclusions théorico-pratiques concernant les travaux de prothèse complète.**

La Section de prothèse complète de la F. D. I. a remporté un incontesté succès. Les travaux présentés semblent cependant avoir montré quelque confusion dans leurs prétentions théoriques et pratiques et c'est ce qui empêche l'établissement de conclusions générales pouvant donner une certaine satisfaction aux praticiens non spécialisés. D'après l'auteur, le problème de l'articulé dentaire doit être divisé en deux parties bien distinctes : 1<sup>o</sup> la *partie théorique*, et 2<sup>o</sup> la *partie des applications pratiques*. Tous les travaux présentés au dernier Congrès de la F. D. I. peuvent se ramener en ce qui concerne l'articulé à quatre conceptions : 1<sup>o</sup> la *théorie des figures*, exemple : la théorie de la sphère, Monson, Wadsworth, Villain, etc. ; 2<sup>o</sup> la *théorie mécanique*, Schröder, Luce, Eichentopf, Darcissac, etc. ; 3<sup>o</sup> la *théorie géométrique*, Gysi, etc. ; et 4<sup>o</sup> la *théorie mathématique*, Hanau, Luth, etc.

Ces théories marquent les phases de l'évolution des études de l'articulé qui passent de l'étude de la forme extérieure de la surface articulaire à l'étude scientifique des mouvements et de l'équilibre pour aboutir aux calculs et aux mesures des différents facteurs de l'articulé. L'étude de l'articulé est donc passée de la phase élémentaire à la phase complexe.

Les dernières recherches ont prouvé que l'articulé est intégralement dynamique. Il convient donc de rétablir l'articulé de l'édenté topographiquement et dynamiquement, d'où nécessité évidente des études mécaniques, géométriques et mathématiques. L'articulé n'est qu'un des facteurs du problème des dentiers complets et il n'est dans le pouvoir d'aucune méthode d'articulé et d'aucun articuleur d'assurer automatiquement la tolérance, la puissance fonctionnelle et l'esthétique des prothèses. Ces prétendues qualités qu'on peut lire dans certaines brochures conduisent à la déception, retardent le progrès, parce qu'elles nuisent à l'objectivité professionnelle. La méthode des figures a marqué un grand progrès dans la pratique, cependant

ce sort les méthodes géométriques, mécaniques et mathématiques qui semblent devoir faire avancer la science prothétique. La méthode géométrique est certainement la plus intelligible et la plus indispensable ; il est donc à souhaiter qu'elle soit, avec les applications mécaniques, à la base de l'enseignement de la prothèse ; car la théorie mathématique, qui est le complément de la théorie géométrique, est encore trop récente et la profession ne semble pas encore prête pour l'assimilation mathématique.

*Argumentateurs* : MM. Georges VILLAIN et FOURQUET.

Georges VILLAIN (*Paris*). — **Rétention, articulation et stabilisation des prothèses amovibles.**

Trois problèmes généralement envisagés séparément alors qu'en réalité ils sont étroitement liés.

La stabilisation statique est liée au problème de la rétention dont elle forme un élément. Chez l'édenté partiel la stabilité statique dépend en partie du nombre et du siège des ancrages, chez l'édenté total elle dépend de l'étendue de l'appareil et de la forme des crêtes qu'il recouvre.

De même la stabilité dynamo-cinétique constitue un des éléments du problème de l'articulation des prothèses, étant donné que c'est la valeur fonctionnelle des dents antagonistes, l'étendue et l'inclinaison de leur plan occlusal qui doivent déterminer la répartition des pressions exercées sur la prothèse et transmises par celle-ci aux tissus ou organes sur lesquels elle s'appuie. L'étendue de la surface portante d'une prothèse doit donc être fonction de l'articulation.

S'il convient de différencier le maintien d'une prothèse, c'est-à-dire sa rétention ou ancrage (équilibre statique) du support ou appui de cette prothèse (équilibre dynamique), la stabilisation dépend à la fois de l'un et l'autre de ces éléments.

Dans la conception d'une prothèse amovible, il est nécessaire d'étudier d'abord les conditions à remplir pour obtenir un bon rendement fonctionnel avec le minimum de fatigue pour les tissus ou organes empruntés comme support ou comme appui.

Des conditions fixées par le dynamisme individuel dépendent l'étendue et la forme de la plaque, la répartition et le nombre des ancrages nécessaires, la disposition à donner aux dents antagonistes pour équilibrer les pressions et les répartir suivant la valeur fonctionnelle des dents remplacées et de leurs antagonistes sur une surface d'appui assurant la stabilité dynamique.

*Argumentateur* : M. le Docteur ACKERMAN.

Docteur H. CHENET (*Paris*). — **La prothèse pneumatique** (v. p. 624).

J'ai eu souvent l'occasion de parler de la « bride cicatricielle utile », au cours de mes communications antérieures. Les appareils que j'ai construits et appliqués après des blessures de guerre, dans des tissus lésés, mais sains, ne sont pas toujours indiqués pour nos restaurations prothétiques actuelles qui doivent entrer en contact avec des tissus, sinon malades (syphilis, tuber-



culose, cancer), du moins sur des individus dont la mutilation est la suite des lésions tissulaires profondes.

Au lieu des appareils durs, soit métalliques, soit de caoutchouc vulcanisé, soit de caoutchouc vela (très mauvais et à rejeter complètement), soit de gutta ou de toute autre substance similaire, j'ai tenté l'application d'appareils pneumatiques, en feuille anglaise très souple, et gonflés comme une chambre à air de vélo. Cette poche à air, modifiable au gré du chirurgien et du patient, permet de donner aux tissus un guide extrêmement doux, sur lequel se modèle la cicatrice en vue de son utilisation ultérieure pour le maintien et la tolérance de la prothèse définitive. Aucune irritation ne se produit au contact de ces appareils qui permettent le retour à la « prothèse immédiate », inventée par Claude Martin, et que les chirurgiens avaient abandonnée, lui attribuant des récidives ou des infections dont elle n'était du reste pas toujours responsable ?

La prothèse pneumatique, d'autre part, permet l'application et le maintien facile du radium dans les cavités difficilement accessibles.

**Docteur SOLAS (Paris). — Montage rapide de gouttières pour contention de fractures du maxillaire inférieur.**

Il importe de pouvoir immobiliser rapidement un maxillaire fracturé ; le bien-être du patient et sa guérison ultérieure dépendent de cette immobilisation précoce.

Une entente est nécessaire sur la systématisation des procédés de contention.

L'auteur utilise une gouttière très ajourée fixée au moyen de pointeaux.

La construction de cette gouttière a été minutieusement étudiée de façon à rendre le plus simple possible toutes les opérations.

Les matériaux mis en œuvre consistent en fils et plaques que l'on trouve couramment dans le commerce.

Le montage d'une gouttière à l'aide des matériaux dont il vient d'être parlé est, lui aussi, rationalisé afin d'éviter toute perte de temps.

Le résultat de cette étude est qu'en suivant les indications de l'auteur, un blessé peut être appareillé en quatre heures environ.

Il est très important de remarquer qu'il ne s'agit pas d'un appareillage d'urgence, mais d'une immobilisation avec réduction en position anatomique, c'est-à-dire qu'en quelques heures le blessé est doté d'un appareil qui dans la très grande majorité des cas doit le conduire jusqu'à la guérison.

Le prix de revient des gouttières proposées par l'auteur est très réduit. Avec les moyens actuels, achat de fils, plaques, pointeaux, etc., par petites quantités chez des revendeurs, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions au point de vue commercial, une gouttière revient à environ un franc cinquante, main-d'œuvre non comprise.

Cette considération est des plus importantes pour les services publics dont les dotations sont toujours limitées.

*(Le Docteur SOLAS illustre sa communication par une série de tableaux muraux et une grande quantité de moulages avec gouttières ayant servi à des blessés de la Grande guerre.)*

Docteur DE COSTER (*Bruxelles*). — **Des données récentes relatives aux problèmes du traitement orthodontique.**

Après des considérations générales, le Docteur De Coster constate que le problème du traitement orthodontique est, surtout depuis Mershon, plus biologique que mécanique. Il envisage et énumère ses différents aspects : 1<sup>o</sup> la question des forces ; 2<sup>o</sup> l'ancrage ; 3<sup>o</sup> l'âge ; 4<sup>o</sup> la durée du traitement, et développe ensuite chacune de ces questions.

Il cite les travaux de Standsted sur l'influence des forces sur le tissu osseux, les travaux similaires d'Oppenheim ; Appleton, d'Angle, de Ketcham, Oppenheim, Gubler, sur la résorption radiculaire, Gottlieb, Orban et Schwarz (concluant qu'une force qui dépasse 20 gr. est nuisible). L'auteur résume ensuite la question des forces ; et pour l'ancrage, préconise plusieurs moyens.

Pour l'âge, il pense que le traitement le plus efficace sera celui qui marchera parallèlement à la croissance et de le commencer aussitôt le diagnostic établi.

La durée du traitement sera variable suivant la rapidité de réaction et de transformation chez des individus différents, à malformations différentes, à rendement physiologique différent. Il conclut que le plus grand problème du traitement reste la connaissance exacte des lésions en cause.

*Argumentateur* ; M. le Docteur WATRY (*Bruxelles*).

Docteur F. WATRY (*Anvers*). — **Orthophonie en orthopédie maxillo-faciale.**

L'auteur s'est intéressé à étudier les *dyslalies* (troubles de la parole d'origine périphérique), dans leur rapport avec les dysmorphoses maxillo-faciales ; ainsi que les moyens d'intégrer leur correction dans la thérapeutique et la pratique journalière. Il s'appuie pour cette étude sur les travaux du Docteur De Parrel, qui donne une classification très claire des troubles de la voix et de la parole en les divisant en troubles périphériques et centraux.

De cette importante documentation et de nombreuses observations sur les enfants, deux types de dysmorphiques ont paru présenter à l'auteur, des dyslalies bien déterminées : 1<sup>o</sup> les glossoptosiques ; 2<sup>o</sup> le type adénoïdien.

La thérapeutique s'inspire des principes de la rééducation, basés sur une connaissance approfondie de la phonétique (De Parrel). Ces exercices, constate le Docteur Watry, présentent une analogie avec ceux préconisés par les orthopédistes maxillaires partisans des méthodes physiothérapiques.

H. VILLAIN (*Paris*). — **Hygiène de l'enfance. Le suçage du pouce** (v. p. 628).

Dans un but de vulgarisation, pour l'hygiène de l'enfance, M. Henri Villain rappelle la nocivité du suçage du pouce, habitude vicieuse (comme la sucette), empêchant le développement normal du diamètre des arcades dentaires, et partant, de la respiration bucco-pharyngée, si importante pour l'avenir. Il importe d'agir aux premiers symptômes, en attachant le bras de l'enfant, par un petit cordon cousu à la manche de la brassière, et que l'on noue à un ruban mis autour du lange. En quinze jours, au maximum, l'en-

fant aura perdu cette mauvaise habitude, et la maman aura fait son devoir de prévoyance.

Puisse l'auteur être compris, pour l'avenir de la race.

*Argumentateur* : M. le Docteur WATRY.

Docteurs DUFOURMENTEL et M. DARCISSAC (*Paris*). — **Correction du rétrognathisme inférieur.**

MM. Dufourmentel et Marcel Darcissac (de Paris) montrent le procédé qu'ils emploient actuellement pour lutter contre l'atrophie mandibulaire, consécutive aux ankyloses. Le premier temps représente naturellement la levée de l'ankylose. Celle-ci obtenue, dans un second temps ils avancent la mandibule par une traction intermaxillaire, en même temps qu'une volumineuse interposition cartilagineuse s'oppose au recul de la partie articulaire du maxillaire. Enfin une correction plastique de la saillie mentonnière complète ultérieurement dans toute la mesure du possible l'effacement toujours très marqué de cette saillie.

L'appareil de traction orthopédique qui doit permettre l'application d'une forte traction élastique est préparé et posé avant l'intervention, il doit être solidement ancré aux deux arcades à l'aide de coiffes métalliques scellées et de vis interdentaires ; un double dispositif de blocage et de mobilisation permet l'immobilisation du maxillaire inférieur pendant un mois environ une fois la réduction obtenue et sa mobilisation secondaire par adjonction simple des tiges métalliques extra-buccales. (Appareil de Marcel DARCISSAC.)

M. VERCING-LAPIERRE (*Lyon*). — **Quelques cas de prothèses faciales articulées.**

La légèreté de l'acétate de cellulose, jointe à ses autres qualités, commande son utilisation pour les prothèses maxillo-faciales.

1° Sa densité est de 1,33 ; 2° ce produit n'irrite pas les tissus sous-jacents ; 3° il est ininflammable ; 4° sa résistance à la traction est de quatre Mg au mm<sup>2</sup> ; 5° il offre une élasticité convenable ; 6° il est inaltérable par les intempéries ou les produits usuels.

Le masque « acétate de cellulose » est relié à la monture de lunettes par un ressort en acier inoxydable qui prend son premier point d'appui sur la prothèse à l'aide d'un tube, d'une œillère, ou d'une ganse en acétate de cellulose ; son deuxième point d'appui, sur la monture de lunettes, par l'intermédiaire d'un tube métallique, dans lequel il coulisse librement, et dont les mouvements sont limités à ceux qui sont utiles. Les mouvements nuisibles sont éliminés par un blocage approprié.

(L'auteur illustre sa communication par des projections de photos en couleurs.)

Docteur E. J. VAN DEN BERG (*Hollande*). — **Préparation simplifiée des cavités pour inlays, au point de vue histologique.**

En rappelant les travaux histologiques de Fish sur la dentine, l'auteur insiste sur la nécessité de traiter les caries dès leur début. En plus de l'exa-



men clinique, souvent incomplet, il trouve indispensable la méthode radiographique de Raper pour déceler les caries et envisage de cette manière prophylactique la simplification de la préparation des cavités, en réduisant les traitements des canaux radiculaires.

(Travail non présenté par l'auteur excusé.)

Docteur L. FRISON et M<sup>lle</sup> GUÉRICOLAS (Paris). — **La haute fréquence dans la pyorrhée alvéolo-dentaire.**

Après dix années d'expérimentation, à l'Ecole Odontotechnique de Paris, les auteurs apportent les résultats de nombreux traitements de la pyorrhée, par les courants de haute fréquence (d'Arsonval). Les appareils à éclateur et à lampe triode leur ont permis les applications suivantes : *Applications d'intensité* (diathermie et diathermo-coagulation). *Applications de tension* (effluation) ; *Phénomène spécial* (bistouri diathermique). Ils ont toujours constaté une amélioration et apprécié l'action, à la fois analgésique, bactéricide, vitalisante et réparatrice des courants de haute fréquence.

Argumentateurs : MM. NIVARD et HUET.

René JACCARD (Genève). — **Nécessité d'une association pour les recherches sur la paradentose.**

Les travaux de la Section « Pyorrhée alvéolaire » du VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international (Paris 1931) démontrent à l'évidence que le *terrain* (c'est-à-dire l'état général) est d'une responsabilité primordiale dans l'étiologie de ce genre de maladie.

Les idées nosographiques que nous en avons ne sont pas claires, la terminologie variant d'un pays à l'autre.

La médecine générale doit connaître l'importance du syndrome « paradentose », l'odontologie la fréquence deutéropathique des paradentoses.

*Ipso facto*, une collaboration des médecins et des dentistes est nécessaire, de même que l'union des chercheurs de tous pays.

L'Association pour les recherches sur la paradentose, ARPA, ne doit pas être seulement nationale, mais *internationale*. Les premiers jalons sont posés.

(Travail présenté par le Docteur Charles YUNG au nom de l'auteur excusé.)

E. NIVARD (Paris). — **L'action thérapeutique des radiations des arcs polymétalliques dans les affections bucco-dentaires.**

Après les considérations générales sur les appareils producteurs de rayons U. V., — lampes à vapeur de mercure, — arcs à électrodes métalliques, — l'auteur décrit les arcs polymétalliques auxquels il donne sa préférence.

« La qualité de l'émission d'U. V. de ces arcs varie avec la composition des électrodes et l'on peut, en la modifiant, transformer dans des proportions considérables son action thérapeutique. En outre, en employant des écrans ou des solutions salines appropriées pour filtrer les radiations émises par ces

arcs on peut en éliminer une partie et utiliser seulement des bandes de longueurs d'ondes appropriées, I. R. et U. V. longs ou courts. »

Les indications thérapeutiques sont celles des I. R. et U. V. : arthrites et arthralgies, ulcérations, plaies atomes, pyorrhée, adénopathies, ostéites, trismus, blanchiment des dents, brides cicatricielles, etc... L'auteur conclut : en résumé, les arcs polymétalliques peuvent non seulement remplacer les lampes à vapeur de mercure, mais encore, ils présentent la supériorité de pouvoir à volonté, soit par la composition des électrodes, soit par filtration, modifier dans une plus large mesure la qualité de l'émission.

*(L'auteur illustre sa communication par de très intéressantes images spectrales et de nombreuses projections.)*

Docteur CAUMARTIN (Lille). — **Chirurgiens-dentistes et stomatologistes**

« Si nous appelons journellement la collaboration du médecin, du chirurgien, du laryngologiste, de l'ophtalmologiste, la réciproque est moins vraie et le retard de notre intervention a modifié le résultat du traitement. »

L'auteur cite les indications les plus fréquentes en médecine générale, en chirurgie, en oto-rhino-laryngologie.

Il rappelle les observations de MM. Moutier, Vincent, Tellier et Beyssac, et conclut : le remède est, à notre avis, dans l'amélioration des études odontostomatologiques pour les médecins, et dans la collaboration de tous les centres d'enseignement pour la formation des spécialistes.

*(Travail non présenté par l'auteur excusé.)*

M. A. MARMASSE (Paris). — **Affections oculaires d'origine dentaire.**

Nous relatons trois observations prises dans notre clientèle, les seules que nous possédions d'ailleurs, de lésions infectieuses oculaires d'origine dentaire.

1° Un cas d'iritis datant de trois mois, guéri en quarante-huit heures par intervention dentaire (granulome causal).

2° Un cas d'iritis datant d'une semaine, guéri en vingt-quatre heures (granulome causal).

3° Un cas de kératite datant de trois semaines, guéri par intervention dentaire (pyorrhée causale).

Dans ces trois observations la preuve de l'origine dentaire semble absolue. Le traitement a été couronné de succès, après échec de la thérapeutique instituée par l'ophtalmologiste.

Dans les trois cas : homolatéralité des lésions dentaires et oculaires.

Dans les trois cas : les dents causales sont des prémolaires supérieures.

Les praticiens de l'art dentaire en France songent aux lésions oculaires d'origine dentaire. Les ophtalmologistes français semblent vouloir les ignorer (les ouvrages les plus modernes, véritables encyclopédies de la spécialité n'en font même pas mention).

Dentistes et ophtalmologistes américains ont une littérature abondante sur ce sujet, ils y trouvent une justification de la théorie de la « focal infection ».

Nos modestes observations nous inclinent à préférer l'explication pa-

thogénique des lésions oculaires, par le transport direct des germes par voie sinusale antérieure.

*Argumentateurs* : MM. SEIMBILLE et FOURQUET.

Docteur J.-T. QUINTERO (*Lyon*). — **Précautions à prendre avant, pendant et après les interventions sanglantes intra-buccales et plus particulièrement les extractions.**

L'auteur met en relief les principaux points des précautions à prendre dans nos interventions sanglantes.

*Avant l'intervention* : Stérilisation parfaite du matériel opératoire, solutions anesthésiques et pansements.

*Pendant l'intervention* : Eviter la salive, suture des plaies après alvéolotomie étendue.

*Après l'intervention* : Il souligne l'importance des soins post-opératoires, par l'action bienfaisante des bains chauds antiseptiques.

(Travail présenté par M. M. RATON, au nom de l'auteur excusé.)

*Argumentateur* : M. M. SAPET.

Docteur SCHINDLER (*Berne*). — **La carie des racines et la radiographie dentaire.**

La radiographie est indispensable pour déceler la carie des racines, en distinguer les différentes formes et discerner le degré et l'étendue de la destruction des tissus bien exactement. L'auteur appuie sa communication de projections de clichés radiographiques.

(Travail non présenté par l'auteur excusé.)

Docteur BOULAND et R. SUDAKA (*Paris*). — **Contrôle radiographique des affections focales et alvéolaires.**

Ces auteurs n'ont pas eu dans leur étude l'intention de se livrer à une mise au point concernant les infections péri-apexiennes et alvéolaires en général, mais ils se sont efforcés d'établir une corrélation, une zone de démarcation précise des divers aspects radiologiques de ces lésions, afin d'orienter les praticiens.

Ils passent tout d'abord en revue les différentes théories émises tant au point de vue clinique anatomo-histo-patholo-radiologique, que sur les infections péri-apicales, théories qui ont été l'objet de plusieurs rapports et communications plus particulièrement au cours du dernier Congrès (VIII<sup>e</sup> Congrès international, Paris 1931).

1<sup>o</sup> Ils constatent que, malgré l'abondance de la littérature, les éléments de coordination, de juxtaposition entre la clinique et l'aspect radiologique des lésions focales n'ont pas été suffisants ;

2<sup>o</sup> Qu'au point de vue pédagogique pur, ces lignes de démarcation dans un but de précision entre le traitement médicamenteux et le traitement chirurgical n'ont pas été assez démontrées ;

3<sup>o</sup> Qu'il est résulté de cette absence de précision une systématisation en faveur de la résection qui fut la règle, le « primum movens » pendant plusieurs années (Théorie de l'épithelmo-conjonctif concernant le granulome).



Ce problème étant posé, les auteurs attribuent ce manque de précision à l'insuffisance de classifications tenant compte, à la fois, et de l'aspect radio-pathologique et des signes cliniques.

A la suite de leurs recherches, ils n'ont pu retenir que la classification de Crâne (rapportée par Lubetzki) qui, au point de vue pratique, est considérée jusqu'à ce jour comme la seule pouvant leur servir de point de départ pour le sujet qu'ils se sont proposé d'étudier.

Après avoir rappelé à titre d'indication quelques conseils d'ordre technique concernant la prise des films, avant, pendant et après le traitement, M. le Docteur Bouland et M. René Sudaka présentent à l'appui de leur argumentation des radiographies et schémas tendant à préciser ainsi les points de démarcation entre le traitement médicamenteux et chirurgical.

*(Travail non présenté par les auteurs excusés.)*

**J. GUINAT (Paris). — De la psychotechnie et de la psychopédagogie comme fondements de la propagande d'hygiène dentaire.**

Cette étude constitue la troisième phase d'un très long travail sur la propagande d'hygiène dentaire. L'auteur résume ses travaux antérieurs et ouvre aujourd'hui un quatrième chapitre non moins important, comme l'indique le titre de sa communication. Il développe longuement ce dernier (quelques principes) :

« Ayant donné la prédominance à l'idée de propagande (attaquer avant le mal), et tenant compte de l'étiologie de la carie et des données embryologiques, notre action doit porter avant tout chez les femmes enceintes, chez les pré-scolaires, chez les scolaires.

Etablir des leçons d'hygiène dentaire type (en ordre progressif, c'est-à-dire fonction âge et milieux sociaux) ».

L'auteur conclut : nous avons tenu nos promesses, non seulement nous avons donné une prédominance à l'idée de propagande, mais nous avons systématisé nos méthodes.

*Argumentateurs : M. le Docteur WATRY et M. FOURQUET.*

**II. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.**

**M. DE VRIENDT, professeur à l'Ecole dentaire belge (Bruxelles). — Présentation d'un nouvel articulateur physiologique.**

Le nouvel articulateur de de Vriendt a été spécialement étudié pour monter les dentiers d'après la méthode exposée par l'auteur au Congrès dentaire international de Paris. Il a été conçu de façon à présenter un articulateur à un prix abordable et permettant de monter les dentiers suivant les différentes méthodes classiques.

Il est du type à trois points d'appui :

Le point d'appui antérieur, formé par une tige est fixé à la branche inférieure et vient se poser sur un plan à inclinaison variable se trouvant à la partie antérieure de la branche supérieure et formant corps avec cette branche. En rehaussant ou abaissant l'articulation cette tige reste toujours au centre du plan incliné, grâce à son inclinaison.

Les deux appuis postérieurs sont formés : 1° par deux demi-sphères, situées à la partie postérieure de la branche inférieure ; 2° par deux capsules, simulant les cavités glénoïdes, dans lesquelles s'engastrent les demi-sphères précédentes, et servant de guide aux mouvements à la fois d'ouverture, de propulsion et de diduction. Ces mouvements se font à des angles moyens fixes.

Les appuis postérieurs se trouvent donc à l'emplacement des condyles mêmes et permettent d'utiliser le plan incliné antérieur variable décrit plus haut, ce qui n'est pas possible avec un articulateur à trois points dont les appuis postérieurs se trouvent derrière l'emplacement des condyles.

Les deux branches de l'articulateur sont indépendantes l'une de l'autre, et permettent le démontage facile de celui-ci. En ouvrant l'appareil les cavités glénoïdes de la branche supérieure s'accrochent automatiquement aux demi-sphères de la branche inférieure formant les condyles.

MM. RATON et PIETROWSKI (*Lyon*). — **Emploi et utilité du mannequin propédeutique pour l'enseignement de la pathologie buccale.**

Le mannequin propédeutique « alias fantôme » employé à l'Ecole dentaire de Lyon, en plus des avantages incontestables qu'il procure pour l'enseignement de la technique dentaire, pour le plus grand bien des malades d'abord, des élèves ensuite (VIII<sup>e</sup> Congrès dentaire international), peut servir à l'enseignement « de visu » de la pathologie dentaire et buccale.

Les auteurs ont mis au point et présentent des plaques métalliques interchangeables, qui s'adaptent au crâne de leur mannequin et sur lesquelles ont été effectués des modèles en cire : reproduction de caries dentaires, d'une épulis (avant et après opération), etc...

M. CHARLIER (*Bruxelles*). — **Techniques nouvelles dans la pratique de l'acier inoxydable.**

1° *Technique des barres linguale et palatine.* — Le procédé est basé sur l'emploi de fils résistants de préférence des demi-joncs inclus entre la plaque-base et un renfort estampé, réunis par la soudure électrique dont le résultat permet d'obtenir des appareils peu encombrants et d'une souplesse insoupçonnée.

2° *Plaques adhérentes pour édentés complets de la mâchoire supérieure.* — La technique découle de l'utilisation d'une plaque-base de 20 ou 25/100 renforcée sur la crête alvéolaire par un cavalier au 30 ou 35/100; cette méthode a pour effet l'obtention d'une plaque favorisant les phénomènes de capillarité tout en élevant le coefficient de la limite élastique de la plaque sans déformation aucune.

3° *Soudure or sur acier.* — La technique a pour but de supprimer l'inconvénient de la conductibilité électrique de l'or en enrobant la pièce d'or à souder d'une feuille d'acier très mince au 5 ou 7/100 afin de l'associer alors utilement à la plaque-base en acier.

4° *Pince à courber sur champ les fils demi-joncs métalliques.* — La conception de ce dispositif a pour objet de faire disparaître les difficultés d'exécution des crochets demi-joncs et en particulier les crochets en acier inoxy-

dable. La pince présente sur les mors des gorges de calibres différents en forme de V permettant ainsi de maintenir les fils demi-joncs sur champ et de les courber par simple rotation.

5° *La soudure électrique intra-buccale.* — Les recherches entreprises dans ce domaine ont donné la faculté d'en montrer l'application pratique dans la bouche, sans inconvénient pour les muqueuses et pour les dents vivantes. Il est certain que le fait de pouvoir utiliser la soudure électrique intra-buccale permet d'entrevoir dans un avenir prochain la réalisation de conceptions qui jusqu'à ce jour ont paru chimériques.

R. C. VIEILLEVILLE (*Paris*). — **Bridges de porcelaine. Extension de l'emploi de la couronne Jacket.**

Il est possible en modifiant la technique de la couronne Jacket, de l'utiliser, soit comme pilier de départ d'un bridge fixe, soit comme pilier d'un bridge amovible.

Dans les deux cas, son avantage réside dans son invisibilité et dans son interchangeabilité. Qu'il soit bien entendu que le bridge, fixe ou amovible, n'est jamais entièrement en porcelaine, mais composé d'une partie visible entièrement de porcelaine, et d'une partie non visible qui est l'armature métallique. L'auteur conclut : nombreux sont les cas où le bridge s'impose et où notre patient exige la recherche d'une solution permettant un remplacement non apparent.

J. FILDERMAN (*Paris*). — **Procédé technique de construction et de stabilisation des couronnes métallo-céramiques avec ou sans tenon.**

La coiffe en métal avec facette porcelaine sans tenon nous ayant donné les meilleurs résultats, nous avons cherché à réaliser une coiffe métallo-céramique avec tenon, pour les dents antérieures ; car, cette coiffe sans tenon avec face porcelaine telle que nous l'avons décrite n'est applicable qu'aux petites et grosses molaires. Grâce à une mortaise rectangulaire proportionnée aux dimensions de la racine et qui est perpendiculaire à l'angle *cervico-axial*, on réalise un procédé de stabilisation des plus sûrs, qui permet d'obtenir une coiffe esthétique et solide, aussi bien comme pilier de bridge que comme dent isolée et cela sans affaiblir la racine par l'adaptation d'un pivot ordinairement utilisé.

La technique comporte les mêmes phases de travail que celle d'une couronne Richmond, avec cette différence, que la base de la coiffe, au lieu de présenter sur une coupe antéro-postérieure un seul angle comme dans la Richmond, en présente deux dont l'angle *cervico-axial* et que le pivot est remplacé par la mortaise rectangulaire. Cette mortaise réalise pour les dents antérieures la stabilité de la coiffe en profondeur de la même façon que le tubercule lingual l'assure pour les prémolaires en hauteur.

En résumé, la stabilité est réalisée par l'entre-croisement de trois plans parallèles aux trois axes de la dent et qui sont constitués par la mortaise et l'angle *cervico-axial*, qui s'entre-croisent.

Docteur J. ROSENTHAL (*Bruxelles*). — **Prothèse amovible unilatérale.**

Un des problèmes techniques les plus difficiles à résoudre dans la prothèse



dentaire partielle est celui où, en arrière de la canine et de la première ou de la deuxième prémolaires n'existe plus rien, l'autre côté du maxillaire envisagé étant intact. Afin de supprimer la barre palatine ou linguale qui, d'après l'auteur, encombre le patient et ne donne souvent qu'un appui précaire, l'auteur, après avoir essayé de nombreux modes d'ancrage qui ne lui ont pas donné satisfaction, a fait tirer une gaine à section carrée dans laquelle coulissera à frottement doux un fil de section carrée également. La partie jumelle est soudée à la face distale d'une couronne ou d'un inlay scellé au dernier point d'appui existant, en réservant du côté occlusal une hauteur suffisante pour des tubercules en métal coulé.

A la selle sont disposées les dents artificielles : la première de celles-ci est une dent métallique coulée, contenant la partie mâle de l'attachement.

Un crochet fil contourne la pénultième dent existante et contribue ainsi à la stabilité du dispositif. Dans les cas favorables ce crochet supplémentaire n'est d'ailleurs pas nécessaire.

M. FOURQUET Elie (Paris). — **Technique de la décortication.**

La décortication ou préparation du moignon constitue, dans la technique des couronnes et travaux à pont, l'opération préliminaire la plus importante, car c'est d'elle que dépendra l'adaptation parfaite des couronnes au collet — critérium physio-mécanique et prophylactique de la résistance des dents supports, et, partant, de la durée fonctionnelle de la couronne ou du pont.

Elle devra être exécutée d'après la progression suivante :

1<sup>o</sup> *Face triturante* (forme concave en vue de ménager une épaisseur suffisante de métal au niveau du point de rencontre des sillons). Le meulage en premier lieu de la face triturante permet surtout de supprimer les crêtes proximo-triturantes et d'éviter ainsi, au moment de la section du point de contact proximal, les échappées du disque pouvant léser les dents voisines ;

2<sup>o</sup> *Faces vestibulaire et linguale* (Respecter leurs formes au cours du meulage afin que la bande métallique puisse en reproduire les sillons correspondants).

Le meulage de ces faces permet de diminuer la courbure des bords proximaux ;

3<sup>o</sup> *Faces mésiale et distale*. Le meulage de ces deux faces se fait en deux temps : a) section au disque droit du point de contact proximal ; b) meulage en plan incliné à l'aide du disque courbe ;

4<sup>o</sup> *Angles distaux et mésiaux*. La préparation se fait en deux temps : a) meulage sur toute la hauteur extra-gingivale à l'aide de disques courbes petit diamètre, b) suppression de l'épaule sous-gingival avec le décortiqueur approprié ;

5<sup>o</sup> *Pourtour cervical sous-gingival*, à l'aide des décortiqueurs.

*Critérium.* — La décortication est considérée comme terminée, lorsque : 1<sup>o</sup> les parois ne présentent pas de ronde-bosse débordant, en projection, le pourtour cervical ; 2<sup>o</sup> le pourtour triturant, vu en projection dans le miroir à bouche, est plus ou moins inscrit dans le pourtour cervical suivant que le moignon doit servir à une couronne ou à un pilier de pont de plus ou moins grande étendue ; 3<sup>o</sup> la sonde n° 17 peut glisser le long des parois sans qu'elle

permette de déceler soit une dépression, soit un épaulement quelconque ; 4° le fil de laiton enserré fortement sous le collet gingival peut sortir aisément.

(Une série de tableaux muraux et moulages appuie la démonstration de l'auteur.)

M. FOURQUET Elie (Paris). — **Technique de la construction de la couronne métallique par la méthode de la bande à contours anatomiques.**

Cette méthode a pour but et avantages de construire une couronne de forme esthétique, reproduisant tous les caractères morphologiques de la dent naturelle et lui permettant de récupérer sa fonction physiologique. La bande métallique sera soudée bout à bout, par soudure autogène. Après avoir assuré successivement son *adaptation parfaite au collet sous-gingival* (1/2 mm.) et l'établissement de ses *points de contact proximaux anatomiques* (Black), on s'appliquera à reproduire les courbures horizontale et verticale des faces vestibulaire et linguale. Ces courbures, perpendiculaires l'une par rapport à l'autre, ont mêmes sommets et ceux-ci forment par leur ensemble, sur la demi-arcade vue de profil, une ligne courbe, partant et s'élevant progressivement vers le bord triturant de la canine à la dent de sagesse. Cette ligne courbe divise ainsi les faces vestibulaire et linguale en deux versants inégaux. La situation de ces sommets est plus près du bord triturant sur les faces linguales que sur les faces vestibulaires. Très peu marquées chez le brachycéphale, ces courbures sont au contraire très accusées chez le dolichocéphale. La méthode pour la reproduction de ces courbures sur la bande métallique consistera à découper aux ciseaux, sur ces deux faces, dans le sens trituro-cervical et sur toute la hauteur du versant triturant desdites courbures, une portion métallique triangulaire à base triturante et dont le sommet correspondra à celui de la courbure à reproduire. L'angle formé par les bords métalliques incisés doit être approximativement égal à celui que ferait un des côtés des courbures horizontale ou verticale avec celui qui est opposé, mais prolongé au niveau de leur point d'intersection. Il ne reste qu'à rapprocher à la pince les deux bords de l'incision, ce qui permet d'obtenir instantanément les deux courbures horizontale et verticale anatomiquement parfaites.

Cette méthode, toutefois, n'est pas applicable lorsqu'il s'agit de couronne sur dent courte. L'auteur poursuit ensuite, à l'aide de tableaux et de moulages, la démonstration de sa méthode pour la confection, de bout en bout, de la face triturante, soit par estampage ou par coulée directe, afin d'obtenir une couronne morpho-physiologiquement semblable aux dents voisines.

## GÉNÉRALITÉS SUR LA HAUTE FRÉQUENCE EN ART DENTAIRE

ROLE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS L'ART DENTAIRE.

Par le Dr P. BERTRAND.

(Communication à la Semaine Odontologique, 6-13 avril 1932)

Les agents physiques prennent de jour en jour une place importante dans la spécialité; les rayons de Roentgen, employés dans un but de diagnostic, constituent un moyen de traitement dont les indications sont actuellement bien précisées.

Le Radium est la thérapeutique de choix des affections néoplasiques.

L'Ionothérapie, nouvelle venue dans notre domaine, vient d'avoir sa technique magistralement brossée par la thèse de mon confrère le Dr Bernard.

La Haute Fréquence voit ses indications en stomatologie s'accroître chaque jour; je voudrais vous exposer quelques idées générales sur ses applications.

Permettez-moi d'insister à cette occasion sur la nécessité pour vous, Dentistes, d'être initiés à l'utilisation des agents physiques; et je pense rester dans mon rôle de médecin spécialisé, rompu depuis des années à leur technique, en vous apportant le fruit de mon expérience journalière.

*Historique de la H. F.* — C'est une découverte française due à l'éminent Professeur d'Arsonval, qui le premier l'appliqua à la médecine; Bordier, de Lyon, en a fait une magistrale étude dans son livre classique. Doyen, Keating-Heart ont précisé ses applications à la Chirurgie, Heitz-Boyer à l'Urologie, Roger Leroux à l'Oto-Rhino, Monbrun à l'Ophtalmo, Coustaing, Dechaume, Fieschi, M<sup>lle</sup> Guéricolas, à l'art dentaire.

En Allemagne, Mamlock, Feiler, les frères Flohr, Müller, Feiler, M. Münzesheimer, Henseler, Prinz, Kowarschik, Nagelschmits, etc., ont écrit d'intéressants mémoires.

Une distinction primordiale s'impose entre l'ionisation ou ionophorèse produite par un courant continu de faible voltage et de faible intensité, 40 à 50 volts sous 5 à 10 milliampères et la haute fréquence qui représente un courant périodique variant plusieurs centaines de milliers de fois par seconde.



*Définition.* — Les courants de haute fréquence sont des courants régulièrement variables dont les alternances se reproduisent plusieurs milliers de fois par seconde.

Il existe des courants de H. F. dits à ondes amorties et des courants de H. F. à ondes entretenues ; les premiers sont produits par des appareils à éclateurs, les seconds par des appareils à lampes.

Leur différence physique a comme corollaire une différence d'action biologique que nous étudierons ultérieurement.

Le courant sinusoïdal des secteurs (50 périodes par seconde) peut, dans certaines conditions, sous une faible intensité (quelques ampères) occasionner la mort. C'est un courant dit de basse fréquence.

D'Arsonval a montré que les courants qu'il nomma de haute fréquence étaient sans danger pour l'organisme et pouvaient devenir bienfaisants et curateurs des maladies.

Ces courants sont exactement les mêmes que ceux utilisés en télégraphie sans fil, ce sont des ondes hertziennes ; nous verrons ultérieurement que les progrès de la T. S. F. sont intimement liés à ceux de la diathermie. Ces deux branches de l'électricité ont bénéficié des mêmes progrès.

APPAREILS A ÉCLATEURS. — Tous les générateurs de courants de H. F. utilisés en médecine dérivent du montage type préconisé voici bien longtemps déjà par d'Arsonval.

Ils comportent :

1° *Un transformateur* destiné à élever la tension du réseau à quelques centaines de volts.

Ce transformateur peut être soit une bobine de Rhumkorff (transf. à circuit magnétique ouvert), soit, lorsqu'on fonctionne sur courant alternatif, un transformateur à circuit magnétique fermé.

Notons en passant que les appareils que vous employez, comme les appareils de radiologie, nécessitent du courant alternatif ; si vous êtes sur un secteur continu, il faudra transformer votre C. C. en C. A., à l'aide d'une commutatrice.

2° *Un ou plusieurs condensateurs.*

3° *Une bobine de self induction*, c'est-à-dire une spirale de fils de cuivre de gros diamètre.

4° *Un éclateur.* — Deux pointes métalliques séparées par quelques centimètres d'air.

Les fils d'utilisation sont issus de chaque extrémité de la bobine ou self.

Voyons schématiquement ce qui se passe dans un tel dispositif et le rôle de chacun des organes décrits.

Le transformateur élève la tension du primaire et induit dans le secondaire un courant de plusieurs milliers de volts; ce courant de haute tension charge les armatures des condensateurs.

Lorsque leur charge est suffisamment élevée, les condensateurs se déchargent et une étincelle bruyante jaillit entre les pointes de l'éclateur; cette étincelle représente des oscillations électriques qui développent dans le secondaire un courant de haute fréquence qui peut être utilisé à partir des extrémités de la self.

Les oscillations données par un appareil du type d'Arsonval constituent des trains à ondes d'amplitude décroissante: ce sont des ondes amorties; elles sont comparables aux vibrations en *decrecendo* d'un diapason que l'on fait osciller par un choc mécanique; ou encore aux oscillations d'un pendule dont le mouvement n'est pas entretenu.

Ces groupes d'ondes sont séparés par des périodes de silence; beaucoup plus longues dans le temps que les trains d'ondes eux-mêmes; on a pu les analyser physiquement par le procédé du miroir tournant.

Ce qui domine tout l'intérêt de la H. F., c'est la fréquence des vibrations; un appareil de bonne qualité fournit des trains d'ondes dont la fréquence est supérieure à 500.000, et une longueur d'onde inférieure à 600 mètres.

Le dispositif de d'Arsonval donne un courant H. F. dont les trains d'ondes ont une durée relativement courte par rapport aux périodes de silence, les effets de ce courant sont surtout des effets de tension; ils s'accompagnent, en outre, de sensations faradiques.

Pour obtenir des applications utiles, il faut tenter:

- a) de créer des oscillations peu amorties;
- b) de raccourcir les périodes de silence.

C'est surtout le rôle de l'éclateur qui est important, il doit tendre à donner des étincelles très nombreuses et très serrées, c'est pourquoi la décharge passe non plus entre des pointes (étincelles bruyantes et longues), mais entre des surfaces métalliques (étincelles à peine audibles et brèves).

On doit pouvoir régler la distance qui sépare les plaques de l'écla-

teur de façon à modifier le régime de l'appareil à volonté, suivant les applications que l'on veut entreprendre.

Le passage du courant entre les masses métalliques de l'éclateur s'accompagne d'un dégagement de chaleur, que l'on élimine en y adaptant un dispositif de refroidissement (ailette), en effet, les étincelles s'éteignent d'autant plus facilement :

- a) que l'éclateur est refroidi,
- b) que les étincelles jaillissent en des points différents des électrodes.

Les oscillations produites par le dispositif ci-dessus décrit sont pseudo-amorties, on peut les représenter par un schéma ; on voit qu'elles se produisent vers le sommet de la phase positive et négative de la sinusoïde.

La plupart des appareils existant actuellement en France sont du type à éclateur ; parmi les plus usités, signalons ceux de : Heitz-Boyer, Beaudoin, Bordier, Chenaille, Walter, etc...

Les constructeurs étrangers, allemands et anglo-saxons, mettent également sur le marché de très bons modèles.

Si l'on se propose d'obtenir plus particulièrement des effets de tension, il faut modifier le dispositif initial de d'Arsonval comme l'a indiqué le regretté D<sup>r</sup> Oudin (1892), en recherchant des effets de résonance électrique.

Quelques spires du solénoïde de d'Arsonval sont en relation avec un appareil producteur de H. F., immédiatement au-dessus d'elles se trouvent les autres spires de la self ; un curseur mobile C. permet de rechercher l'oscillation pour laquelle il y a résonance dans le circuit secondaire ; on obtient à l'extrémité du solénoïde une étincelle très fournie et très bruyante dont on peut utiliser les effets de tension ; l'étincelle est à son maximum lorsque l'on est en résonance.

En odonto-stomatologie, les courants de H. F. peuvent être utilisés avec les appareils que nous venons de schématiser.

Les applications de tension sont faites avec le dispositif d'Arsonval-Oudin : elles sont presque toujours unipolaires.

1<sup>o</sup> Si l'on approche de la peau d'un sujet une électrode à pointe reliée au résonateur et tenue à la main par un manche isolant, on voit apparaître, quand on se trouve à quelques centimètres du sujet, des effluves électriques visibles dans l'obscurité sous forme de lueurs violettes ; on dit que l'on fait de l'EFFLUVATION.

2<sup>o</sup> Lorsque l'électrode est très proche, l'effluve se condense en étincelles nourries et chaudes qui provoquent d'abord des zones de



vaso-constriction intenses, puis une coagulation des cellules, c'est LA FULGURATION.

3° Si le manche isolant supporte non plus une pointe, mais un tube de verre dans lequel on a fait le vide, le gaz contenu à l'intérieur du tube s'ionise et prend une coloration bleue ou mauve.

Les électrodes à vide du type Mac Intyre constituent l'application pratique du phénomène.

Ce sont des applications d'effluation avec électrode à vide.

4° Si la surface du réservoir en verre est creusée en cupule et contient un médicament, certains auteurs (Barail, Nieto, Joyeux) prétendent que le médicament pénètre dans les tissus, entraîné par l'effluve, c'est l'*electrosmose* qu'il faut bien distinguer de l'ionophorèse.

Les applications d'effluation pratiquées avec les nombreux modèles d'électrodes à main qui existent chez les constructeurs, permettent d'obtenir :

- a) un effet analgésique marqué ;
- b) un effet décongestif et révulsif ;
- c) les effluves dégagent de l'ultra-violet et surtout produisent de l'ozone en assez grande quantité, d'où leur action bactéricide.
- d) une action propre de tension.
- e) une action osmotique encore discutable.

Nous venons de passer en revue les appareils producteurs de courants à ondes amorties ; l'utilisation des perfectionnements apportés à la T. S. F. à la construction des lampes triodes a permis d'obtenir des appareils de diathermie à ondes rigoureusement entretenues ; ce sont ceux qui servent à alimenter le bistouri de haute fréquence.

Une image permet de soupçonner le rôle des lampes triodes dans la production des vibrations entretenues.

Un pendule abandonné à lui-même et écarté de son point d'attache décrit une série d'oscillations qui s'amortissent lentement dans l'air, rapidement dans un liquide, plus rapidement encore dans un liquide visqueux, glycérine par exemple. Si le pendule, battant dans l'air, comporte un ressort et un dispositif d'échappement, les oscillations sont dites entretenues ; en haute fréquence, la lampe à trois électrodes joue le rôle de l'ancre d'échappement et du ressort du pendule, elle entretient les oscillations électriques.

Les appareils à ondes entretenues, que l'on nomme encore appareils à lampe, ont l'avantage de donner un courant de diathermie rigoureusement constant, dépourvu de toute sensation faradique.

De plus, leur rendement est environ 50 % supérieur à celui des appareils à éclateur ; ils sont particulièrement indiqués dans les applications de section (bistouri diathermique).

Actuellement, la plupart de nos constructeurs ont équipé des postes à lampes : Beaudouin, Bordier, Chenaille, Walter, etc. Tous donnent, entre des mains habiles, d'excellents résultats.

#### CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES COURANTS DE H. F.

##### *(Diathermie médicale)*

Les courants continus ordinaires (C. C. de secteur, 110 volts sous quelques ampères), les courants alternatifs alimentant nos réseaux d'éclairage (100 volts, 50 périodes, 2 à 3 ampères) provoquent sur l'homme et les animaux des sensations douloureuses, des brûlures graves, des paralysies, parfois des accidents mortels.

Les courants de H. F. appliqués sur le corps par l'intermédiaire de surfaces sensiblement égales ne provoquent pas d'excitations des nerfs sensitifs ni moteurs ; ils ne sont pas perçus par l'organisme, ce qui ne veut pas dire que leur action physiologique soit nulle.

1° ILS ÉLÈVENT LA TEMPÉRATURE des tissus qu'ils traversent, ce sont des courants thermiques, d'où leur nom de courants de diathermie donné à l'une de leurs modalités d'application.

L'élévation de température est perçue par le patient, elle peut être très exactement mesurée avec des aiguilles thermo-électriques que l'on fait pénétrer dans les tissus ; il y a transformation directe de l'énergie électrique en énergie calorifique par effet Joule.

L'élévation de la température locale s'accompagne d'une dilatation vasculaire intense portant sur les artères, les veines, les capillaires et les lymphatiques ; la masse sanguine, échauffée et transportée par le torrent circulatoire dans l'organisme, explique la sensation de chaleur générale et la sudation abondante observées chez les patients.

2° *Ils ont une action inhibitrice* sur les nerfs sensitifs et moteurs, ils sont sédatifs, analgésiques et anti-spasmodiques ; ils amendent les douleurs locales et provoquent une sorte de détente générale de l'organisme qui favorise le sommeil et le repos.

3° SECONDAIREMENT, ILS AGISSENT SUR LA T. A., SUR LA RESPIRATION, ILS MODIFIENT LES ÉCHANGES :

a) Abaissement fréquent de la T. A., abaissement transitoire, parfois permanent après un certain nombre d'applications.

b) Augmentation de fréquence et d'amplitude des mouvements respiratoires.

c) Augmentation de volume des urines, avec élimination accrue des produits de déchet, de l'urée, de l'acide urique, des sels.

Les applications de la diathermie, très étendues en médecine générale, sont un peu limitées en stomatologie, mais il y a lieu de penser que les indications de cette méthode seront de plus en plus fréquentes.

Les algies, en particulier la névralgie du trijumeau, sont souvent améliorées.

On peut agir efficacement sur le trismus, les arthrites temporo-maxillaires, les périostites, les adénopathies cervicales et sous-maxillaires subaiguës, etc...

4° *Les courants de H. F. sont microbicides.* — L'on sait que la plupart des germes pathogènes sont détruits vers 35°-40°. Si l'on élève les tissus à une température de 40-45°, ce qui est relativement facile avec la diathermie, on constate une atténuation, souvent une destruction des microbes.

Ces faits ont été vérifiés expérimentalement (D'Arsonval : toxine diphtérique et pyocyanique ; Roucayrol et Charrier : bacille pyocyanique ; Roucayrol et Laqueur : gonocoque). Discussion de cette action, plutôt augmentation de l'activité des échanges locaux qu'action bactéricide vraie.

#### DIATHERMIE CHIRURGICALE

Si, au lieu d'appliquer sur les tissus des électrodes de même surface, nous nous servons d'une grande électrode et d'une très petite, une pointe, par exemple, la sensation calorifique est plus marquée sur la petite électrode, il se produit une véritable coction des tissus, une coagulation.

Cette technique, née dans la spécialité électro-radiologique, s'est rapidement étendue aux différentes branches de la chirurgie, sous l'impulsion de Doyen, de Keating-Heart, de Heitz-Boyer pour l'urologie ; de Roger Leroux pour l'oto-rhino, de Fieschi, Dechaume, pour la stomato.

La grande électrode, constituée par une plaque de métal, est dite électrode indifférente, elle est disposée sur une zone quelconque du corps ; la petite électrode est dite électrode active ; elle est placée sur la région à traiter et à son contact.

*Avec l'onde amortie de haute fréquence et de basse tension, il se pro-*



duit un effet thermique de coagulation d'où le terme justifié de diathermo-coagulation. L'aiguille servant d'électrode, en pénétrant dans les tissus, y provoque la formation d'un coagulum cellulaire plus ou moins étendu, qui peut atteindre plusieurs millimètres, détruisant en masse, dans toute la zone de densité du flux électrique, les cellules et provoquant ainsi l'hémostase immédiate, mais cette coagulation peut être suivie, dans les huit jours, de la chute d'une escarre, entraînant souvent une hémorragie, la couche profonde cellulaire n'ayant pas eu le temps de s'organiser et de constituer une couche réparatrice cicatrisante, capable de fermer les vaisseaux de la région opératoire. Cette méthode d'électro-coagulation est restée à peu près limitée à la destruction des petites tumeurs.

L'emploi des courants de haute fréquence à ondes entretenues a fait faire un progrès considérable à cette électro-chirurgie en mettant entre les mains de l'opérateur un instrument, tranchant aussi bien qu'un bistouri, bien qu'il ne produise que des effets coagulants extrêmement réduits.

En effet, l'onde entretenue, localisée par une électrode de très petites dimensions, comme une aiguille, provoque, au contact des tissus des phénomènes à éclatement et des dislocations cellulaires, dus à la production d'étincelles microscopiques qui agissent par effet mécanique. Suivant la vitesse avec laquelle est manié le bistouri de haute fréquence, on peut obtenir un effet prédominant, soit de section par éclatement cellulaire, soit de coagulation thermique.

En déplaçant lentement le couteau de haute fréquence, l'effet se rapprochera davantage de la diathermo-coagulation, obtenue par les courants, à ondes amorties.

D'après Heitz-Boyer, la zone de destruction mécanique et thermique atteint au maximum 600 à 800  $\mu$ . A côté de l'effet destructeur cellulaire, Heitz-Boyer et Champy, après Jellineck, ont constaté sur des coupes histologiques de tissus sectionnés en ondes entretenues, une zone immédiatement sous-jacente à la couche d'éclatement cellulaire et caractérisée par un aspect d'élongation des cellules, surtout de celles qui avoisinent les vaisseaux.

Mais la pratique chirurgicale des courants de H. F. a démontré l'intérêt qu'il y a à utiliser successivement ou simultanément, les ondes amorties et entretenues ; l'onde de section et l'onde d'hémostase.

Certains appareils à éclateur, construits par Walter, permettent d'obtenir, à volonté, les deux sortes de courants.

## APPAREILS. — CONDUCTEURS. — ÉLECTRODES.

Tous les appareils de diathermie sont constitués par une caisse en ébénisterie ou en métal et comportant un certain nombre de manettes et de prises de courant.

Une *prise de courant* reçoit le C. alternatif du secteur de ville ou le courant fourni par une commutatrice si l'on est sur C. continu.

Un *interrupteur général*.

Une *prise de courant accessoire* à laquelle aboutit le double fil d'un interrupteur à pied, ou pédale, permettant de couper rapidement le courant en gardant la liberté des mains.

Sur le dessus de l'appareil, un rhéostat permet de régler l'intensité du flux diathermique.

Au voisinage du rhéostat, l'éclateur permet, en modifiant le serrage des lames, à l'aide de deux boutons moletés, d'agir sur la fréquence des trains d'ondes.

Un milliampèremètre renseigne sur l'intensité du courant.

Les bornes de prises de courant reçoivent des conducteurs isolés spéciaux. Elles permettent :

- a) Les applications unipolaires d'effluviation et d'étincelage, faibles, moyennes ou fortes.
- b) Les applications de coagulation unipolaire.
- c) Les applications de coagulation bipolaire et de section.
- d) Les applications de diathermie pure.

Les fils qui partent de l'appareil comportent un haut isolement, en sorte que l'on peut les toucher sans danger au cours d'une application ; à chacune de leur extrémité est un dispositif de serrage automatique qui permet de les fixer à l'appareil ou d'y adapter les porte-électrodes appropriés.

Les *électrodes indifférentes* sont constituées par des plaques métalliques en plomb ou en étain dont la surface et la forme varient avec la région du corps à traiter ; pour éviter les brûlures, ces électrodes doivent être adaptées parfaitement à la peau et maintenues à l'aide de bandes.

Les *électrodes actives* sont en métal poli et peuvent s'encastrier solidement dans des manches porte-électrodes isolés, elles ont la forme de boules, d'aiguilles, suivant le résultat que l'on désire obtenir.

Dans les effets de section, on se sert d'une anse métallique en métal inoxydable que le courant transforme en un bistouri.

Nous avons dit un mot précédemment des électrodes à vide dont voici quelques modèles, mis à notre disposition par M. Walter.

Nous allons envisager rapidement, dans une vue d'ensemble, les différentes modalités d'utilisation des courants de haute fréquence.

1<sup>o</sup> *Applications de Tension.* — Elles sont données par les appareils à éclateurs comportant un résonateur de Oudin. Les tensions sont de l'ordre de 40 à 50.000 volts. Elles sont unipolaires.

La *Fulguration*, obtenue avec une électrode à pointe, a une action coagulante, elle a été utilisée dès 1909 par Keating-Heart et Doyen pour la destruction de petites tumeurs cutanées.

*Coustaing* l'a appliquée dans le traitement des plaques de leucoplasie et des plaies atoniques de la bouche.

Elle est indiquée également dans certaines modalités de traitement des canaux.

L'*Effluation* a une action analgésique, bactéricide, révulsive, antispasmodique et ouloplastique (Zimmern). (Elle favorise les processus de cicatrisation). Elle est appliquée :

- a) A l'aide d'électrodes à vide, en verre ;
- b) à l'aide d'électrodes en verre contenant de la limaille métallique. Electrode condensatrice ;
- c) à l'aide d'électrodes de quartz, laissant passer l'ultra-violet.

Ses applications intra-buccales sont les traitements des alvéolites, et l'électrosmose préconisée par Barail.

En révulsion extra-buccale, elle améliore les douleurs névralgiques et sinusalgiques lorsqu'elle est portée aux points d'émergence des filets sensitifs.

2<sup>o</sup> *Application d'intensité ou diathermie simple.* — Elles sont faites en bipolaire avec des électrodes assez larges, placées au contact des tissus, le courant utilisé peut être de l'ordre de plusieurs ampères, sous une centaine de volts.

Rappelons que l'on recherche ici particulièrement l'élévation de la température interne des régions, et secondairement les effets analgésiques, décongestionnants et fondants.

Les affections à traiter sont :

- A) Le trismus ;
- B) Les sinusalgies, en particulier les sinusites d'origine maxillaire ;
- C) Les arthrites temporo-maxillaires ;
- D) Les névralgies du trijumeau à leur début ;
- E) Les suites de fractures de la mâchoire inférieure.



En application intraorales on a traité avec succès : les alvéolites consécutives à des extractions difficiles ; les séquelles ou résections apicales ; les paradentoses (pyorrhée).

3° *Application d'intensité dans un but destructif ou diathermo-coagulation.* — Comme la plupart des auteurs, on peut distinguer :

1° La petite diathermo-coagulation appelée encore coagulation monopolaire ;

2° La diathermo-coagulation moyenne ;

3° La diathermo-coagulation intense.

A) LA PETITE DIATHERMO-COAGULATION OU COAGULATION MONOPOLAIRE. — Endothermie monopolaire ou dessiccation des auteurs américains.

Se pratique avec un pôle de l'appareil à éclateur ; elle nécessite des doses faibles de l'ordre de 60 millis.

Les électrodes sont le plus souvent des aiguilles. La douleur provoquée étant minime, l'anesthésie préalable n'est pas nécessaire.

Elle a ses applications dans les cas suivants :

a) *Hypersensibilité des collets.* — Ce traitement fut préconisé par Coustaing, il consiste à passer une électrode-aiguille réglée par un courant très faible dans la région de l'émail voisine de la gencive.

Il donne d'excellents résultats.

b) *Diagnostic de la vitalité des dents.* — Il suffit de toucher la dent au niveau du point d'élection de la trépanation ou du collet ; le passage du courant provoque une douleur instantanée et courte si la dent est vibrante.

c) *Fraisage indolore de la dentine.* — C'est une adaptation de la méthode de traitement de la sensibilité des collets ; elle a été indiquée par Flohr et Berker et vulgarisée en France par M. Dechaume.

Elle consiste à relier au bras du tour à fraiser l'électrode active d'un appareil de diathermie en ayant isolé au préalable la pièce à main ou l'angle droit.

Le courant est réglé à une intensité très faible (30 M A).

On commence le fraisage, puis on fait donner le courant par un aide, on obtient le plus souvent une diminution nette de la sensation douloureuse.

d) *Traitement des Canaux.* — Le traitement des canaux par la diathermo-coagulation a été utilisé surtout en Allemagne ; de nombreuses communications à ce sujet ont paru dans les grands périodiques de notre spécialité, en particulier dans la *Zahnärztliche Rund-*

chau, la *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, etc. (Feiler, Müller, Sturm, Mamlock, Balters, Henseler, Walkhoff). Flohr-Münzesheimer ont édité sur cette question deux livres intéressants auxquels je vous conseille vivement de vous reporter ; celui de Flohr est tout à fait remarquable et constitue une excellente mise au point de la question.

Presque tous ces auteurs préconisent la coagulation bipolaire. M. Dechaume pense que la coagulation unipolaire est suffisante dans la plupart des cas ; nous aurions tendance à partager cette manière de voir.

Le principe de la méthode est le suivant : une fine électrode (sonde à canaux, sonde Miller) étant placée à l'orifice d'un canal, le courant de diathermie suit avec élection le chemin de moindre résistance constitué par le canal et son contenu, la concentration des lignes de flux se fait aux points rétrécis et en particulier à l'apex et dans les canaux aberrants. Il en résulte une élévation thermique appréciable qui peut atteindre (d'après Flohr) 50° à 60° et 80° sans produire de lésion des tissus sains et du paradentium.

On comprend que, sous l'action de ces hautes températures, les microbes pathogènes, en particulier les anaérobies, voient leur virulence s'annihiler.

Mais à cet effet bactéricide s'ajoute une action propre de la chaleur sur certains médicaments employés dans le traitement des pulpites.

« L'échauffement des médicaments, dit Flohr, est, à notre avis, la condition indispensable au succès du traitement diathermique des gangrènes pulpaire. »

Par exemple, la solution de chloramine à 2 % utilisée pour le traitement des canaux voit son action bactéricide 20 fois plus forte lorsqu'on l'élève à 50° Celsius. « De même les solutions d'hypochlorite que Flohr a essayée ».

Voici les principes de technique que donnent Mamlock, Müller, Flohr, pour stériliser les canaux. L'électrode inactive est tenue à la main par le patient ; l'électrode active est constituée par une sonde à canaux fixée sur un manche isolant.

La cavité pulpaire est largement ouverte et nettoyée mécaniquement ; on badigeonne la dent à l'alcool ou à la teinture d'iode, on remplit la cavité d'hypochlorite. On introduit l'électrode active dans le canal sans dépasser le tiers proximal et on fait passer un courant de 60 M A ; s'il y a douleur on arrête.

On suspend le courant 8 à 10 secondes, pour laisser aux tissus le temps de se refroidir.

On recommence l'application pendant 2 à 3 secondes en pénétrant jusqu'au deuxième tiers de la racine. Après 8 ou 10 secondes d'arrêt, on renouvelle la manœuvre en poussant jusqu'au fond de la racine, sans violence. On enlève l'hypochlorite.

On renouvelle dans les mêmes conditions l'application de diathermie à une ou deux reprises après introduction de chloramine. On assèche les canaux avec des pointes de papier buvard stérilisé et on achève la dessiccation en faisant passer le courant 1 ou 2 secondes à 50 millis.

On peut ensuite procéder à l'obturation définitive ; dans les cas de pulpe très infectée, il est prudent de ne clore que provisoirement et de renouveler les applications à plusieurs jours d'intervalle.

Il existe naturellement à côté de l'application type des variantes suivant que l'on veut obtenir :

- 1° La dévitalisation par coagulation ;
- 2° Le traitement d'une pulpe peu infectée ;
- 3° Le traitement de la pulpite radiculaire ;
- 4° Le traitement de la gangrène pulpaire ;
- 5° Le traitement des granulomes.

La cure est d'autant plus longue que l'infection est plus profonde. Je me garderai bien de prendre parti dans cette épineuse question de la thérapeutique des canaux infectés, elle sort d'ailleurs de mon domaine, je voulais simplement vous indiquer ce que l'on peut attendre de la diathermo-coagulation dans ces cas difficiles ; loin de moi également la pensée d'opposer la diathermie à l'ionophorèse ; je crois que cette dernière méthode dans des mains expérimentées donne d'excellents résultats.

#### B) LA DIATHERMO-COAGULATION MOYENNE.

B) LA DIATHERMO-COAGULATION MOYENNE est pratiquée avec une électrode active et une électrode large dite électrode neutre ; la concentration du flux électrique se fait au voisinage immédiat de la pointe active.

L'action destructrice du courant est proportionnelle à la durée d'application, à la forme et à la dimension des électrodes, à l'intensité mesurée au milliampermètre.



Les deux indications princeps de la coagulation moyenne sont, en dehors des infections pulpaires :

*Le traitement des hémorragies.* — Ici, l'électrode active est constituée par une tige métallique isolée portant à son extrémité un tampon de coton imbibé de solution salée.

Coustaing en a précisé le *modus faciendi* : on assèche du mieux que l'on peut la zone où l'on veut pratiquer l'hémostase, on place l'électrode active et on fait passer le courant jusqu'à ébullition, pendant 4 à 5 secondes. Renouveler plusieurs fois l'application.

S'il s'agit d'un petit vaisseau, tenter de le prendre entre les mors d'une pince à forcipressure et faire passer le courant par la pince en la maintenant avec des gants de caoutchouc.

*Les petites tumeurs de la bouche, les angiomes,* peuvent être détruites très facilement par la diathermie bipolaire.

L'électrode active est ici une pointe métallique, le flux diathermique est proportionné à l'importance de la tumeur.

C) LA GROSSE DIATHERMO-COAGULATION BIPOLAIRE. — Elle a été indiquée par Lemoine ; les deux électrodes sont actives, sont le plus souvent deux pointes, portées par un manche isolant ; Lemoine a montré que les électrodes ainsi conçues ont un effet directif et que le flux diathermique passe dans les tissus en forme de lame, d'une pointe à l'autre.

C'est une méthode de destruction très limitée, mais très puissante qui nécessite une éducation particulière.

Elle est réservée à l'ablation des tumeurs assez volumineuses, des épulis par exemple, et au décapuchonnage de la dent de sagesse lorsqu'on ne dispose pas du bistouri électrique.

Une anesthésie locale ou régionale préalable est toujours nécessaire, les deux pointes actives sont enfoncées dans la zone à détruire ; on fait autant de touches qu'il paraît nécessaire pour obtenir une destruction suffisante.

Je m'excuse de retenir aussi longtemps votre attention, je pense avoir apporté en vos esprits quelque clarté sur les courants de H. F.

Leur application demande naturellement une technique et un tour de main que votre habileté proverbiale aura vite fait d'acquérir auprès de vos confrères déjà entraînés à ces méthodes.

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Suite) (1)

### FÊTES ET RÉCEPTIONS

*Dimanche 2 Août*

#### RÉCEPTION DES CONGRESSISTES PAR LE COMITÉ D'ORGANISATION



M. REBEL

Le Comité d'organisation du Congrès avait, dès la première heure, décidé que pour la réception des Congressistes, nul endroit ne pouvait être mieux choisi que Versailles, la Ville des Rois, et que son cadre, à la fois imposant et champêtre, semblait tout indiqué pour une première rencontre entre les délégués de 44 Nations.

Tout avait donc été minutieusement préparé, et une fête de Grandes Eaux lumineuses, avec le ballet de la Loïe Fuller sur le bassin de Neptune, un feu d'artifices et embrasement des bosquets, étaient organisés, en dehors du programme normal des fêtes de Versailles.

L'Administration des Beaux-Arts avait bien voulu prêter l'Orangerie du Château et son jardin particulier avec ses orangers en fleurs, dont la terrasse domine la route

de Saint-Cyr et la pièce d'eau des Suisses.

La réunion promettait d'être charmante si Phébus que l'on avait omis d'inviter avait bien voulu présider la Fête.

Il n'en fut malheureusement rien. Dès deux heures de l'après-midi une longue file de congressistes se formait à la Gare des Invalides devant les guichets réservés et quatre trains spéciaux s'emplissaient rapidement à destination de Versailles.

Dès l'arrivée, vers 4 heures, le premier soin du Congrès fut de se rendre au Monument aux Morts où notre Président d'Honneur, M. George Viau, remit une gerbe de fleurs, en observant la minute de silence.

La Municipalité Versaillaise nous ouvrait ensuite largement ses portes et faisait à nos Congressistes le plus cordial accueil; un buffet imposant, occupant trois salons, leur permettait de se réconforter après ce premier voyage! Quelques toasts aimables furent échangés, puis, après de nombreux clichés sur les marches de l'Hôtel de Ville, nos invités, par groupes de 50 à 100 personnes, sous la conduite d'un guide versaillais, se dirigeaient par l'avenue de Paris sur le Château et le Parc pour la visite des Bosquets et des pièces d'eau.

(1) Voir *L'Odontologie*, d'octobre 1931 à septembre 1932.

L'itinéraire de ce tour du Parc avait été établi d'avance et à 6 heures tous ces groupes se retrouvaient à la grille du jardin de l'Orangerie !

Ici commença, pour les organisateurs, la minute critique ! Le temps, maussade depuis le début de l'après-midi, se gâta tout à fait et c'est sous un déluge que nos congressistes, dont le nombre dépassait de loin toutes les espérances, envahissaient la Salle de l'Orangerie pour se mettre à l'abri.

Le charmant jardin de l'Orangerie ne servait plus à rien et la seule attraction résidait dans le Buffet dont la longueur (60 mètres) et l'importance ne résistèrent pas longtemps à l'assaut de plus de 3.000 congressistes. Des plats entiers de victuailles s'évanouissaient comme par enchantement et un nombre imposant de bouteilles de champagne disparurent comme escamotées par la baguette magique d'un Robert Houdin !!!

Ce fut merveilleux, ce fut court, ce fut décisif, et quand 250 étudiants arrivèrent vingt minutes après l'ouverture du Buffet, il ne restait rien, rien ; pas un petit pain, pas une goutte d'eau minérale !! Mais la Providence a ses secrets, et sa bienfaisance est rapide et inespérée. Tous les étudiants eurent un repas chaud, copieux et loyal, servi par deux restaurants de Versailles et qu'il convient de féliciter et de remercier aujourd'hui.

La pluie continuait à faire rage à l'extérieur, l'attente devint un peu longue, et certains de nos confrères abandonnèrent la partie, en rentrant directement à Paris. Les courageux furent récompensés de leur persévérance, et quand, ayant bravé les inondations du Parc, ils parvinrent au bassin de Neptune, la pluie cessa, et le programme de la fête, à l'exception des Danses, put se dérouler normalement.

Le Congrès pouvait dire que, pour le premier jour de son inauguration, il avait été sérieusement baptisé, car les pompes célestes ne l'avaient pas ménagé, et, soyons superstitieux, pour une fois, et disons que cela n'a pas nui à son succès.

#### *Lundi 3 Août*

##### FÊTE DE NUIT A L'EXPOSITION COLONIALE

Il était tout indiqué d'offrir aux Congressistes une soirée à l'Exposition Coloniale dont le grand succès avait fait une des plus belles attractions de Paris. Le Comité chercha le moyen d'organiser une fête à laquelle pourraient participer les meilleures danseuses exotiques de l'Exposition. Il avait bien pensé au temple d'Angkor, mais étant donné la mauvaise volonté du temps, il était imprudent d'organiser une deuxième fête de plein air, et devant l'impossibilité de trouver une salle assez vaste pour contenir en une fois tout le Congrès, deux représentations successives furent organisées dans la salle de spectacle de la Cité des Informations, avec le programme suivant :

- 1<sup>o</sup> La Nuit d'Afrique avec les Danseurs Noirs ;
- 2<sup>o</sup> La Nuit Malgache ;
- 3<sup>o</sup> La Nuit de Rêve avec le Campement animé et ses 24 Mangan Tiller Girls ;
- 4<sup>o</sup> La Nuit Hindoue avec la danseuse Nyota Inyoka ;
- 5<sup>o</sup> La Nuit Antillaise, le Bal Doudou et les Danseuses Martiniquaises ;
- 6<sup>o</sup> La Nuit Tahitienne ;
- 7<sup>o</sup> La Nuit d'Asie avec les Laotiennes ;
- 8<sup>o</sup> La Nuit Héroïque avec les Girls.

Aux deux séances, 9 heures et 10 h. 1/2, une assemblée extrêmement brillante et élégante représentait l'élite internationale de la Profession.

A chacune d'elles, au nom du Comité d'accueil de l'Exposition, le Mar-



quis de Vogué voulut bien souhaiter la bienvenue à nos Congressistes et fut chaleureusement applaudi. Ce spectacle coloré des Nuits de l'Orient et de l'Afrique obtint le plus vif succès, après quoi, le temps étant favorable, nos invités eurent le loisir d'admirer les illuminations de l'Exposition, avant de regagner leur hôtel.

#### EXCURSIONS

Des excursions avaient été organisées au Champ d'Aviation du Bourget, à Fontainebleau, à la Malmaison et à Saint-Germain. Les membres du Congrès n'avaient eu qu'à choisir en s'inscrivant au Grand Palais. Elles eurent lieu et tout se passa à la plus grande satisfaction de chacun.

#### LE BOURGET

Le mercredi 4 août, une partie des congressistes se sont rendus à l'aéroport du Bourget où ils ont été reçus par M. Mills, Directeur du Service de la Propagande au Ministère de l'Air.

Après avoir visité l'organisation du Centre Médical (Pavillon Paul Bert) où sont effectués chaque semaine, sous la direction du Dr Garsaux, les examens psycho-

physiologiques des pilotes et candidats pilotes aviateurs, nos invités ont pu examiner en détail le fonctionnement des services de l'aérodrome (météorologie, douanes, messageries) et des nombreuses lignes aériennes.

Encouragés par la régularité et la sécurité des arrivées et départs des avions internationaux et des appareils d'initiation, la plus grande partie d'entre eux reçurent avec satisfaction le baptême de l'air.

#### VILLACOUBLAY

Le jeudi 5, les officiers de la délégation britannique furent conduits par nos camarades Charlet et Wintergerst au Centre d'Expériences techniques de Villacoublay pour assister, avec l'autorisation spéciale du Ministre de l'Air, à une présentation d'avions sanitaires légers. De là ils se rendirent au Centre de l'Aéronautique Maritime de Villeneuve-Orly où ils furent accueillis avec leur traditionnelle courtoisie, par les officiers aviateurs et médecins de la Marine Nationale.

#### REPRÉSENTATIONS OFFERTES PAR LA F. D. N. FRANÇAISE AUX MEMBRES DU HUITIÈME CONGRÈS, AU THÉÂTRE NATIONAL DE L'OPÉRA, LE JEUDI 6 AOUT.

Le théâtre entièrement réservé au Congrès ouvrait ses portes dès 8 h. 1/4 et une foule brillante gravissait le Grand Escalier, sur les marches duquel les Gardes en grande tenue rendaient les honneurs.

La représentation présidée par M. Camille Blaisot, Ministre de la Santé Publique, fut superbe et la salle, merveilleusement rehaussée par les toilettes féminines, était féerique.



M. CHARLET

Un programme éclectiquement choisi donnait :

*L'Illustre Fregona*

Zarzuela en 3 actes, avec danses de M. Raoul Laparra  
et *Soir de Fête*

Ballet en un acte de Léo Delibes,

Mais l'Opéra étant trop petit pour le nombre important des Congressistes, une partie d'entre eux se rendirent à l'Opéra-Comique, où l'on donnait *Carmen*, représentation rehaussée par la présence du Sultan du Maroc, et une autre partie assista, au Théâtre Mogador, à un spectacle plus gai, *La Vie Parisienne*, d'Offenbach.

#### LE BANQUET

*Vendredi 7 Août*



M. ROBINE

Le Banquet du Congrès présidé par M. Camille Blaisot, Ministre de la Santé Publique, fut un succès, un grand succès par le nombre des convives, il en réunit plus de 800 et, la Salle Wagram, qui pour cette circonstance avait été spécialement décorée de drapeaux, de plantes vertes, de fleurs à profusion, était pleine à éclater.

La chère fut abondante et délicate et les vins de France, nombreux et choisis, furent en harmonie avec les plats d'excellente cuisine que nous prépara la Maison Potel et Chabot et qu'il convient de féliciter pour l'effort réel qu'elle a accompli et pour la renommée de la bonne cuisine française, qui fut appréciée et dégustée par tant de confrères étrangers.

Des Maisons françaises, soucieuses de leur publicité, et voulant faire plaisir à l'organisateur du banquet, firent un cadeau original et apprécié à chaque convive. Ces Maisons, citons-les à notre palmarès d'honneur, et adressons-leur tous nos remerciements. Maisons Mumm et Co, pour son champagne ; Cointreau et Vieille Cure pour leurs liqueurs, et Denis Moulié pour son excellent cognac.

Un très bon orchestre, des sonneries de cors de chasse, contribuèrent par leurs accords, un peu bruyants il faut l'avouer, à la présentation de ces mets et de ces vins, et nous reportèrent, par la pensée, aux dîners de grand apparat sous les règnes de Louis XIV et de Louis XV.

Que nos confrères français nous pardonnent cette incartade à nos dîners habituels où l'on s'entend manger. Mais qu'ils se consolent en disant qu'ils ont été très appréciés par les confrères étrangers et qu'ils auraient fait la joie et la fierté de notre grand Chef Antonin Carême.

Après le banquet, la salle fut en un clin d'œil convertie en salle de bal.

Les Congressistes de toutes les nations s'en donnèrent à cœur joie et ne se séparèrent qu'au petit jour !... en même temps que le Ministre de la Santé Publique, qui prouva ainsi toute sa sympathie et toute sa satisfaction au Congrès International et aux dentistes français.

Toutes ces fêtes, manifestations, etc..., élaborées et étudiées par le Co-

mité des Fêtes et Réceptions, en accord avec le Comité Fédéral du Congrès, demandèrent beaucoup de temps de préparation et de travail aux confrères membres de ces Comités. Que leur Président intérimaire se permette, par la voie de l'*Odontologie*, de les remercier très sincèrement de leur concours actif et dévoué. Ils ont bien travaillé pour la profession. Ils ont fait de leur mieux. Et leur mieux a été une grande réussite qui a contribué à la réussite générale du Congrès.

Je ne citerai pas leurs noms, ou je les citerai tous. Leur modestie ne m'en voudra pas, mais la satisfaction du devoir accompli les en récompensera.

#### LE COMITÉ DES DAMES

Un Comité de Dames avait également été créé, il avait son importance, ne fallait-il pas occuper, distraire, les femmes des confrères retenus au Grand Palais par les travaux du Congrès.

Les dames françaises rivalisèrent de zèle et d'entrain dans l'organisation des réceptions féminines, dans la préparation des visites aux Monuments, aux Musées et chez les couturiers. Elles ne laissèrent à leur Président qu'un rôle platonique, mais il doit les remercier de lui avoir facilité la tâche.

Le programme avait été ainsi établi :

1<sup>o</sup> Des visites aux Monuments les plus intéressants : (Notre-Dame, Eglises Saint-Séverin, Saint-Julien-le-Pauvre, Palais de Justice, Conciergerie, Panthéon, Quartier Latin, Sacré-Cœur et Vieux Montmartre).

2<sup>o</sup> Des visites dans les Musées (Louvre, Luxembourg, Cluny, Carnavalet, Victor-Hugo, Arts et Métiers, Gobelins).

3<sup>o</sup> Des visites chez les Grands Couturiers Parisiens pour la présentation des dernières créations inédites de la Mode.

Les dames congressistes s'étaient dès la première heure inscrites au Grand Palais et avaient choisi ce qui leur convenait le mieux.

Chaque matin, sous la conduite d'une dame du Comité, accompagnée d'une conférencière de l'École du Louvre, des groupes de 50 dames purent admirer à loisir les merveilles de nos Musées Nationaux.

Chaque après-midi, des groupes accompagnés de plusieurs dames du Comité visitèrent les Monuments et les Eglises de Paris.

Enfin, chez les Couturiers Parisiens, les visites eurent le plus légitime succès, les cartes permettant d'assister à la première présentation des nouvelles collections, furent littéralement enlevées d'assaut au Secrétariat.

Les Maisons de couture les plus en vue avaient bien voulu nous ouvrir leurs portes, nous citerons :

Agnès-Drecoll, Francis, Jenny, Jeane Lanvin, Lucien Lelong, Patou, Madeleine Vionnet.

Le jeudi 5 août, à 4 heures, un thé réservé aux Dames du Congrès eut lieu dans le cadre verdoyant du Pavillon d'Armenonville, réunissant dans une intimité charmante les femmes de tous nos confrères.

Qu'il soit permis au Président de ce Comité de remercier encore toutes les dames françaises qui, sans souci de leurs occupations, de leurs fatigues, ont réussi par leur effort à mettre en valeur les beautés de notre Capitale et à réserver le meilleur accueil aux dames étrangères qui ont fait à la Profession dentaire française le grand plaisir d'assister au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International.

Dans l'impossibilité où il se trouve de signaler l'effort et le rôle particulier de chacune, il s'excuse de ne pouvoir que les désigner nominativement.



Il citera Mmes et Mlles :

Bonnet-Roy.	Lamy.	de Ressac.
Bruschera	Laroche.	Robine.
Castanié (Henriette).	Leblan.	Rodolphe.
Castanié (Juliette).	Lebègue.	Roy.
Charlet.	Lentulo.	Salas.
Daligault.	Louis-Monnet.	Sapet.
Deschamps.	Morineau.	Solas.
Filderman.	Neuenschwander.	Georges Villain.
Fould.	Nessia Hornstein.	Henri Villain.
Fourquet.	Rebel.	Wintergerst.
Frison.	Renault.	Zzaoui.

et s'excuse s'il en oublie.

*Mardi 4 Août*

#### RÉCEPTION A L'HOTEL DE VILLE

La Municipalité avait accepté de recevoir les Membres du Congrès et à 4 heures, le mardi 4 août, 3.000 congressistes se présentaient à l'Hôtel de Ville où ils étaient reçus par M. Bucaille, Syndic du Conseil Municipal. Après la visite des Salons, M. Failliot, vice-président du Conseil Municipal, réunissait tous ses invités dans la grande salle d'honneur où un Buffet était servi. Il prononça une aimable allocution à laquelle répondirent successivement le Président du Congrès, Georges Villain, le Président de la Fédération Dentaire Internationale, le Vicomte de Casa Aguilar et d'autres délégués. Puis eut lieu la signature du Livre d'Or.

A l'issue de la réception, une petite flottille de bateaux parisiens attendait nos congressistes et leur fit faire une petite excursion sur la Seine, visite de la Cité et de Paris jusqu'au Trocadéro avec retour à la Concorde.

(A suivre.)

## VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International

La deuxième partie des comptes rendus du Congrès, formant la suite des fascicules des rapports distribués à l'ouverture du Congrès et comprenant les communications et discussions, le compte rendu des démonstrations, films, expositions, etc., paraîtra sous peu et sera remis gratuitement à tous les membres actifs du Congrès. Cette deuxième partie sera expédiée vers novembre contre remboursement des frais de port. Ces deux parties des comptes rendus compteront ensemble plus de 3.000 pages.

*L'Odontologie* édite un résumé précis des travaux du Congrès ne contenant que 200 pages environ, ce qui facilitera les recherches des questions qui intéressent plus particulièrement tel ou tel confrère.

Pour ce résumé qui sera tiré à un nombre restreint d'exemplaires et dont le prix sera de 20 francs, plus le port, s'inscrire aussitôt que possible à *L'Odontologie*. L'expédition sera faite contre remboursement, sauf avis contraire du souscripteur.

## REVUE DES REVUES

---

### RADIODIAGNOSTIC ET RADIOTHÉRAPEUTIQUE EN ART DENTAIRE

Par le Prof. Dr O. LOOS et le Dr GABRIEL

Unissant leurs efforts, les Docteurs Loos et Gabriel viennent de faire paraître : « Radiodiagnostic et Radiothérapeutique ». Cet ouvrage présente une grande documentation, de nombreux clichés radiographiques montrant à peu près tous les cas que l'on est susceptible de rencontrer dans la pratique journalière courante. Les auteurs insistent longuement sur la partie théorique de la radiographie et commentent différents procédés de situation de dents incluses pouvant être d'une utilité incontestable pour guider l'opérateur lors des extractions chirurgicales de ces dents.

La projection des images à l'aide des Rayons de Roentgen est soumise aux mêmes lois que la projection des corps opaques éclairés par une source lumineuse punctiforme. Afin d'avoir des images fidèles à la vérité l'objet et le film doivent être dans un plan perpendiculaire au rayon central. La position idéale est la suivante : la dent et le film rigoureusement parallèles, le rayon central perpendiculaire et frappant la dent vers sa partie la plus médiane. Ces conditions ne se rencontrent que dans des cas peu nombreux vu les rapports anatomiques des dents avec les maxillaires. Afin d'avoir une image aussi exacte que possible, le film doit être aussi rapproché de la dent que la configuration de l'arcade le permet. C'est pour cette raison que j'emploie la méthode intra-buccale quand on ne veut qu'une dent avec la petite portion de l'os afférant. Le film étant placé en arrière de l'arcade ou maintenu par occlusion, dirige-t-on le rayon central perpendiculairement à l'axe de la dent, on obtient une image parfaitement dessinée, mais avec un agrandissement ou avec un raccourci de l'objet dont toutes les parties ne sont pas également éloignées du film.

D'après la règle isométrique de Cieszynski, le film représente la grandeur réelle quand le rayon central est perpendiculaire à la bissectrice de l'angle formé par l'axe de la dent et le film, et passe par l'apex et non par le bord incisif.

On ne peut penser à projeter du côté jugal les apex des prémolaires et molaires supérieures ; aussi seront-ils projetés sur un plan situé un peu au-dessous du plan de Francfort, lequel relie le conduit auditif externe au rebord sous-orbitaire. Cette technique permet, le film étant solidement maintenu par pression, d'avoir une image exacte de la dent, du périodonte et de la région cervicale de la dent. Pour les clichés intra-buccaux, le film doit être en contact avec l'arcade supérieure de telle façon qu'il domine de 2 millimètres les faces triturantes du maxillaire inférieur, le rayon

central passant entre l'apex et le collet, de façon à être dirigé sous un angle de  $45^{\circ}$ . Pratiquement les dents non atteintes par le rayon central seront également bien dessinées. Vu la courbure de l'arcade alvéolaire le rayon central doit être vertical par rapport à la tangente de l'arc des procès alvéolaires, sinon le cliché montre soit une elongation, un élargissement, ou un chevauchement des dents. Le rayon central coupe-t-il le rayon de l'arc de cercle de la portion de la mâchoire, il se disperse selon une direction sagittale, et attaquant la dent distalement ou mésialement, il se disperse excentriquement selon ces deux directions, directions qui peuvent avoir une signification dans certains cas pathologiques concernant les racines isolées. Pour les films antérieurs on se sert de projections sagittales. Pour une reproduction isolée soit d'une région inter-radiculaire, soit d'une racine unique on aura recours à d'autres directions de projection. La possibilité de représentation de racines à axes divergents, de leur forme et de leur épaisseur lui est assujéti. Lors des prises intrabuccales, les racines palatines des molaires supérieures sont allongées et situées dans la cavité sinu-sienne, tandis que les racines vestibulaires sont raccourcies et situées dans la couronne de la dent. Le Master préconise, pour la reproduction des racines vestibulaires, de placer un rouleau de coton entre la dent et un film particulièrement rigide, afin de rendre ce dernier parallèle à cette dent afin d'éviter la reproduction en réduction. Parma réunit ces conditions en se servant d'un film de  $3 \times 4$  cm. placé dans le plan sagittal et parallèlement aux racines buccales, le rayon central vers l'apex faisant un angle de  $15^{\circ}$  au-dessus du plan occlusal horizontal. Particulièrement difficile est l'isolement des racines des premières prémolaires supérieures et des dents de sagesse supérieures. Dans la prise sagittale les racines des premières se recouvrent complètement, dans les prises de vue excentriques elles ne se laissent pas complètement isoler, et souvent trop éclairées elles peuvent faire croire à des manifestations pathologiques. Pour les dernières, Bal-ters laisse le rayon central passer à travers la cavité orbitaire sous un angle de  $60^{\circ}$  sur un film maintenu dans le plan occlusal. Etant donné la difficulté de mise en place et les résultats inconstants, Parma dirige le rayon central en avant de la suture zygomatiko-temporale. Pour les racines des molaires inférieures il obtient l'isolement par un rayon frappant perpendiculairement.

#### TECHNIQUE DES FILMS INTRABUCCAUX

Les films seront pris le patient assis sur le fauteuil opératoire, le tube de l'appareil sera seul orientable, le restant de l'appareil fixé solidement. Les radios seront prises non dans le cabinet opératoire, mais dans une salle spéciale, le patient ayant la tête fixée. Peu pratique et peu facile est la position couchée. Le film de grandeur souhaitable peut être porté de deux façons différentes. Pour les prises multiples il sera appliqué le long des arcades alvéolaires, chaque film correspondant à une courbure particulière, où le film est maintenu en bonne position par morsure. Pour adapter le film sur le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure, le film débordant de 2 millimètres les faces triturantes, le patient maintient lui-même le



film en l'introduisant dans la bouche et l'applique au niveau de son bord supérieur contre le rebord alvéolaire, les dents mordant en position de repos le pouce. Pour le maxillaire inférieur l'index de la main opposée du patient tient le film. La fixation pour le bloc incisif est difficile car le muscle génio-glosse lutte contre l'introduction du film, aussi la mâchoire doit être le plus fermée possible. On peut avoir également recours aux dispositifs de Cieszynski, Pordes, Parma. Le maintien solide à l'aide d'un porte-film est à recommander, car le patient ne peut faire remuer le film par l'action des muscles du plancher de la bouche et n'est gêné par aucune douleur. Le film placé, le tube sera centré vers la partie à radiographier. Pour la mise en bonne position du rayon central, on peut suivre les directives de Cieszynski, Dieck, Parma, Schindler et de d'autres auteurs qui présentent des combinaisons avec le porte-film permettant de donner une direction

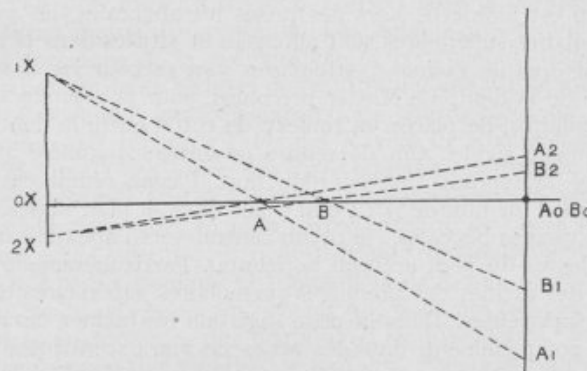


Fig. 1.

exacte vers un point déterminé. Ces préceptes paraissent compliqués pour la pratique journalière et d'un emploi peu courant. Par les méthodes angulaires on obtient la direction du rayon central par des mesures d'angles, par rapport à des bases fixes.

Dans ces méthodes, la tête doit constamment avoir la même position. Pour l'orientation, Cieszynski préconise le plan de Francfort, qui réunit, par une ligne, le conduit auditif externe au rebord orbitaire inférieur. Cette ligne nous paraît très importante pour l'orientation, mais la conformation des maxillaires peut modifier la direction de l'axe des dents par rapport à ce plan. Schindler recommande la ligne reliant l'épine du nez au conduit auditif externe, qui doit être situé horizontalement et courant parallèlement au plan d'occlusion et par là même des mieux orientés. A la place de ces méthodes exactes, mais compliquées, la pratique courante a désigné une pratique anatomique et qui résulte de l'observation quotidienne et de l'expérience acquise par là même. Vu son emploi elle doit être décrite :

Pour les dents du bloc incisif supérieur le film est maintenu par le pa-

tient contre le rebord alvéolaire et le rayon central passe dans le plan sagittal au tiers inférieur du nez. Le film est-il maintenu en occlusion le rayon central doit passer par le milieu du nez, la direction du rayon se modifiant suivant les occlusions anormales. Pour les occlusions palatines, la position de la tête ou du rayon sera inclinée vers le bas; dans les occlusions buccales, ils seront dirigés vers le haut. Pour les canines, les données sont identiques, mais le tube sera dirigé latéralement, de telle façon que le rayon central franchisse la dent entre le collet et son apex.

Pour les prémolaires, le film est posé contre l'arcade et le rayon central attaque latéralement la dent au niveau des racines. Pour les films des grosses molaires, le rayon central passe devant l'arcade zygomatique dans la région des racines des deuxième molaires. Pour éviter les déformations, Parma préconise, dans le cas d'occlusion anormale, de faire passer le rayon perpendiculairement au film. Pour les incisives inférieures, le rayon frappera le film dans un plan sagittal avec une légère inclinaison vers le haut. Quand le film est maintenu par l'occlusion, l'inclinaison du rayon central doit être augmentée. Les déformations n'entrent pas en grande considération pour les clichés du maxillaire inférieur. Pour les prémolaires

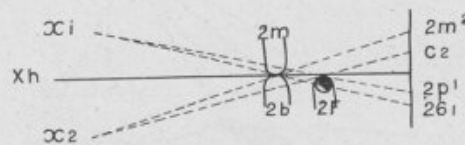


Fig. 2.

inférieures, le rayon central frappe le film sous un même angle, mais une position plus latérale, c'est-à-dire perpendiculairement au rempart osseux et légèrement incliné vers le bas.

INTERPRÉTATION. — L'épreuve négative représente la projection des couches de tissus traversées par les rayons et présente une silhouette épaisse contenant tous les degrés entre les taches claires et les zones obscures. Les zones foncées représentent les sections facilement traversées par les rayons, et les parties claires les zones pas traversables par ces mêmes rayons. Entre les graduations de teinte extrêmes toute une graduation de tons plus ou moins noirs. L'épaississement et la consolidation des tissus renforcent les ombres claires, et l'on dit d'une façon courante que l'on a affaire à une zone foncée; l'on en rencontre lors des empyèmes des sinus, on a une diminution de la profondeur des ombres dans le cliché négatif. La raréfaction et un tissu de faible densité montrent des ombres franchement noires vu leur grande perméabilité aux rayons X.

Il est recommandable, pour plus de clarté, d'appuyer le terme de perméabilité aux rayons X et imperméabilité aux rayons X, c'est-à-dire radio-opaque et radio-translucide. Partant du fait que l'imperméabilité (en abréviation RDO) n'est qu'une perméabilité (RDL+radiolucide) ré-

duite à son minimum ou égale à 0. Nous en déduirons que toutes les diminutions ou les grossissements seront compris entre ces deux abréviations, ce qui permet une interprétation pour les ombres minima et les ombres maxima. Il est facilement compréhensible que l'augmentation de RDO vient de la superposition topographique ou de la superposition des projections de deux ou plusieurs corps ou couches de tissus, ou encore d'une couche mince de tissu compacte sur une couche épaisse de tissu peu compacte et l'on ne pourra différencier ni l'épaisseur, ni la profondeur.

Pour l'orientation des projections intra ou extra-buccales, il est nécessaire de se souvenir des lois optiques de la projection. X est un point qui éclaire les deux points A et B situés sur un même plan, et qui seront projetés ensemble en  $A^0 B^0$ , chose que nous rencontrons dans la pratique quand on prend une radio dans le plan sagittal, le rayon central frappant les apex des racines buccales et linguales de la première molaire supérieure. Le même cas arrive pour le point de contact des couronnes, quand le rayon central est sagittal et frappe les faces non proximales, un déplacement de la source

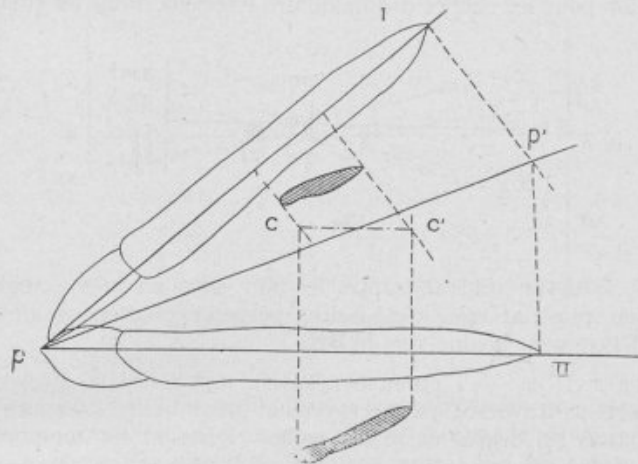


Fig. 3. (1)

lumineuse provoque une couverture d'ombre du bord de la dent se superposant sur la région paradentaire.

Dans la fig. 1, si la source lumineuse se déplace dans n'importe quel plan, les points A et B seront projetés séparément dans un sens contraire au déplacement, le point A étant le plus loin du film sera projeté le plus loin du point de projection commune  $A^0 B^0$  que le point B plus rapproché, l'angle  $X I A O$  sera plus grand que l'angle  $X I B O$ . En résumé quand deux points

(1) Pour faciliter la compréhension des figures 3 et 4 les dimensions des dents radiographiées ont été exagérées.



sont situés sur un même plan horizontal, celui qui est le plus rapproché du plan de projection est situé plus haut sur ce même plan que le point le plus éloigné quand il s'agit d'une projection oblique (voir le point X I).

Si nous avons deux racines de même longueur  $r b$  et  $r p$  et un faisceau les frappant obliquement, nous aurons les images  $r b i$  et  $r p i$ . Ces projections s'éloigneront d'autant plus l'une de l'autre que le point de projection sera plus haut dans le plan vertical, ce qui nous aide à comprendre les fig. 2 et 3, projection des apex des prémolaires et des grosses molaires.

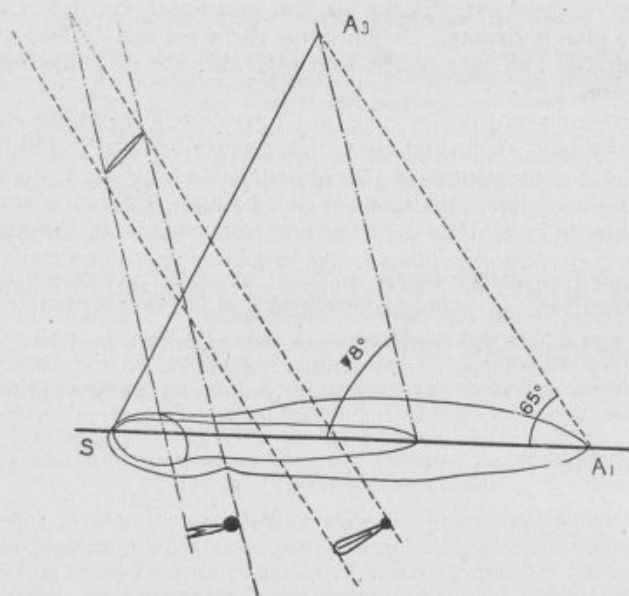


Fig. 4.

D'autre part, la projection séparée sert à situer deux points qui se trouvent dans le même plan horizontal, comme par exemple, les apex d'une molaire inférieure  $r m$  qui, dans une prise de cliché transversale Xh, viendront en rapport avec le canal dentaire ou le recouvriront.

#### DENTS INCLUSES

Deux clichés sont pris l'un dans un plan vertical, l'autre dans un plan horizontal, c'est-à-dire le film appliqué contre l'arcade I, et le film maintenu par morsure II. On prend un repère sur une dent voisine, rayon incliné à  $45^\circ$ . On reporte les deux films sur les angles d'Hauberrisser. Deux perpendiculaires aux côtés de l'angle sont tracées. L'intersection de ces deux perpendiculaires reliées au sommet de l'angle (point de rencontre des deux axes des dents repères) donne la bissectrice de l'angle. Traçant deux

perpendiculaires à chaque côté du triangle du sommet de la couronne, et de l'apex de chaque dent incluse, E T reliant le point d'intersection des perpendiculaires venant de l'apex au point d'intersection des perpendiculaires venant de la couronne des dents incluses, nous avons ainsi la ligne c c' projection de la position de la dent incluse qui sera, soit palatine, soit vestibulaire, si elle se trouve dans l'angle I p p', ou dans l'angle p' p II.

#### CORPS ÉTRANGERS

*(D'après la méthode de Praeger)*

Un premier cliché est pris sur un film horizontal. On note l'angle du tube avec le plan horizontal. Un deuxième cliché est pris également sur un film horizontal et l'on note également l'angle du tube de l'appareil avec le plan horizontal.

Les deux radios sont posées l'une sur l'autre de telle façon que leurs deux axes se confondent. A chaque apex, l'on reporte les angles que faisait le tube avec le plan horizontal, et l'on obtient ainsi le point A<sub>3</sub> (point d'intersection des deux lignes limitant l'angle). La ligne A<sub>3</sub>S représente la projection exacte de l'axe de la dent sur une plan horizontal. De chaque extrémité des corps étrangers (dans la fig. ci-jointe, tête d'une fraise ronde), on tire deux parallèles au côté de l'angle correspondant. En réunissant le point de rencontre de ces lignes correspondant à chacune des images, on obtient la position du corps étranger par rapport à la dent.

JEAN RIVET.

## REVUE ANALYTIQUE

---

LE DENTAL COSMOS

*Résumé des articles d'avril 1932*

DAVID W. MAC LEAN. — **Orthopédie de l'occlusion.**

L'auteur présente une étude très étendue de l'appareil masticatoire pour rétablir les relations normales de la denture. Son analyse des diverses forces que nécessite la mastication et des principes à observer, comprend une méthode qui aidera beaucoup à reproduire les conditions normales de la bouche. Son procédé opératoire d'ouverture de l'occlusion et ses commentaires sur la nécessité rare de cette ouverture éclairent la question et sont le résultat d'une observation clinique étendue. Ce travail ne peut que conduire à une pratique plus intelligente de la restauration.

LOUIS I. GROSSMAN et HERMANN PRINZ. — **Etude comparative du traitement des canaux radiculaires par le chlorphénol camphré et l'électro-stérilisation.**

Cet article mentionne une série de recherches expérimentales pour fixer la valeur comparative du chlorphénol camphré et de l'électro-stérilisation dans le traitement des canaux radiculaires. Les expériences montrent que le traitement est plus efficace et plus court quand les deux méthodes sont combinées.

RAYMOND WERTHER. — **Observations sur l'emploi du traitement électrolytique de l'infection périapicale.**

Cet article se réfère au précédent et relate une série d'expériences dans le traitement de l'infection périapicale par l'électrolyse. Les résultats en sont très encourageants ; mais l'auteur prétend que la radiographie de ces cas est nécessaire pour fixer définitivement la valeur de la méthode dans le traitement de l'infection périapicale.

HERMANN PRINZ. — **Gingivite desquamative diffuse chronique.**

C'est la suite de la série d'articles publiés par le Dr Prinz sur les maladies de la bouche, plus ou moins rares. L'auteur étudie avec soin l'étiologie, la pathologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

MINERVA KELLOGG et WALTER H. EDDY. — **La vitamine B a-t-elle un rôle dans la prévention de la carie ?**

Il s'agit d'une série de recherches sur des rats quant au rôle de la vitamine B dans la prévention de la carie.

CHARLES F. BODECKER et EDMOND APPLEBAUM. — **La carie dentaire expérimentale chez des rats.**

Les auteurs ont essayé de produire la carie dentaire expérimentalement chez des rats en les nourrissant d'aliments dépourvus de la vitamine B et ils y sont parvenus.



A.-T. PITTS. — **La prophylaxie dentaire et le soin des dents des enfants au-dessous de 6 ans.**

Etude de l'état actuel des mesures dentaires prophylactiques appliquées dans la pratique. Ses commentaires sur les réactions du public à l'égard de la publicité faite pour l'alimentation indiquent que le public considère les vitamines plus comme un médicament que comme un aliment. On arrive à cette conclusion que nous avons beaucoup à apprendre touchant les résultats avantageux pratiques de ces mesures.

F. W. BRODERICK. — **Le rôle du médecin et du dentiste.**

Etude des relations des maladies dentaires avec les maladies constitutionnelles, montrant nettement le rôle que le dentiste peut jouer en collaborant avec le médecin pour corriger les maladies constitutionnelles se rattachant aux maladies de la bouche.

J. A. HOPKINS. — **Le diabète sucré et le dentiste.**

L'auteur rapporte un cas où l'infection focale dentaire était définitivement associée au diabète. Il indique comment le dentiste peut collaborer avec le médecin dans le diagnostic et le traitement du diabète.

J. L. T. APPLETON. — **L'agranulocytose.**

Second et dernier article étudiant cette affection.

M. S. AISENBERG. — **Réparation d'une dent fracturée.**

Cas dans lequel la nature a manifestement réparé une racine de dent fracturée. Les illustrations prouvent péremptoirement ce que l'auteur avance.

MAURICE BUCHBINDER. — **Méthode pour augmenter le drainage dans le traitement de l'infection périapicale.**

L'auteur présente un appareil fort ingénieux destiné à aider notablement le drainage des tissus dans les infections périapicales des canaux radiculaires. Il prétend que sa méthode hâte la guérison de ces infections et amène une irrigation rapide et le séchage des canaux préalable à l'obturation.

*Résumé des articles de Mai 1932*

ROBERT W. STRANG. — **Discussion du mécanisme de l'arc orthodontique au point de vue pratique.**

M. Strang discute les avantages du dernier appareil d'Angle, qu'il considère comme le plus parfait pour la correction des irrégularités. Il présente une description minutieuse et claire de la technique de l'emploi de cet appareil dans toutes ses applications. M. Strang est particulièrement qualifié pour exposer la méthode d'Angle, parce que, pendant plusieurs années, il a étudié de près et suivi ces méthodes et a une conception très nette des idées de celui-ci en orthodontie. La technique est bien illustrée et est accompagnée de la mention de plusieurs cas dans lesquels l'appareil a été employé avec succès.

**MAX H. JACOBS. — Le frein lingual anormal.**

M. Jacobs présente une méthode chirurgicale pour le traitement de cette anomalie fréquente et gênante, méthode qu'il a perfectionnée et appliquée avec succès pendant longtemps. La technique de l'opération est bien illustrée et très clairement décrite.

**FRANK F. KHANTAK et H. C. BENEDICT. — Effet d'acides dilués sur la surface de l'émail étudié au microscope.**

Les auteurs exposent les effets des acides sur la surface de l'émail dans une étude que nous considérons comme une précieuse contribution à l'histologie de la structure de l'émail.

**CHARLES F. SOLOFF. — La mise en service immédiate des dentiers.**

L'auteur décrit un moyen d'employer immédiatement les dentiers. La pratique de poser un dentier immédiatement après l'extraction des dents naturelles est reconnue comme fort utile. Peut-être le plus grand avantage de cette pratique est-il que le dentier temporaire a tendance à maintenir le bord alvéolaire en meilleur état pour porter le dentier d'une façon permanente. Le Dr Stoloff décrit sa technique et cite un cas dans lequel les résultats ont été remarquablement satisfaisants. La vieille habitude de laisser le patient sans appareil pendant un certain temps après l'extraction, semble être abandonnée au profit de cette méthode nouvelle.

**CARL J. GROVE. — Technique rationnelle de la chirurgie des canaux pulpaire.**

Pendant des années, le Dr Grove a préconisé la conservation des dents en obturant les canaux pulpaire. Il expose ici son procédé et cite un certain nombre de cas dans lesquels les dents ont été obturées par sa méthode et sont demeurées saines pendant des années et reconnues telles par des radiographies très exactes. Le Dr Grove, comme beaucoup d'autres opérateurs experts dans le traitement et l'obturation des canaux radiculaires, croit fermement que les dents peuvent et doivent être sauvées de cette manière et nous sommes d'avis que tout opérateur qui exécute l'opération comme le Dr Grove peut sauver beaucoup de dents qui tombent actuellement sous le davier. Le Dr Grove, bien entendu, comme d'autres opérateurs, distingue entre les dents sans pulpe à sauver et celles qu'il faut abandonner. Il signale plusieurs cas où le ciment a en apparence fermé les extrémités de la pulpe.

**THADDEUS P. HYATT. — Les sillons et les fissures apparaissent-ils à des âges différents dans la même dent ?**

Le Dr Hyatt, partisan et promoteur bien connu de l'odontologie prophylactique, justifie ici à nouveau son procédé d'enlèvement des sillons et des fissures des dents des jeunes sujets. Il présente aussi une étude sur le développement des sillons et fissures à mesure que le patient avance en âge.

**L. J. KAUSHANSKY. — Analyse chimique des racines et des couronnes atteintes de pyorrhée et cariées.**

Cet article est le second d'une série d'analyses de la structure dentaire faites par l'auteur (le premier remontant à 1930). Ce sont, à notre avis, les analyses les plus soignées et les plus détaillées de cette structure qui aient paru dans la littérature dentaire.

C. S. VAN HORN. — **Données, matières, conditions, appareils et méthodes relatifs à l'uniformisation du coulage des inlays.**

Le travail de l'auteur pour uniformiser le coulage des inlays est une contribution très importante à l'étude de la méthode de coulage en général. En s'efforçant de suivre le procédé de l'auteur, il en résultera des inlays plus satisfaisants que ceux donnés par les méthodes actuelles. Les contributions de l'auteur ont notablement augmenté la valeur de l'inlay dentaire comme procédé de restauration.

G. P. MATTHEWS. — **Anomalie dentaire d'une tribu indienne.**

L'auteur présente une étude histologique de la structure d'une anomalie dentaire observée dans les dents d'une tribu indienne il y a 800 à 900 ans. Cette étude est fort intéressante au point de vue histologique.



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 5 juillet 1932*

RAPPORT DU D<sup>r</sup> LEBLAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Mes chers Confrères,

Notre Société, quoique âgée de cinquante-trois ans, grandit encore ! Nous voyons chaque année le nombre de ses membres augmenter, son corps prendre plus de poids et son esprit gagner en qualité.

Au cours de l'exercice 1931-1932, nous avons vu venir à nous des confrères les plus distingués, des spécialistes des hôpitaux, voire même des Professeurs de Faculté. Le temps n'est plus où le chirurgien-dentiste était traité de parent pauvre de la médecine. Il a maintenant sa place reconnue parmi tous les autres spécialistes et c'est pour nous un plaisir de revoir, avec vous ce soir, auprès de quelles sommités il est appelé à collaborer de nos jours.

Notre première séance fut consacrée au compte rendu du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International. Georges Villain, son distingué président, nous retraça à grands traits la merveilleuse évolution de cette grande manifestation où la France sut montrer aux confrères étrangers de quels efforts elle était capable.

Nous eûmes ensuite une magistrale leçon de M. le Professeur Retterer, sur le « Processus de la carie des dents ».

Il nous démontra que l'émail ne se reproduit que grâce aux pressions exercées sur la dent par la mastication. D'où le parfait état dentaire des peuplades qui se nourrissent d'aliments durs et crus. Nous écoutons toujours avec un parfait intérêt les communications de ce savant histologiste, qui vient éclairer nos théories anciennes d'une lumière toute nouvelle.

Notre ami, le Docteur Bonnet-Roy, un des maîtres de la chirurgie maxillo-faciale contemporaine, nous a présenté un cas de fibrome diffus des maxillaires supérieurs et inférieurs qu'il venait d'opérer dans son service de l'Hôpital Saint-Michel. Nous avons observé, sur des projections, l'étonnante restauration des muqueuses endo-buccales du petit malade âgé de douze ans, dont toutes les dents étaient enfouies sous un amas fibromateux exubérant. C'est, pour le Docteur Bonnet-Roy, une réussite opératoire de plus à ajouter à la longue liste de ses succès.

Notre confrère Pierre Rolland, chercheur infatigable, nous a présenté cette année-ci un appareil fort ingénieux permettant de contrôler la valeur d'une obturation à l'amalgame. La moindre fissure pouvant provoquer une carie secondaire est révélée par son appareil à gaz carbonique sous pression et, grâce à lui, il est possible de juger si la technique de nos élèves est

bonne ou défectueuse. Il serait à souhaiter qu'un semblable dispositif existât dans toutes nos écoles pour le plus grand bien de nos étudiants.

Le Docteur Roy, en dehors de ses savantes argumentations, au cours des discussions scientifiques de notre Société, nous a fait plusieurs communications dont les deux principales sont intitulées : « Curettage et obturations apicales », et « Considérations sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires ».

Dans la première, il nous rappelle la nécessité, au cours d'une résection apicale, de la désinfection et de l'obturation du canal radiculaire. Mais il peut arriver que le canal soit imperméable pour diverses causes, en particulier par l'existence dans celui-ci d'un pivot qui ne peut être enlevé. Le Docteur Roy, dans ce cas, après avoir fait le curettage alvéolo-radiculaire, creuse à l'extrémité apicale une cavité rétentive qu'il obture à l'amalgame, enfermant ainsi hermétiquement, dans la partie inaccessible du canal, les produits septiques qui y sont contenus et qui deviennent de ce fait inoffensifs. Dans sa seconde communication, cet auteur conseille d'ouvrir le plus largement possible les canaux radiculaires pour permettre une large désinfection. Il apporte une modification dans la trépanation des molaires : pour lui, le point d'élection ne doit pas être le centre de la face triturante de la dent, mais le point de prospection du canal mésio-vestibulaire. La technique qu'il préconise semble tellement importante à l'auditoire que notre président propose de remettre à une séance spéciale son argumentation.

Cette question du traitement des canaux radiculaires préoccupe à ce point les techniciens modernes qu'il fut organisé ici même une réunion des directeurs des principales Ecoles dentaires de France, pour en arrêter une organisation rationnelle dans les Etablissements d'enseignement.

Nous eûmes le plaisir de constater que tous se ralliaient unanimement à l'idée d'asepsie. De cette discussion, qui fut longue au point d'absorber toute une soirée, il se dégagea pour tous le sentiment que de semblables réunions des dirigeants de nos Ecoles étaient éminemment souhaitables pour réaliser enfin l'unité de l'enseignement.

Au cours de la Semaine Odontologique, nous eûmes le plaisir d'accueillir M. le Professeur Carnot, qui nous présenta une belle étude sur les complications digestives de la septicité bucco-dentaire. Il nous démontra comment ces germes microbiens vont se fixer dans les différents points de l'organisme par un tropisme spécial à chaque catégorie microbienne. Une fois de plus nous avons compris l'importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la lutte contre les infections à point de départ buccal.

La prothèse ne nous offrit qu'une seule communication cette année-ci. Elle fut de M. Morineau, c'est vous dire qu'elle fut de qualité. Cet éminent praticien imagina un système ingénieux de contreplacage à l'américaine des facettes Steele sur dents à pivots et sur les bridges. Nul doute que cette invention ne soit appelée au plus grand retentissement chez les fervents de la prothèse fixe.

Il est une grosse question qui a déjà fait couler beaucoup d'encre, je veux parler de la décalcification. Nous lui consacra mes, cette année, une

grande part de notre temps. Ce fut d'abord le docteur Lemerland, accoucheur des hôpitaux, qui traita de l'influence de l'état puerpéral sur le développement de la carie dentaire. Puis, reprenant le même sujet, le professeur Vignes nous parla des caries dentaires en période obstétricale. Tous deux tombent d'accord pour convenir qu'une femme enceinte est toujours en déficience calcique et que sa denture doit à cette période être l'objet de toute l'attention du chirurgien-dentiste.

Nos soirées, très chargées, nous permirent d'entendre bien d'autres communications que je m'en voudrais de ne pas vous rappeler. M. Fraenkel nous parla de l'épaisseur du tissu adamantin en rapport avec les différentes morphologies dento-maxillaires.

MM. Delater et Lequate nous lurent une intéressante observation d'un épithélio-granulome microkystique hémorragique.

M. Hulin, nous fit part de ses recherches sur l'étiologie de la paradentose atrophique précoce.

M. Brahier nous exposa ses raisons pour une sélection de nos substances d'obturations.

M<sup>me</sup> Caen-Kaneko nous projeta sa belle collection de radiographies dentaires.

Le D<sup>r</sup> Bernard nous intéressa vivement par une signification biologique du granulome.

Un confrère américain, Joseph Colt Bloodgood, nous fit une belle conférence sur le cancer dans ses rapports avec les lésions bucco-dentaires.

Enfin, le docteur Dufourmentel vint représenter devant nous la chirurgie esthétique en nous initiant à sa méthode de traitement du prognathisme par la résection bicondylienne. Brillante intervention sanglante, parachevée par un dispositif prothétique ingénieux, imaginé et présenté par M. Housset auquel nous devons déjà tant de beaux travaux.

Voici, Messieurs, le bilan de notre exercice 1931-1932. Je n'étonnerai personne en révélant qu'un tel résultat est entièrement dû à l'activité de notre président. Notre Société est un merveilleux terrain qu'il suffit de savoir cultiver pour récolter une abondante moisson. Notre président fut un semeur d'idées incomparable et je me joins à vous pour lui adresser toutes nos félicitations et tous nos remerciements.

\* \* \*

Présidence de M. LUBETZKI.

La séance est ouverte à 21 heures.

I. — KYSTES VOLUMINEUX DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE (AVEC PRÉSENTATION DE MALADES), par M. le D<sup>r</sup> Maurice ROY.

M. le D<sup>r</sup> Roy donne lecture de sa communication. (Sera publiée.)

*Discussion*

M. le D<sup>r</sup> Chenet. — Je voudrais vous signaler un autre caractère que j'ai souvent observé à propos des kystes de la mâchoire inférieure : c'est que leur développement s'effectue le plus souvent à l'insu du malade, ce qui



semble véritablement étonnant lorsque le kyste atteint des dimensions aussi considérables que celles des cas que vient de vous présenter le Dr Roy, et des cas dont je vais moi-même vous entretenir.

Quand j'ai su que le Dr Roy faisait ce soir une communication sur les kystes de la mâchoire inférieure, j'ai recherché dans ma collection un cas que j'ai déjà présenté au Congrès du Havre, et qu'il m'a paru particulièrement intéressant de vous présenter à nouveau.

C'est celui d'un malade qui me fut adressé par un confrère, lequel, ayant pratiqué l'extraction d'une dent de six ans profondément cariée et infectée, croyant n'avoir affaire qu'à un volumineux abcès dentaire, s'aperçut avec terreur qu'il venait de fracturer le maxillaire, à la déviation considérable qui se produisit immédiatement après cette extraction. Il me demandait de traiter cette fracture.

Or, il s'agissait en l'occurrence d'un très volumineux kyste de la mâchoire inférieure, comme je le constatai par la radio que je fis faire, et que je vais vous projeter. (*Projections.*)

Vous pouvez constater que ce kyste, des dimensions d'un œuf de pigeon, avait complètement usé les deux tables, interne et externe du maxillaire, et qu'il ne restait plus qu'une bande infime du bord basilaire, qui se fractura de lui-même sitôt la dent extraite. Or, le malade n'avait jamais eu conscience de l'existence de ce kyste.

Vous constaterez également ce que signalait le Dr Roy, sur ce second cliché, fait six mois après la cure radicale du kyste (projection), c'est la régénération vraiment merveilleuse qui s'est produite au niveau du maxillaire inférieur, et sur laquelle j'avais longuement insisté au Congrès du Havre. Nous pouvez constater ici que la régénération est totale, et que l'os a récupéré une solidité absolue. Je suis persuadé qu'au maxillaire inférieur le périoste présente un pouvoir régénérateur qu'il ne présente nulle part ailleurs d'une façon aussi manifeste.

Ce cas du reste est également très intéressant au point de vue responsabilité professionnelle. Le dentiste qui a pratiqué l'extraction, et qui, pas plus que le malade, du reste, ne se doutait de l'existence d'un kyste, était extrêmement ennuyé d'avoir fracturé le maxillaire inférieur de son sujet. Or, lorsque la radio fut faite, nous pouvions affirmer que la fracture était en réalité spontanée, et que le confrère n'en était nullement responsable.

Je puis vous citer un autre cas de kyste aussi volumineux que celui-ci et qui se présenta chez moi avec tous les symptômes d'un volumineux abcès dû à un fragment de racine de prémolaire inférieure. J'en voulus pratiquer l'extraction immédiate, le pus faisant issue par l'alvéole, sur le pourtour du fragment radiculaire. Je m'attendais à une extraction facile : or, grande fut ma stupéfaction de voir la racine fuir dans la profondeur, au contact des mors du davier : aussitôt que cessait ce contact, le fragment remontait, pour filer à nouveau à une nouvelle tentative. Me doutant alors de ce qui était, je fis faire une radio rapide, et constatai l'existence d'un kyste aussi volumineux que le précédent, et que le malade avait jusqu'alors totalement ignoré.

Ces deux cas s'étaient présentés comme des abcès banaux et vous saisissez combien une extraction peut alors être dangereuse dans les cas de kyste méconnu de la mâchoire inférieure.

*M. le Dr Roy.* — L'observation de notre excellent ami Chenet est tout à fait intéressante ; elle confirme exactement tout ce que j'ai dit.

Il note l'indolence des cas qu'il a soignés : vous voyez que chez les deux malades que je viens de vous présenter, cette indolence était absolue puisque le premier était resté six ans sans se faire soigner, bien qu'il sentît un écoulement anormal par la bouche, et le second a fait de même bien qu'il eût une grosse asymétrie faciale qui datait de vingt ans.

Néanmoins, l'indolence n'est pas une chose particulière aux kystes de la mâchoire inférieure ; elle se rencontre dans tous les kystes sans exception et c'est justement cette indolence qui permet à ces néoplasmes de prendre un tel développement sans que le malade s'en préoccupe. Un abcès alvéolaire ne passe pas inaperçu, même chez le malade le moins soucieux de sa santé, le moins douillet. Un kyste paradentaire ou dentifère, au contraire, passe pendant longtemps absolument inaperçu des malades ; ils n'en souffrent pas, en effet, et, comme la déformation se produit très lentement, ils s'habituent à celle-ci ; j'ai vu des hommes ayant un gros kyste de la fosse canine qui ont fini par avoir leur attention éveillée parce que la tumeur les gênait pour se raser.

Il faut des faits comme ceux-là pour que les malades aient leur attention appelée sur ces kystes.

Quelqu'un a parlé tout à l'heure d'une intervention par voie cutanée pour le second malade que j'ai présenté ; l'opération par voie cutanée doit être rejetée dans tous les cas sans exception et aussi bien dans celui-ci que dans l'autre, parce qu'alors, si l'on avait fait une opération par voie buccale chez ce malade, on n'aurait aucunement amélioré son esthétique, bien au contraire. Pour l'améliorer, si la boursoufflure osseuse ne s'atténue pas, ce qui n'est pas impossible, il n'y aurait qu'un seul moyen, c'est de lui faire une résection de la moitié externe en épaisseur, de sa mâchoire. Or, cette mâchoire, comme vous l'avez vu, est soufflée en quelque sorte et réduite à une épaisseur très minime, si l'on faisait une telle résection, jugez de ce qui lui resterait. Il faut ne rien faire surtout actuellement.

Admettez que, pris d'un souci d'esthétique considérable, ce malade demande pour l'avenir qu'on fasse quelque chose, la seule ressource serait de laisser refaire son os, puis de lui faire une incision cutanée et d'aller lui raboter la face externe de l'os.

Je ne crois pas que je me chargerais de cette opération ; le souvenir de l'opération de Dujarrier sur une jambe pour une question d'esthétique viendrait étrangement troubler mes préoccupations opératoires ; je crois que, s'il est regrettable pour ce malade d'avoir une joue un peu asymétrique, il vaut encore mieux pour lui avoir sa joue ainsi que peut-être ne plus avoir sa tête : on ne sait jamais. Il tient à sa tête et moi aussi, j'y tiens quand il la met entre mes mains.

*M. le Président.* — Je tiens à remercier M. le Dr Roy pour sa belle communication et particulièrement pour la présentation de ses malades qui sont des grands cas de chirurgie maxillaire; nous devons admirer les résultats remarquables qu'il a obtenus et le féliciter.

II. — CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES ASPECTS DE LA PROTHÈSE  
PARTIELLE MODERNE, par M. LENTULO.

*M. Lentulo* donne lecture de sa communication. (Sera publiée.)

*Discussion*

*M. Lentulo.* — Peut-on toujours concevoir des appareils à dégagement pré-cervicaux ? On le fait toujours immédiatement dès qu'on envisage des pièces mécaniques. Or, la pièce métallique demande un certain travail ; elle est onéreuse, ne convient pas à toutes sortes de clientèle, et puis aussi le manque de temps fait considérer par beaucoup les pièces en vulcanite comme des appareils offrant plus d'avantages au point de vue bénéfice que des appareils métalliques.

Ceci produit quelquefois une certaine confusion et fait penser que ces nouvelles formes d'appareils ne sont pas propres à toutes les clientèles.

Je voudrais vous signaler ceci, c'est que le dégagement pré-cervical rend la pratique de ces pièces extraordinairement plus facile lorsqu'il s'agit de pièces métalliques ; l'estampage en est rendu très commode : il n'est plus question de festonnage, la production des moulages de zinc elle-même est extraordinairement facilitée, l'estampage est une affaire d'un quart ou d'une demi-heure, pas davantage.

Je ne veux pas prolonger cette communication ; le métal coulé a de gros inconvénients ; je crois que ses plus beaux jours sont passés si l'on veut oublier que le respect du modèle au point de vue des muqueuses ne doit pas être catégorique ; du fait de la retouche que vous avez vous-même produite sur la muqueuse aux parties molles, la précision que vous avez demandée au coulage perd déjà de son importance. Il est convenable au point de vue de la légèreté, de la propreté, il est d'un entretien plus facile et il est considérablement plus économique. Il est même possible de construire ces pièces en caoutchouc uniquement. Il suffit simplement d'introduire dans les parties qui peuvent être réputées faibles, comme ces rétrécissements, pour obvier à ces inconvénients, du maillechort ou autre chose, à condition qu'il ne soit pas enrobé complètement dans le caoutchouc et qu'il y ait une épaisseur de caoutchouc uniforme aussi bien en dessus qu'en dessous.

Mais il y a une autre formule qui consisterait à employer le métal estampé et du caoutchouc comme appareillage par voie mixte : caoutchouc et métal. Mais là aussi — je parle au point de vue purement économique pour que la pratique des appareils à dégagement puisse se présenter dans toutes les clientèles — elle ne me paraît possible que par l'intermédiaire de l'acier oxydable employé systématiquement et sans grand effort.



Une objection que vous pouvez faire, c'est celle-ci : sur un appareil mécanique, il y a un travail qui va devoir se faire au point de vue de la rigidité des ailes et du renforcement de ces ailes. Il va falloir augmenter la résistance des ailettes au niveau des collets qui sont extrêmement réduits, et augmenter cette résistance par voie de soudure ou de renfort. Ceci produit des inconvénients par déformation possible des pièces, ce qui entraîne les esprits à y renoncer étant donné qu'il y a une certaine difficulté. Je pense que l'on peut éviter cet inconvénient par certains renforcements produits par les nervures cannelées, des nervures de force que je mets en pratique depuis deux ans et sur lesquelles je me réserve encore un peu.

Vous allez l'apprécier par le moyen d'un acier inoxydable qui a été estampé, non pas sur des presses spéciales, mais sur des presses ordinaires, zinc et plomb. Cette plaque telle qu'elle est là, estampée en une seule fois, ne comporte aucune soudure et peut servir immédiatement de plaque-base exactement comme le ferait du caoutchouc. Celle-ci est purement de démonstration.

Le véritable effet de rigidification vient des deux ailes extrêmes de la partie purement palatine. Si l'on veut consentir à faire des zincs et à produire une plaque-base de cette matière, je ne vois absolument pas ce qui pourrait intervenir comme objection pour faire refuser le bénéfice de cette nouvelle forme, de ces formes récentes de plaques-bases à la clientèle de clinique et à la clientèle particulière.

Je ne veux pas prolonger ce débat, étant donné l'heure tardive.

*M. G. Villain.* — J'ai écouté avec beaucoup de plaisir la communication de notre confrère Lentulo.

Il est évident que sa remarque est très juste lorsqu'il dit qu'il semble qu'en France on se trouve en ce moment très en retard sur l'application des conceptions modernes en prothèse partielle amovible.

Lors d'un passage à Toronto, en 1918, notre confrère canadien Cummer m'a montré toute une série de travaux et de modèles qui servaient à son enseignement basé sur les conceptions actuellement en cours ; dégagement des collets, stabilisation par prolongements, évidemment des plaques au niveau des émergences des vaisseaux nourriciers. J'ai l'impression que c'est lui qui a fait le premier un travail complet, présentant des centaines de cas différents et je regrette qu'on ne lui donne pas suffisamment crédit pour son importante contribution.

Comme l'a dit M. Lentulo, on peut multiplier les exemples à l'infini par la disposition des dents absentes. Chaque cas constitue un problème ; mais ce que je voudrais signaler, c'est que dans ce problème il y a un certain nombre d'éléments qu'il faut considérer simultanément.

Je veux appuyer la thèse que vous soutenez et dire combien ces appareils sont intéressants et devraient être davantage employés en France, mais il faut les raisonner beaucoup, sans cela on va au-devant de déboires.

Je trouve bizarre que l'on considère toujours d'une part la rétention d'un appareil, d'autre part sa stabilisation ; qu'on considère l'articulation indépendamment de toute autre donnée et qu'enfin les substances à em-

ployer ne soient envisagées qu'au point de vue économique. Ce sont là des éléments différents d'un même problème, ils sont interdépendants.

M. Lentulo s'est appliqué, dans son exposé, qui ne voulait et ne pouvait couvrir toute la question, à faire ressortir les conditions de stabilisation statique de l'appareil ; or, il y a une stabilisation dynamique qui, quelquefois va à l'encontre de la stabilité statique et qui nous oblige à combiner l'appareil d'une façon différente.

Si nous prenons l'appareil du quatrième cas (partie supérieure de l'illustration), nous avons un appareil parfaitement stabilisé au point de vue statique ; cet appareil ne basculera pas autour des deux crochets ; les languettes postérieures, l'une portant un crochet, l'autre libre, s'opposeront au mouvement de bascule. Mais lorsque le malade voudra utiliser son appareil fonctionnellement, les ailettes ne joueront plus ; il faut assurer une autre stabilisation : la stabilisation dynamique.

Il y a un élément de stabilisation statique intéressant dans l'exemple proposé, mais il faut en créer un autre pour la stabilité dynamique et dans ce cas particulier, la nécessité d'étrier se fait sentir. Or, dans la majorité des cas, les étriers ne sont pas intéressants, ils transforment l'appareil à point d'appui alvéolaire en appareil à point d'appui dentaire.

Il faut se rendre compte des éléments sur lesquels on s'appuie, car il y a non seulement la rétention, l'ancrage de l'appareil, il y a aussi l'appui ou support.

Lorsque vous voulez transmettre les efforts de mastication à la fois à la muqueuse et à des dents, vous ne pouvez pas les transmettre également. Les dents résistent davantage en opposant aux forces de pression la résistance de leurs ligaments, cette résistance est plus grande que celle des muqueuses, il s'ensuit que lorsque les appareils reposent par des étriers sur les dents, les dents seules portent l'effort de mastication, et très souvent j'ai vu des confrères ne pas utiliser des bridges, parce qu'ils ne voulaient pas surmener les dents, et employer des appareils à plaque avec des étriers très puissants ; de ce fait, ils encombraient le malade d'un appareil à selle ou à plaque et ils fatiguaient les dents autant que s'ils avaient fait un appareil fixe.

Voilà un point du problème que je voulais vous signaler pour montrer combien la combinaison d'une prothèse demande d'attention. Le problème est complexe, beaucoup plus difficile que lorsque l'on faisait ces appareils simples s'appuyant sur une partie plus importante de la voûte palatine et empruntant les collets des dents qui servaient à la fois à leur stabilisation, à leur rétention et à leur support.

Il y a certains malades qui éprouvent des gênes particulières aux languettes ; il y a des malades qui les supportent plus ou moins bien et quelquefois on se trouve en présence de voûtes palatines très ogivales qui vont vous obliger aussi à dessiner les languettes d'une façon particulière.

Ce que vous trouvez aussi, ce sont de ces muqueuses épaisses qui font que les languettes jouent un rôle infiniment moins bon que celui que nous attendons d'elles. Et M. Lentulo ne nous a pas rappelé, sans doute par mo-

destie, les languettes vestibulaires dont il nous a entretenus il y a deux ans, je crois.

En corrigeant les épreuves de la 8<sup>e</sup> Section du Congrès, je voyais dans l'argumentation du rapport de M. Lentulo, un confrère, M. Van den Berg, qui critiquait ces languettes vestibulaires. Eh bien, M. Van den Berg faisait une erreur ; la languette palatine, de préférence, oui ; mais dans les cas où vous trouvez une résistance suffisante, autrement, on peut avec succès recourir à la languette vestibulaire. Ce prolongement vestibulaire peut très bien ne pas être employé sous forme de languette appuyée sur les muqueuses vestibulaires, mais sous forme de prolongement porter non pas un crochet, mais un point d'appui placé sur la face vestibulaire d'une ou plusieurs dents.

Et la question des matières employées ? M. Lentulo vous fait passer un appareil avec des nervures faites en creux qui donnent une résistance très grande à l'appareil. Ces nervures sont très bien supportées. J'en ai fait l'expérience depuis pas mal d'années. Il arrive même que le malade aspire la muqueuse dans ces nervures, qui font ventouse, aidant ainsi à la rétention, au début.

Il est possible d'utiliser des matières qui n'ont pas une très grande rigidité, grâce aux nervures. L'emploi de la vulcanite est plus délicat ; il faut la renforcer ; on a alors des appareils épais qui gênent le malade. Le renfort métallique noyé dans la vulcanite est difficile à maintenir à sa place, lors du bourrage et il apparaît à la surface perdant ainsi beaucoup de son efficacité.

Dans les substances à employer aussi bien pour la plaque-base que pour les crochets, il y a un point à signaler.

On a cru — et M. Lentulo a raison lorsqu'il dit que les appareils coulés ont peut-être vu leurs meilleurs jours — on a cru qu'avec les alliages d'or et palladium on obtiendrait des appareils suffisamment élastiques et rigides.

Je ne sais pas si vous avez une certaine pratique des multiples alliages de ce genre, mis sur le marché ; je les ai essayés à peu près tous et je dois dire, qu'*a priori* ils semblent tous donner également satisfaction. Mais, à la longue, j'ai eu des déboires ; certaines parties de ces appareils fatiguent beaucoup parce qu'elles travaillent par flexion et torsion, sous l'effort de la mastication ; or, dans le métal coulé, les molécules sont pressées les unes contre les autres, mais elles ne sont pas enchevêtrées comme dans le métal laminé, d'où la facilité de séparation.

Je crois que les appareils estampés donnent de bien meilleurs résultats, à la condition, bien entendu, de les établir pour leur assurer une grande rigidité avec le peu d'élasticité indispensable. Il faut que les languettes notamment aient une certaine élasticité.

Il y a la question des crochets. Je dis à mes élèves que les lignes qui rejoignent les crochets, ou si vous voulez les points de rétention (les ancres) doivent passer par le centre de gravité de l'appareil ou constituer une figure géométrique contenant le centre de gravité de l'appareil.

Lorsqu'un appareil est maintenu par deux crochets (une prémolaire



de chaque côté, par exemple) et que tout le poids de la prothèse se trouve en avant du support (pour remplacer des incisives) la languette de stabilisation devant se trouver en arrière, doit avoir une largeur ou une surface d'appui proportionnelle à l'étendue ou au poids de la portion antérieure.

Mais quel type de crochets faire ? Ce ne sont pas les crochets planés que nous employons qui sont les plus intéressants ; nous en connaissons les défauts ; ils favorisent la carie parce que, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, l'adaptation à la dent n'est pas parfaite.

On a utilisé les métaux coulés ; j'en ai fait l'expérience. Il y a deux choses désastreuses : des caries plus rapides et plus fréquentes que lorsqu'on emploie les crochets laminés ; ceci s'explique, les molécules sont pressées les unes contre les autres, et par conséquent, la surface n'est pas lisse. On peut polir cette surface, mais c'est insuffisant, il faut la brunir ; ceci détruit alors l'adaptation recherchée, pour la maintenir, on laisse les crochets bruts de coulée, mais alors la surface rugueuse, même inappréciable à l'œil, mais facile à voir à la loupe, retient les liquides fermentescibles au contact du tissu dentaire, et la carie apparaît rapidement.

D'autre part, employer des bagues dans des appareils qui doivent avoir un certain jeu (roulement autour des ancrages) n'est pas logique. La bague constituée par des crochets planés est donc fautive et le meilleur, c'est le crochet en fil métallique rond très élastique.

On a reproché au fil rond son action érosive, cela était vrai au temps où l'on plaçait ces fils au collet des dents en cherchant, pour les masquer, à les faire glisser sous l'anneau fibreux. Dans ces conditions, ils détruisaient les prismes d'émail ou provoquaient l'abrasion rapide du cément lorsqu'ils venaient au contact de celui-ci.

Le crochet fait d'un fil jonc, s'il est mis dans la partie proéminente de la dent, n'offre aucun de ces inconvénients et comme son contact avec la dent se fait sur une surface très limitée, il est moins nocif que les autres et assure une stabilité au moins aussi bonne.

Comme l'a montré le Prof. Proskauer, pour l'adaptation des bagues en orthodontie si l'on sait faire épouser à celles-ci les parties renflées et opposées des faces des dents, des bagues faites d'une bande très étroite tiennent très bien, aussi bien que les bagues à serrage.

Vous voyez que le problème est tout à fait étendu et qu'il faut le prendre sous toutes ses formes pour réaliser les appareils de prothèse modernes. Ce sont des appareils qui sont simples, mais demandent au chirurgien-dentiste de faire œuvre de praticien et non pas de se contenter de prendre une empreinte et de l'envoyer à son laboratoire. C'est le praticien qui doit étudier sa prothèse, la concevoir en dessinant les contours et la passer au laboratoire pour exécution ; il faut que le dentiste tienne son rôle, dans la construction d'un appareil, c'est un ingénieur étudiant le problème sous toutes ses formes : rétention, stabilisation statique et dynamique, occlusion, articulation, résistance aux pressions pendant la mastication, substances susceptibles d'être employées non seulement par leur aspect, mais par leur qualité physique. En faisant ainsi œuvre d'ingénieur, je le

répète, il établit des prothèses qui rendent des services infiniment plus pratiques aux porteurs de celles-ci.

Le malade a la sensation que son appareil tient fermement, et il tient sans laisser une sensation de serrage et d'immobilisation des dents.

L'appareil est équilibré, la mastication se fait sans gêne et sans fatigue pour les organes qui soutiennent la prothèse, le rendement fonctionnel de celle-ci atteint le maximum d'efficacité.

*M. Lentulo.* — Après l'intervention de M. G. Villain, je n'ai pas grand-chose à ajouter et je peux avouer le grand sentiment de satisfaction éprouvé à me trouver d'accord avec ses idées. C'est ainsi que de ce qu'il vient de dire on peut en retrouver quelque chose dans le rapport sur la prothèse partielle que l'on m'a permis de présenter l'année dernière au Congrès de Paris.

Je voudrais uniquement répéter que je n'ai pas eu l'intention d'épuiser le problème. Toutefois, il y a, entre autres choses, un point qui demande à être développé plus spécialement, ce que j'espère pouvoir faire bientôt, se rapportant à la fonction cuspidienne des dents artificielles en vue de la stabilité des plaques-bases et, conséquemment des traumatismes possibles, muqueux ou ligamentaires.

Mais permettez tout de suite un exemple des plus simples, fréquent, banal : voici schématiquement présentée une prémolaire artificielle, au maxillaire supérieur, constituée par une facette jugale uniquement, ne comportant pas de cuspide linguale.

Nous négligerons premièrement le défaut, évident, de toute action triturante d'une pareille construction pour noter un défaut non moins grave, sinon plus. En effet, si à considérer un pareil montage achevé, sur son modèle en articulateur, ou même posé en bouche, il peut sembler, à l'occlusion, que la dent artificielle sera indifférente à l'action de la mastication, il en ira tout autrement en réalité quand un fragment d'une substance alimentaire quelconque, dure ou semi-dure, sera interposé entre cette prémolaire sous-cuspide lingual et les dents inférieures antagonistes : à ce moment joueront toutes les forces obliques sur un unique plan incliné non compensé, au grand dommage d'une stabilité qui ne sera obtenue qu'à grand renfort de crochets d'ancrages... Je passe sur les suites probables tant au point de vue muqueux qu'à celui de l'intégrité ligamentaire des dents supportant les ancrages.

Par cet exemple, et si l'on veut bien ne pas oublier la vulgaire croûte de pain intervenant... quelquefois, qui reliera les deux maxillaires, on peut entrevoir déjà une généralisation possible pour aboutir à cette conclusion ; que la stabilité d'un appareil est pour la plus grande partie le produit de la stabilité de chacune des dents de remplacement envisagée isolément.

Ainsi, il apparaît que, sans calculs compliqués, les effets statiques peuvent être raisonnés et compris assez pour qu'avec un peu d'habitude cette sorte de difficulté dont parlait M. Villain tout à l'heure s'atténue et même disparaisse. J'ai bien l'impression qu'en associant nos efforts nous devons pouvoir obtenir cette sorte de méthode standardisée dont M. J. K. Burgess

déplorait l'absence en terminant son rapport au dernier Congrès international. A mon avis, et quoi qu'il paraisse, l'idée de prothèse tend à se simplifier. Quand on aura éclairci le problème de l'articulé au lieu de le compliquer, le sens de la prothèse sera bien près d'être à la portée de n'importe quel esprit.

*M. le Président.* — Tout à l'heure, M. Lentulo regrettait qu'on soit un peu en retard en France au point de vue de la prothèse. Je crois que ceci tient à ce que depuis quelques années, dans nos Sociétés, les questions de prothèse n'ont guère été traitées : c'est une faute.

J'ai voulu que cette année 1931-1932 de la Société d'Odontologie se termine sur une question de prothèse et je remercie infiniment M. Lentulo d'avoir bien voulu accepter de faire, ce soir, cette communication très intéressante. (*Applaudissements*).

### III. — RAPPORT DE M. LEBLAN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

*M. le Dr Leblan* donne lecture de son rapport (v. p. 689), qui est approuvé.

### IV. — ÉLECTION DU BUREAU.

*M. le Président.* — Le Bureau sortant, suivant la coutume, vous propose comme président M. le Dr Desforges, qui avait été proposé il y a déjà quelques années, mais que son état de santé, à la suite d'un accident d'automobile, avait empêché d'accepter à cette époque. Cette année, nous lui avons donné la place qui revenait au Dr Chenet.

Comme premier vice-président : M. le Dr Chenet.

Comme deuxième vice-président : M. Martinier.

Comme secrétaire général : M. Rivet.

Comme secrétaire adjoint : M. Gabriel.

Par un vote unanime, l'Assemblée adopte la proposition du Bureau sortant.

Le nouveau bureau est donc ainsi composé :

*Président* : Dr Desforges.

*Vice-Présidents* : Dr Chenet et M. Martinier.

*Secrétaire général* : M. Rivet.

*Secrétaire adjoint* : M. Gabriel.

*M. le Président.* — Avant de lever la séance, je tiens à remercier encore une fois la Société d'Odontologie de l'honneur qu'elle m'a fait en m'appelant à la présidence ; je remercie également tous les membres du Bureau pour leur collaboration et tous les membres de la Société qui ont bien voulu faire des communications et des présentations, ainsi que les auditeurs qui ont assisté nombreux à nos séances.

La séance est levée à 23 h. 30.

*Le Secrétaire Général* : Dr LEBLAN.



**SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE***Séance mensuelle du 28 Juin 1932*

La séance mensuelle de la S. O. F. a eu lieu le mardi 28 juin, à 20 h. 45, à l'École Odontotechnique de Paris, sous la présidence du D<sup>r</sup> Gérard Maurel, Président.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance est donnée (Adopté).

Le Président donne la parole au D<sup>r</sup> Crocquefer pour la présentation de son film « *Technique de l'avulsion des dents de sagesse inférieures* », film que l'auteur commente d'une façon extrêmement précise et dont le caractère pédagogique est nettement déterminé.

Chacune des différentes techniques est précédée d'un dessin animé suivi immédiatement de l'acte opératoire effectué sur patient.

Le Président félicite chaleureusement le D<sup>r</sup> Crocquefer pour sa belle réalisation si profitable à l'enseignement.

M. Schatzman fait un compte rendu très complet du Congrès de Bâle et souligne, d'une façon toute particulière, l'accueil extrêmement cordial réservé à nos délégués.

Les D<sup>rs</sup> Le Mée et Sourice font un exposé de leur technique radiographique concernant l'exploration des cavités de la face.

A l'aide d'injections au lipiodol effectuées au préalable et suivant une technique bien déterminée, ils font passer le rayon radiogène par un plan horizontal. Ils obtiennent ainsi des images d'une netteté remarquable, permettant non seulement d'établir un diagnostic précis, mais de suivre l'évolution des différentes affections dentaires et sinusales.

La séance est levée à 24 heures.

*Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.*

**SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS***Séance du 24 Mai 1932*

*Présentations :*

*Un cas de tuberculose mandibulaire atypique.*

MM. Thibault et Lebourg présentent l'observation d'un malade de 49 ans, atteint d'une tuberculose ouverte, cracheur de bacilles, qui présentait au niveau de la mandibule une tumeur d'aspect ulcéro-végétant dont la nature bacillaire fut affirmée par une biopsie.

*Deux observations de tuberculose ulcéreuse et ulcéro-végétante de la mandibule.*

M. Crocquefer présente l'observation d'une malade, tuberculeuse avérée, qui, à la suite d'un abcès d'origine dentaire, vit se développer dans la région péri-apicale de la dent causale une tumeur ulcéro-végétante envahissant progressivement le maxillaire et la muqueuse des dents voisines depuis la 2<sup>e</sup> prémolaire jusqu'à la centrale droite. Cette tumeur opérée et la pièce examinée affirmèrent la nature tuberculeuse de la lésion.

La 2<sup>e</sup> observation est celle d'un malade qui, à la suite d'une extraction, présente une ostéite rebelle à tout traitement, dont la nature tuberculeuse fut affirmée par la découverte de bacilles au niveau de la plaie et dans les crachats, le malade étant tuberculeux pulmonaire. D'après l'auteur la première observation s'apparente à celle de Lebourg et Thibault, la 2<sup>e</sup> observation à celle présentée par

Dechaume. Il n'y a pas lieu de faire de ces cas cliniques des formes spéciales de tuberculose ; ce sont simplement des inoculations bacillaires développées sur des infections banales à pyogènes.

*Un cas de fracture horizontale haute de la mâchoire supérieure consolidée en position vicieuse.*

MM. Dufourmentel, Darcissac et Hennion présentent le malade, qui, porteur de cette lésion, a été guéri par une résection du condyle et par le traitement prothétique ultérieur.

*Communications :*

*Lichen plan buccal, conséquence allergique d'une mycose, tégumentaire ou buccale.*

M. Jausion pense que le lichen plan est une mycose et présente cinq observations intéressantes. Trois de ses malades chez qui on peut constater l'amélioration assez rapide des lésions ont été après intra-dermo-réaction tricho-épidermophytique, traités par le vaccin polymycosique que l'auteur dénomme clasine.

*Classification des tumeurs d'origine dentaire.*

MM. Bercher et Codevelle présentent une classification des tumeurs d'origine dentaire basée sur l'anatomie pathologique et la pathogénie. Ces tumeurs seraient ainsi divisées en :

- tumeurs inflammatoires,
- tumeurs hyperplasiques, subdivisées en :
  - tumeurs fibro-épithéliales,
  - tumeurs conjonctives,
  - hyperplasies des tissus dentaires adultes ;
- dysembryoplasies comprenant :
  - des tumeurs bénignes,
  - des tumeurs malignes ;
- dysorganoplasies dans lesquelles se rangent :
  - les tumeurs des dents,
  - les dentomes radiculaires,
  - les dentomes coronaires.

*Radiothérapie dans les lésions cellulaires cervico-faciales d'origine bucco-dentaire.*

MM. Giraudeau et Dechaume montrent ce que l'on peut demander à la radiothérapie pour aider la résolution de l'infection cellulaire après le traitement causal. Ils précisent la technique qu'ils ont employée. L'action de la radiothérapie est encore mal élucidée, mais il est certain qu'elle est supérieure à celle de la diathermie et des infra-rouges.

## BIBLIOGRAPHIE

Dr JEAN CHEMIN. — **Les épithéliomas primitifs des gencives et de la muqueuse de la voûte.** (*Thèse de Toulouse, 1931*).

Cet excellent travail émane du centre anti-cancéreux de Toulouse et reflète l'enseignement magistral du Professeur Ducuing. Il contient un exposé étiologique, anatomique et anatomo-pathologique très clair, mais fait preuve d'une véritable originalité dans l'étude des symptômes et des formes cliniques, différentes au maxillaire inférieur et au maxillaire supérieur, ces dernières restant plus longtemps superficielles et s'accompagnant plus tardivement d'adénopathie. La discussion du traitement est pleine de bon sens et d'éclectisme : chirurgie accompagnée de prothèse immédiate, association de la chirurgie et du radium qui, personnellement, nous paraît convenir à la majorité des cas, la curiethérapie isolée ne convenant qu'aux épithéliomas traités dès leur début.

Voici enfin ce que dit l'auteur des résultats obtenus, en insistant sur la nécessité du diagnostic précoce, lequel est si souvent du ressort du dentiste :

« Les résultats, variables suivant les thérapeutiques instituées et le siège des lésions, donnent : pour la chirurgie seule, des récurrences évitables aux maxillaires supérieurs, tandis qu'à la mandibule les statistiques indiquent jusqu'à 40 % de guérisons dans les cas limités (Morestin) et 15 % dans les cancers propagés (Bernard).

« Pour les radiations seules, 20 % de guérisons d'après Regaud, s'il n'y a pas de lésions osseuses et 7 % de guérisons, d'après les résultats obtenus au C. A. T. sur des épithéliomas tous propagés à l'os. La curiethérapie seule, au moins pour les lésions avancées, ne vaut rien.

« L'association curie-chirurgicale, quand il s'agit d'épithéliomas gingivaux supérieurs, donne, d'après Verger, 60 % de résultats heureux dans les cas limités et 33 % dans les autres propagés. Quand il s'agit d'épithéliomas gingivaux inférieurs, la reprise de l'évolution cancéreuse est la règle. »

Dr F. BONNET-ROY

H. DECHAUME. — **La haute fréquence en stomatologie.**

Nous avons parcouru avec intérêt le volume qu'a consacré M. Dechaume à la haute fréquence en stomatologie.

L'auteur, rendant un juste hommage aux travaux du Professeur d'Arsonval, donne une claire définition des courants de haute fréquence à ondes amorties et à ondes entretenues.

Il étudie les principaux appareils mis par les constructeurs français à notre disposition, puis il passe en revue les applications d'intensité ou de diathermie simple et les applications d'intensité faites dans un but destructif : diathermo-coagulation petite, moyenne et forte.



Nous conseillons la lecture attentive du paragraphe consacré au traitement des canaux ; l'auteur rappelle les travaux des frères Flohr qu'ils ont synthétisés dans un ouvrage de langue allemande dont la clarté et la concision nous avaient déjà frappé.

Quelques pages sont consacrées aux applications dites de tension (fulguration et effluvation).

Un troisième et dernier chapitre nous initie aux curieuses applications du bistouri de haute fréquence, utilisé déjà très largement par Heitz Boyer en chirurgie générale et qui mérite toute l'attention des dentistes.

Au total, cet opuscule est bien plus qu'un « simple essai » comme l'écrit trop modestement son auteur ; nous conseillons vivement à nos confrères de l'étudier et de le méditer.

D<sup>r</sup> BERTRAND

---

D<sup>rs</sup> PEDRO MAYORAL et B. LANDETE ARAGO. — **Introduction à l'étude de l'odontologie**

Nous venons de recevoir la 2<sup>e</sup> édition de cet ouvrage, publié cette fois en 2 volumes, dont le premier a seul paru jusqu'à présent. Les auteurs l'ont considérablement augmenté. La première édition (1929) comprenait un seul volume de 291 pages, tandis que le premier tome en question en compte à lui seul 502.

Ce premier tome est divisé en 20 chapitres. En les rédigeant, les auteurs ont tenu compte des appréciations formulées par les revues professionnelles à la suite de la publication de la première édition, qu'ils reproduisent. Ils ont voulu embrasser une vue panoramique de l'odontologie. En suivant à peu près le plan primitif, ils ont donné aux sujets un développement notablement plus étendu.

71 figures illustrent le texte.

---

NOUVEAUX JOURNAUX

Nous avons reçu le premier numéro (juillet 1932) d'un journal grec, *Odontotriki Proodos* (Le Progrès Dentaire), paraissant mensuellement et dirigé par M. Th. I. Colocassides, Aiolou 73 A, Athènes.

Nous avons reçu également le premier numéro (août 1932) du *Progreso dental*, mensuel, dirigé par M. Ernesto Gietz, 811 Tucuman, Buenos-Aires (Argentine).

Nous avons reçu aussi le premier fascicule (janvier-février 1932) d'un nouveau journal italien intitulé *Archivum Chirurgiae oris* (Archives de chirurgie buccale) publié par M. le Prof. Cesare Cavina, 49 Via Mazzini, Bologne, chez l'éditeur L. Cappelli, Piazza Galvani, à Bologne également.

Cette revue contient des articles sur la chirurgie de la bouche, en italien, en français, en anglais et en allemand, accompagnés d'un court résumé de l'auteur traduit en français par la rédaction.

Elle paraît en volumes de 600 pages chacun, divisés en 6 fascicules, publiés sans date fixe.

Prix d'abonnement par volume, pour l'étranger : 125 liras. Le premier fascicule, abondamment illustré, est accompagné de 16 pages de bibliographie universelle sur la chirurgie buccale.

---

#### LIVRES REÇUS

Nous avons reçu : 1<sup>o</sup> du Dr Siro Bertelli, de Pérouse, une brochure en italien, de 51 pages, intitulée : *La Stomatologie vue par un homéopathe*, dans laquelle l'auteur examine diverses questions, notamment la septicité buccale, la pyorrhée alvéolaire, etc... C'est une communication faite par lui au premier Congrès de l'Association Stomatologique internationale à Budapest, en septembre 1931.

2<sup>o</sup> *Travaux scientifiques de l'Institut Médical d'Etat d'Astrakan (Russie)*, un volume de 145 pages, en russe et en allemand. Publication périodique, tome I, fascicule I, janvier 1932.

3<sup>o</sup> *Influence d'une alimentation dépourvue de céréales et riche en vitamines D et en calcium, sur la carie dentaire chez les enfants*, par May Melanby et C. Lee Pattison (11 p. en anglais).

---

# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Intérêts professionnels

#### LA PRISE D'EMPREINTE

Nul n'est content de son sort, s'il faut en croire les prétentions d'un groupe de mécaniciens qui, sous une forme détournée, demandent à exercer l'art dentaire, à l'instar des gens qui ont peiné, travaillé, pour la préparation d'examens, après avoir dépensé force argent et avoir passé plusieurs années de leur belle jeunesse à veiller tardivement pour arriver, tout en gagnant leur vie, à acquérir les connaissances nécessaires à l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Nous avons connu des parents se saignant aux quatre membres pour aider les nobles ambitions de leurs enfants. Après de longues années d'un labeur pénible, ces jeunes et courageux travailleurs sont parvenus à leurs fins. Il ne suffit pas qu'une pléthore professionnelle ait rendu leurs débuts difficiles, il faudrait encore qu'ils aient à lutter contre un recrutement de mécaniciens qui, sous forme de droit à la prise d'empreinte, pourraient ouvrir boutique à côté de leur cabinet.

Les mécaniciens tiennent ce simple raisonnement qu'ils essaient de faire miroiter auprès des pouvoirs publics : Pourquoi nous, mécaniciens, qui faisons des appareils de toutes façons et de tous genres n'aurions-nous pas le droit à la prise d'empreinte ; nous ne demandons pas grand'chose, nous ne demandons pas à devenir dentistes, nous les laissons exercer leur art difficile du traitement des dents, nous ne réclamons qu'un simple droit : celui de la prise d'empreinte. Comme vous le voyez, ces messieurs ne sont pas exigeants ! L'empreinte n'est cependant pas une chose aussi simple que les mécaniciens semblent l'insinuer. L'empreinte est l'aboutissant de toutes les opérations de notre art : extraction des racines infectées, préparation, traitement et obturation des dents, régularisation des crêtes alvéolaires et des bourrelets gingivaux, etc..., toutes opérations intimement liées à la prise d'empreinte dont le moment opportun doit être fixé par l'opérateur qui, seul, a qualité et les connaissances nécessaires pour juger si la bouche est en état de recevoir un appareil.

On a fait briller aux yeux du public incompétent les aptitudes



du mécanicien, on l'a comparé faussement aux ouvriers qui s'occupent d'orthopédie, d'appareils herniaires, de corsets redresseurs. Il n'y a aucune comparaison à établir. Le chirurgien amputé et l'amputé *guéri* s'adresse à un prothésiste qui n'a nullement besoin d'être en relation étroite avec lui pour confectionner un pilon ou appliquer un bandage herniaire. Il faut reconnaître qu'à côté du bandagiste qui place les bandages, souvent plus nuisibles qu'utiles, il existe actuellement nombre d'orthopédistes, pourvus du doctorat en médecine, capables de faire établir un appareil et de le placer dans des conditions autrement efficaces que le simple marchand de bandages.

Pour nous, la question est bien différente, la prothèse, la pose d'un appareil, la prise d'empreinte *sont intimement liées à la chirurgie dentaire*. Il faut que l'on soit bien pénétré de cette relation étroite de la dentisterie opératoire et de la prothèse. Ces deux connaissances se pénètrent l'une l'autre, elles marchent de pair et non isolément, l'une à la suite de l'autre. Autoriser le mécanicien à la prise d'empreinte serait implicitement l'autoriser à donner des soins antérieurs et nécessaires à la prise d'empreinte, les soins postérieurs à la pose des appareils. Nous retournerions au bon vieux temps du libre exercice de l'art dentaire, à cette époque où, s'il y avait quelques talents incontestables, il existait quantité de pauvres praticiens qui, sans se douter du mal qu'ils faisaient, plaçaient des appareils dans des bouches infectées, masquant les béances par des dents artificielles, sans se soucier de ce qu'il y avait dessous et de ce qui se passerait le lendemain. Et c'est à cela que nous reviendrions, croyez-le bien !

Il est possible aussi que certains mécaniciens plus consciencieux demandent au chirurgien-dentiste de pratiquer les soins nécessaires à la préparation de la bouche. Le chirurgien-dentiste deviendrait alors tributaire du mécanicien et dans le cas où l'appareil n'irait pas pourrait en rejeter la faute sur l'opérateur qui n'aurait pas su préparer la bouche comme il le désirait.

Et ces prétentions des mécaniciens arrivent au moment où l'accession au diplôme d'Etat va devenir plus difficile, où l'on va exiger des candidats un effort intellectuel plus grand et un sacrifice d'argent plus important. C'est après l'effort de toute une profession qui a le mérite de s'être élevée par ses propres moyens qu'un groupe de mécaniciens vient demander le droit à la prise d'empreinte et saper à la base le bel édifice que nous avons construit !

Comme l'a fort bien dit M. Poullot, la profession sera là, mue par le même ressort pour s'élever contre de pareilles prétentions qui transformeraient médecins et chirurgiens-dentistes en pauvres dupes.

Nombre de professeurs de nos écoles dentaires ont débuté modestes

mécaniciens ; par leur intelligence, par leurs connaissances scientifiques et professionnelles, ils sont devenus les maîtres reconnus de la science dentaire française. Que Messieurs les Mécaniciens les prennent comme exemple, qu'ils s'instruisent, s'ils veulent exercer l'art dentaire, ils feront comme les autres, ils travailleront. Le travail est une excellente clé qui ouvre toutes les portes.

Avec le droit à la prise d'empreinte donné aux mécaniciens, nous reviendrions à cinquante ans en arrière. Que l'on y réfléchisse. Le mécanicien est l'aide du dentiste, il agit de concert avec lui, il n'est nullement justifié pour agir seul sur des patients.

Dr CHEMIN.

## L'AMORTISSEMENT DU FONDS DE COMMERCE

### UNE NOUVELLE JURISPRUDENCE

Dans une chronique antérieure, il a été exposé qu'un avis récent du Conseil d'Etat avait admis que l'indemnité d'éviction versée par un propriétaire-commerçant à un de ses locataires pour la reprise de locaux lui appartenant, en vue de l'extension de ses opérations commerciales, devait faire l'objet d'un amortissement incontestable, et l'on faisait remarquer que, contrairement à la doctrine administrative, le Conseil d'Etat penchait favorablement vers la thèse de l'amortissement du fonds de commerce.

Or, un arrêt récent de cette haute juridiction confirme cette opinion et admet l'amortissement effectué sur la valeur du fonds de commerce qui a subi une dépréciation effective résultant de la diminution de son chiffre d'affaires et du ralentissement des constructions dans la région.

Voici les termes de cet arrêt :

« Considérant que l'article 4 de la loi du 31 juillet 1917 instituant un impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux dispose que le bénéfice net imposable des contribuables qui y sont soumis est déterminé après déduction de toutes charges, y compris notamment les amortissements généralement admis d'après les usages de chaque nature d'industrie ou de commerce ;

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que le chiffre d'affaires et les bénéfices de la Société X... ont, à partir du premier semestre de l'année 1923, considérablement diminué, que la Société était, dès le 31 septembre de cette année, en raison tant des résultats de l'année écoulée que du ralentissement des constructions dans les régions libérées, en droit de considérer que le fonds de commerce avait subi une dépréciation effective, et par suite, de procéder, à un amortissement ; que celui effectué par la Société, égal au 1/5 de la valeur du fonds de commerce, n'apparaît pas, dans les circonstances de l'affaire, comme exagéré ; qu'il y a lieu, dès lors, contrairement à ce qu'a décidé le Conseil de Préfecture, de faire droit à la requête de la Société X... »

Il institue, en fait une jurisprudence tout à fait nouvelle et tout à fait contraire à la pratique actuelle et il est susceptible d'une application dont il est impossible en un seul article de prévoir l'ampleur étant donné la mul-

tiplicité des causes diverses qui influent sur la valeur des fonds de commerce.

Le Conseil d'Etat s'est basé dans le cas de notre arrêt sur une réduction de chiffre d'affaires et le ralentissement des constructions. Mais, tous les motifs réels de dépréciation d'un fonds de commerce peuvent être envisagés et notamment : le changement de clientèle dans un quartier déterminé, les modifications des conditions du bail entraînant une réduction de la valeur de l'affaire, la disparition de la clientèle pour un quartier cessant de devenir commercial, la découverte de nouveaux procédés de fabrication tendant à éloigner la clientèle par suite de conditions meilleures faites par une industrie concurrente, l'installation d'un magasin concurrent dans le voisinage d'un établissement déterminé, toutes sortes de raisons qui pourront valablement être invoquées, mais dont l'énumération est impossible à rapporter étant donné la multiplicité des cas qui peuvent se présenter.

Il sera sage, cependant, de modérer cet amortissement pour l'appliquer exactement au chiffre exact de la dépréciation du fonds de commerce.

De plus, il faut prévoir que la revente du fonds de commerce, pour un prix supérieur à la valeur restant à amortir au moment de la vente, pourrait toujours donner lieu à une remise de base équivalente.

#### QUELQUES NOUVELLES FISCALES

En cas de *cessation de commerce*, il est admis que l'impôt sur les bénéfices commerciaux dû pour la dernière période de l'exercice commercial soit déduit, par anticipation, du bénéfice à déclarer pour la dite période au titre des bénéfices commerciaux.

\*  
\* \*

L'imposition à la *Contribution Foncière* des propriétés bâties de *bâtiment ou d'outillage* fixe est établie d'après un revenu net calculé suivant un taux approprié à l'usage de ces éléments appliqué à la valeur vénale des dits éléments. Il n'existe pas de taux fixes lesquels sont généralement déterminés suivant les industries.

Notons celui de 6 % pour les bâtiments et de 8 % pour l'outillage fixe imposables à la contribution foncière qui a été appliqué dans une tournerie.

Notons également que, dans un *poste de transformation*, le bâtiment ainsi que l'outillage fixe scellé a été reconnu imposable à la contribution foncière, alors que l'outillage mobile équipant le même poste a été reconnu non imposable à la dite contribution.

\*  
\* \*

Une *réclamation en matière de contributions directes* doit toujours être signée du contribuable figurant en nom sur l'avertissement.

Il a été jugé qu'une réclamation expédiée sans signature mais revêtue du cachet de la Maison imposée était cependant recevable et que cette réclamation d'ailleurs présentée en même temps que deux autres réclamations ne pouvait être rejetée en la forme pour l'absence de la signature.



Nous confirmons, au sujet de la situation d'un *contribuable décédé dans le cours de l'année* vis-à-vis de l'impôt général sur le revenu, que la nouvelle législation instituant obligation de déclaration pour la période écoulée du 1<sup>er</sup> janvier à la date du décès, n'est applicable qu'à partir du 31 mars 1932 ; c'est pourquoi d'ailleurs, il avait été rappelé dans un article paru vers février ou mars, suivant les organes, les modalités de l'ancienne jurisprudence en sens contraire, dont il restait avantageux de se prévaloir jusqu'à ce te date.

Raymond MENNETRIER,  
*Licencié en Droit,*  
*Ancien Contrôleur des Contributions Directes,*

### SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

Le Section du Pas-de-Calais du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France s'est réunie le 24 juillet 1932, à Saint-Omer, afin de constituer un Syndicat départemental en vue d'une Fédération régionale qui comporterait les mêmes éléments constituant actuellement le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France.

L'ordre du jour suivant a été voté :

Considérant l'art. 11 de la loi du 30 novembre 1892 ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la profession de *dentiste* s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste »,

que, par conséquent, il importe que le titre du Syndicat professionnel à former comporte le qualificatif « dentiste ».

Considérant qu'une Fédération de Syndicats ne peut se constituer que si les Syndicats existent.

Considérant que la loi du 30 avril 1930 fonctionne dans le cadre départemental,

Décide :

1<sup>o</sup> de constituer un syndicat du département du Pas-de-Calais ;

2<sup>o</sup> de laisser à ce Syndicat une fois constitué le soin d'adhérer, dans des conditions qu'il lui appartiendra de déterminer, à une fédération régionale.»

La séance de constitution du Syndicat des Dentistes du Pas-de-Calais eut lieu ensuite. Le bureau a été composé comme suit :

*Président* : L. Joly. — *Vice-Président* : O. Vandrepote. — *Secrétaire* : Verschoote. — *Trésorier* : P. Lalis. — *Conseillers* : J. Tillie et F. Roussel.

A l'issue de ces réunions eut lieu un déjeuner confraternel sous la présidence d'honneur de M. J. Tillie, député du Pas-de-Calais et membre du Syndicat. Des discours ont été prononcés par M. L. Joly, au nom de ses confrères du Pas-de-Calais ; par M. Friteau, président du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France, venu pour apporter les félicitations de ce groupement au nouvel élu et au nouveau groupement, et par M. Tillie.

## PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU TRAVAIL TECHNIQUE ARTISANAL

L'Institut National des Métiers, créé à l'instigation de la Confédération Générale de l'Artisanat Français, vient d'entreprendre une œuvre d'un caractère scientifique élevé et d'un très grand intérêt social ; aucune initiative d'une telle portée n'avait encore été prise ni par les milieux professionnels ni par les milieux médicaux.

La Section d'Hygiène de l'Institut National des Métiers a mis au point l'étude méthodique de la physiologie et de la pathologie du travail dans les professions artisanales. Comment l'organisme humain réagit-il aux attitudes, aux effets dynamiques du labeur quotidien ? Quelles déformations en résultent suivant les types d'individus et leur tempérament ? Quelle est l'influence de la répétition des mêmes gestes sur le fonctionnement des organes internes et l'équilibre humoral ?

Les réponses sont basées sur les résultats d'observations multiples d'expérimentations cliniques : il s'en dégage des notions extrêmement intéressantes sur l'orientation professionnelle, l'hygiène et la pathologie et, en conclusion, des indications précises sur les meilleures techniques à utiliser pour que le métier ne diminue plus son homme, ne l'asservisse pas à certaines tares évitables.

Le taylorisme, qui signifie avant tout la meilleure façon de travailler, sera ainsi rendu scientifiquement et physiologiquement possible, grâce aux remarquables travaux dirigés par l'Institut National des Métiers pour l'adaptation intégrale des divers facteurs individuels, dans les limites de chaque activité professionnelle.

Les hygiénistes, les médecins, les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les hommes de science désireux de compléter ces recherches par voie d'études personnelles ou de communications de travaux, sont conviés à poser leur candidature à l'Institut National des Métiers, 30, rue des Vinaigriers, Paris.

## ASSURANCES SOCIALES

### CONSEIL DE FAMILLE NATIONAL DENTAIRE

#### *Membres titulaires :*

- MM. Audy, 2, rue du Chat-Haret, Senlis (Oise).  
Auvray, 50, rue Talleyrand, Reims (Marne).  
Bernard, 20, rue Adolphe-Thiers, Marseille.  
Bouchard, Quai de l'Université, Lyon.  
Des Cilleuls, 6, place de la Commanderie, Nancy.  
Dubois, 74, rue du Rocher, Paris.  
Friteau, 91, boulevard Haussmann, Paris.  
Gibert, 5, rue Camille-Collard, Saint-Etienne (Loire).  
Loup, 116, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

*Membres suppléants :*

- MM. Arnal, 92, rue des Godrans, Dijon.  
Blocman, 17, rue des Pyramides, Paris (1<sup>er</sup>).  
Charlet, 95, rue Jouffroy, Paris.  
Chateau, 2, place Victor-Hugo, Grenoble.  
Etavard, 1, rue d'Alsace, Angers.  
Ely, 27, rue de la Marne, Poitiers.  
Pennetier, 5, place de la Préfecture, Guéret (Creuse).  
Sénécal, 11, Rond-Point de la Station, Le Raincy (Seine-et-Oise).  
Villain Henri, 10, rue de l'Isly, Paris (8<sup>e</sup>).

Pour copie conforme :

*Le Délégué : JOLY.*

---

## Chronique Professionnelle

---

### LE SERVICE DENTAIRE DANS L'ARMÉE PORTUGAISE

*Nous empruntons les indications qui suivent au livre de M. Simoes Bayao :*

« Les soins dentaires dans l'armée portugaise » dont nous avons rendu compte.

En Portugal, les soins dentaires sont dus à toute la population militaire composée de neuf armes ou services formant les cadres permanents de l'armée métropolitaine : état-major, génie, artillerie, cavalerie, infanterie, aviation, service de santé et service vétérinaire, administration et secrétariat militaires. Ils sont assurés par deux chirurgiens-dentistes capitaines, l'un à l'hôpital militaire principal de Lisbonne, l'autre à l'hôpital militaire principal de Porto, qui, avec un matériel réduit et un personnel très réduit, font le maximum du possible et de l'impossible. Rien de plus pour le territoire continental et les colonies.

Comme complément, la réglementation suivante : Service de Santé, Division d'instruction, chap. 11, n° 2, qui parle de l'hygiène individuelle des troupes en campagne :

« La bouche et les dents doivent être lavées tous les jours avec une brosse et un peu de bicarbonate de soude, pour éviter la carie, les abcès et les maux de dents.

« Chaque soldat doit se servir exclusivement de sa brosse. »

L'armée portugaise métropolitaine compte 63.798 officiers, sous-officiers, caporaux, soldats et recrues.

---



# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### DU TRAITEMENT DES DENTS INFECTÉES

#### DE QUELQUES ERREURS

Par M. LUBETZKI,

Professeur à l'École Dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Bruxelles, A. F. A. S., juillet 1932)

616.314 08.

Dans deux études précédentes sur les mortifications pulpaïres sous obturations et sur les différentes obturations de la dent et leur thérapeutique, nous avons essayé d'attirer l'attention sur un fait capital qui domine toute notre activité conservatrice, c'est qu'un grand nombre d'échecs sont trop facilement attribués à un produit ou à une méthode, tandis qu'on semble oublier qu'il peut exister des erreurs de technique ou d'interprétation pathologique.

Toute affection, quelle qu'elle soit, est susceptible d'être traitée suivant des méthodes différentes, méthodes qui peuvent être toutes excellentes si à la base du traitement on observe certains principes, dont on ne s'éloignera jamais.

Si une erreur grave a été commise, la thérapeutique, qui a donné pendant longtemps satisfaction entière, fait faillite. Trop facilement on oublie l'erreur et on rejette la cause de l'insuccès sur la méthode.

Nous avons coutume d'entendre affirmer que les dents infectées sont destinées à disparaître, quels que soient les soins qu'on pourrait prendre pour les sauver, non pas en vertu de la fameuse théorie de la *focal infection*, mais simplement parce qu'il n'existe pas de traitement susceptible de les sauver.

Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que nous guérissons toutes les dents infectées que nous traitons, pas plus d'ailleurs que la médecine ou la chirurgie ne prétend guérir pour toujours un malade

atteint d'une affection et pourtant la thérapeutique conservatrice continue malgré tout à ne perdre aucun droit.

L'avulsion en art dentaire ne peut s'appliquer qu'à la dent dite infectée, tous les autres cas pathologiques de la carie dentaire étant susceptibles d'être traités par la thérapeutique conservatrice.

Nous possédons tous, suffisamment d'exemples de dents infectées traitées permettant d'affirmer que nombreuses sont ces dents qui ont pu être sauvées pendant de nombreuses années. Les méthodes les plus diverses, les plus simples comme les plus compliquées, ont été préconisées. Toutes ont leur valeur, toutes donnent d'excellents résultats. Je n'apporterai aujourd'hui aucune critique.

Une dent infectée est une racine bourrée de micro-organismes et de matières organiques en putréfaction et en fermentation. L'infection s'étend aux parois du canal, à la masse dentinaire par ses tubuli dentinaires et à la zone périapicale. L'infection de la zone périapicale constitue le point le plus vulnérable; c'est du respect de cette zone que dépendra le succès du traitement que nous aurons institué.

Or, malgré les travaux considérables qui ont été présentés par des confrères éminents, des insuccès nombreux sont encore constatés dans le traitement de ces dents. Ce qui aggrave le problème, c'est que l'insuccès survenant au début du traitement entraîne presque toujours la condamnation de la dent.

Pourquoi ces désastres ? Parce que le traitement d'une dent infectée exige beaucoup de temps et que nous sommes au siècle de la vitesse. L'opérateur veut aujourd'hui aller vite au point de vue opératoire, il emploie des spécialités qui doivent être des panacées, qui doivent guérir tout sans effort et rapidement. N'oublions pas que notre spécialité, branche de l'art de guérir, constitue de la *petite chirurgie*. Dès qu'une intervention chirurgicale est décidée c'est à un travail précis que doit se livrer le praticien et la guérison ne dépend que de la qualité de l'intervention et des qualités propres de l'opérateur.

Les qualités de l'opérateur et de l'intervention dépendent de la compréhension scientifique du terrain sur lequel se fera le travail.

Nous exigerons de l'opérateur qui traite une dent infectée le respect d'une règle rigide avec laquelle il ne devra y avoir aucune exception, c'est *d'éviter au cours du traitement toute compression sur le contenu putride du canal.*

L'erreur grossière commise par un grand nombre de praticiens, c'est par un excès de zèle et de prudence de laisser la dent infectée ouverte pendant plusieurs jours, puis brusquement de toucher aux canaux et d'employer des matières plastiques comme la gutta, qui exige une pression pour leur mise en place.

Une dent infectée doit pouvoir supporter dès la première séance un pansement occlusif à l'eugénate de zinc. Lorsque ce pansement occlusif ne peut être supporté par la dent, c'est que nous constaterons à la radiographie une zone de raréfaction osseuse périapicale très étendue, anfractueuse avec dénudation plus ou moins étendue de la racine, par conséquent condamnée à l'extraction ou à la résection apicale ou bien nous aurons une dent victime d'une technique malheureuse de l'opérateur qui aura commencé le traitement par une compression *inutile et dangereuse* sur le contenu putride du canal.

Pour comprendre toute la valeur de cete technique, il faut se rappeler les admirables travaux de Buckley sur la décomposition chimique de la pulpe. Un résumé succinct suffira :

La décomposition des albuminoïdes de la pulpe se produit par *putréfaction* ; celle des hydrates de carbone et des graisses par *fermentation*. Ces transformations portent sur des molécules à composition complexe qui se décomposent en corps plus simples.

Les acides acétique, carbonique et autres que donnent les hydrates de carbone favorisent la décomposition des albuminoïdes qui donnent naissance à l'acide sulfhydrique et à des bases de putréfaction : la neuridine et la cadavérine. Ces derniers se décomposent à leur tour et donnent naissance à l'ammoniaque.

Buckley a recherché si un produit pouvait entrer en combinaison chimique avec les produits finaux de la pulpe décomposée.

Le traitement d'une dent dont la pulpe est dans un état de décomposition consiste à enfermer un médicament volatil et pénétrant, capable de former avec les produits finaux de la putréfaction des composés chimiques inactifs et non toxiques. Buckley a découvert que l'aldéhyde formique  $\text{CH}_2\text{O}$ , gaz connu sous forme de solution aqueuse à 40 % sous le nom de formaline; au contact des tissus pulpaire en décomposition donne naissance aux combinaisons chimiques suivantes :

L'ammoniaque se combine pour former l'*urotropine*, employée en médecine comme antiseptique interne à cause de ses propriétés antiseptiques.



Les ptomaïnes basiques et l'acide sulfhydrique donnent des composés chimiques *inodores*.

Pour lutter contre l'action irritante du formol, Buckley lui adjoignit le *tricrésol*, qui est un mélange de trois crésols : l'ortho, le para et le métacrésol. Au contact des graisses, le tricrésol forme du *lysol* connu comme antiseptique. La combinaison formol et tricrésol permet de transformer les gaz et corps nocifs en corps inoffensifs, voire même en antiseptiques et germicides.

Le grand mérite des travaux de Buckley c'est d'avoir donné naissance à la méthode des pansements occlusifs dès la première séance. N'oublions pas que le formol ne peut agir efficacement qu'à la condition d'être protégé par un pansement hermétique.

Certains praticiens, inventeurs de panacées, ont conclu de cette théorie qu'on pouvait se dispenser, en l'appliquant à la lettre, du traitement classique (ouverture des canaux, leur nettoyage, leur élargissement, leur obturation). C'est une erreur grossière, dangereuse pour les patients. Buckley n'a jamais prétendu cela et n'a nulle part prétendu qu'à cause de la valeur de ses théories sur la décomposition chimique de la pulpe on pouvait se dispenser du traitement d'une dent infectée.

Depuis dix ans, nous avons appliqué la méthode du pansement occlusif, hermétique sous eugénate de zinc. Nous n'avons jamais constaté un échec. Mais depuis dix ans nous avons légèrement modifié la technique. Nous avons supprimé systématiquement la formaline et nous n'employons que le *tricrésol*.

Sous le pansement occlusif des premières séances nous enfermons une boulette de coton imbibé de tricrésol et pour la désinfection des canaux nous n'employons que des mèches imbibées du même médicament.

Aux chimistes de la profession je livre cette technique et j'espère qu'un jour l'explication scientifique nous sera donnée.

Revenons maintenant à l'erreur due à la compression du contenu putride. Lorsque les gaz se forment dans le canal et ne peuvent s'échapper de la cavité, la compression est exercée, forçant les micro-organismes et leurs toxines au delà de l'apex dans les tissus environnants, d'où résulte l'infection brutale de la région périapicale avec formation d'arthrite alvéolo-dentaire aiguë, de périécementite, d'abcès alvéolo-dentaire.

La compression des gaz contenus dans le canal provoquera très rapidement cette modification de la région périapicale. Cliniquement nous avons constaté que des dents peuvent longtemps subsister dans la cavité buccale sans provoquer d'accidents graves.

Les accidents se produisent :

1<sup>o</sup> En cavité close, sous obturation lorsque les micro-organismes agissant par leurs toxines, forment des gaz de putréfaction qui font irruption au delà de l'apex.

2<sup>o</sup> Pour une dent ou une racine ouverte lorsque pour une raison imprévue le canal se trouve être obturé par un corps étranger (très souvent des aliments), qui donne naissance à la cavité close, d'où la formation de ce que nous avons signalé précédemment.

Il suffit donc qu'une compression des gaz contenus dans le canal se produise pour que, immédiatement, une lésion périapicale grave apparaisse, accident dangereux pour la dent et qui modifiera immédiatement la valeur de notre traitement et de notre pronostic.

*Notre technique au cours des différentes phases du traitement de la dent infectée consistera, dès le début du traitement, à éviter la pression inutile sur le contenu putride du canal : nettoyage des canaux, élargissement des canaux.*

#### NETTOYAGE DES CANAUX.

La dent ouverte, la chambre pulpaire débarrassée de tous débris organiques en décomposition, irriguée à l'eau tiède, un pansement occlusif au tricrésol sous l'eugénate de zinc sera placé pendant 48 heures ; par prudence on pourra sans danger renouveler ce pansement. La recherche des canaux ne doit pas intéresser à ce moment.

Le tricrésol ayant agi, nous aborderons le nettoyage des canaux par un cathétérisme lent, progressif, en ayant soin de n'employer que des tire-nerfs à barbes émoussées et d'un calibre inférieur à la lumière du canal. Cette opération se fera en une ou deux séances. Nous donnons ainsi le maximum de chances de succès à notre traitement. Nous ne refoulons aucune matière putride au delà de l'apex et nous essaierons, en procédant lentement au cathétérisme du canal, d'influencer par le tricrésol les matières organiques décomposées qui pourraient subsister dans la région apicale du canal. *Nous aurons toujours ainsi une tendance à sauvegarder la région périapicale d'une infection brutale.*

Ne confondons pas cathétérisme du canal avec son nettoyage. Le cathétérisme, c'est l'opération qui consistera à débarrasser le canal

à l'aide d'un instrument à barbes, de toutes les matières organiques qui auront pu se coller aux parois. Ces parois se trouveront grattées, avivées, ce qui permettra aux médicaments volatils qu'on placera d'agir sur le contenu putride des tubuli de la masse dentinaire.

Le nettoyage à l'aide de sondes montées de mèches, s'il est pratiqué avant le cathétérisme, aura tendance : 1<sup>o</sup> à refouler les matières organiques au delà de l'apex, d'où danger ; 2<sup>o</sup> à étaler ces matières putrides sur les parois du canal en obstruant les canalicules. *Ce nettoyage devra être pratiqué lorsque le canal sera entièrement débarrassé.*

#### ELARGISSEMENT DES CANAUX.

Une autre source d'ennuis réside dans la pratique de l'élargissement des canaux. On a prétendu avec juste raison que, pour obtenir la désinfection de la masse dentinaire et de la région périapicale, il était nécessaire que les canaux fussent élargis. Ce problème est un des plus importants de notre traitement.

Si nous respectons le principe qu'aucune pression ne doit être exercée sur le contenu des canaux, nous arrivons aisément à cette conclusion que leur élargissement mécanique doit être systématiquement rejeté au début du traitement, tant que nous n'aurons pas obtenu la stérilisation des parois radiculaires.

Un grand nombre d'insuccès proviennent du fait que l'alésage du canal se pratique beaucoup trop tôt. L'alésage mécanique ne doit arriver qu'en dernier lieu couronnant notre traitement médicamenteux. Cet élargissement mécanique doit être précédé par plusieurs séances d'alésage chimique, nous éviterons ainsi avec des broches de Kerr ou des Beutelrock même très fins de refouler des matières septiques ou bien encore d'obstruer la lumière du canal et ainsi de ne plus pouvoir agir sur la région périapicale ; dans les canaux coudés de provoquer un faux canal. L'alésage chimique seul peut lutter contre ces inconvénients. Les séances répétées constituent la meilleure technique ; dans un canal étroit l'alésage ne peut se faire que progressivement au fur et à mesure que l'action chimique se produit quelle que soit la méthode employée. Une action lente, continue, sans brusquerie, constitue la seule méthode rationnelle. Le grand avantage que nous trouvons à cet alésage chimique, c'est que le canal conduit la main de l'opérateur, l'alésoir portant l'acide pénètre au fur et à mesure que le canal s'élargit. Ce n'est que lorsque l'instru-



ment est parvenu au foramen qu'on pourra employer l'alésoir mécanique. La voie vers l'apex aura été obtenue et l'élargissement mécanique pourra se faire sans danger. Si au cours de l'élargissement chimique nous rencontrons une résistance, n'essayons jamais de l'élargissement mécanique, nous irions au désastre, au faux canal.

#### ABUS DES ANTISEPTIQUES.

Par notre traitement nous n'aurons pas la prétention de faire disparaître tous les micro-organismes contenus dans le canal, les canalicules dentinaires et la région périapicale.

Notre ambition sera très limitée, nous rechercherons une modification de la virulence de la flore microbienne. La nature des micro-organismes se modifie dans un sens ou dans un autre suivant la nature du terrain. Les antiseptiques puissants, caustiques, volatils agiront dès le début du traitement, les victimes seront nombreuses, mais ils n'agiront pas sur tous. Le terrain modifié par leur action, les micro-organismes perdront de leur virulence.

Nous songerons qu'à partir d'un certain moment les tissus de la région périapicale en régénérescence devront être libérés de l'action de ces antiseptiques qui finissent par agir comme caustiques, comme destructeurs.

Dans de nombreux cas de zone périapicale avec raréfaction osseuse nous constaterons un suintement, la mèche portant l'antiseptique sortira mouillée, nous penserons au granulome, au kyste, ce suintement sera inodore. On pratiquera la mise en observation de la dent pendant quelques jours en laissant une mèche sèche stérile qui ressortira légèrement mouillée; en répétant l'observation on finira par obtenir une mèche sèche.

L'action de régénération cellulaire au niveau de la région périapicale peut se comparer à ce qui se passe au niveau d'un tissu quelconque, à la suite d'une plaie.

Une plaie infectée doit être influencée au début par des lavages antiseptiques pour permettre aux tissus de se défendre et de se reformer. Les pansements avec antiseptiques ne permettront pas la régénération des tissus et la plaie suintera, ne cicatrisera pas. D'où l'emploi en chirurgie des pansements secs.

Notre conclusion sera donc : *pas de pression.*

Notre technique aura toujours en vue la sauvegarde de la région

périapicale. C'est de là que viennent tous nos insuccès. Pour terminer je rappellerai deux observations cliniques et une technique qui justifieront notre méthode.

Au début d'un traitement de dent infectée mal dirigé nous pouvons observer deux accidents graves :

1<sup>o</sup> Une arthrite aiguë, violente, avec douleurs lancinantes, exacerbées, sans accalmie. Nous connaissons ces patients fatigués par des nuits d'insomnie. Tous les révulsifs ont fait faillite, le nettoyage du canal n'apporte aucune amélioration. La dent est souvent condamnée.

2<sup>o</sup> En l'espace de 24 heures, un abcès alvéolaire dentaire, ou une inflammation aiguë s'est installé, toute la région gingivo-dentaire est tuméfiée, fluctuante, ramollie, violacée, paraissant décollée du périoste. La collection purulente est formée, il faut inciser. Dans ce cas c'est une lésion apexienne qui, sous l'influence d'une pression du contenu putride du canal, s'est étendue et ne permettra probablement que le traitement chirurgical, mais permettra l'extraction très souvent, et le curettage rarement.

Lorsqu'il s'agit d'ouvrir une dent atteinte d'arthrite, la trépanation de la dent, l'ouverture de la chambre pulpaire suffisent à apporter un soulagement immédiat ; si le canal est obturé, une désobturation de celui-ci sans compression suffira.

---

## EXPÉRIENCES FAITES AVEC L'AMALGAME A DURCISSEMENT RAPIDE (CITAMALGAM)

Par le Dr Fritz SCHENK,

Professeur agrégé à l'Université de Vienne (Autriche).

(Communication à la Semaine Odontologique, 6-13 avril 1932)

616.314 X 155

Plus de deux ans se sont écoulés depuis que mon amalgame à durcissement rapide fut livré à l'usage général, et, grâce à mes propres expériences, ainsi qu'à celles de plusieurs praticiens éminents, je crois être fondé à faire quelques observations, qui devraient présenter un intérêt général. Lorsque j'ai commencé mes essais avec des amalgames à durcissement rapide, je n'avais en vue que des buts purement techniques. Je voulais faire une préparation permettant de fabriquer des moules d'amalgame, qui ne demandent pas, comme tous les autres amalgames, 24 heures pour arriver à un durcissement complet, mais qui, dans le plus bref délai, acquièrent un tel durcissement qu'il est possible de les soumettre immédiatement à un usage technique. Le résultat de mes essais fut un succès.

Comme il est tout aussi important d'avoir pour les obturations un amalgame qui durcisse très vite, surtout quand ils'agit de gros contours ou de remettre des chicots en état, il est très compréhensible que j'aie essayé d'orienter et de développer mes essais dans ce sens. Mes efforts aboutirent également à un bon résultat, et je crois avoir trouvé dans mon citamalgame à durcissement rapide une matière pour obturation répondant à tous les besoins.

A une certaine époque, plusieurs revues ont parlé de l'effet toxique que peut avoir le mercure dans les amalgames. Ce danger, qui a été mis en question par Stock, de Berlin, et auquel les grands quotidiens ont consacré de longs articles, inquiétant d'ailleurs le public, est depuis longtemps infirmé. D'autre part, les travaux et les essais de Sterner-Rainer ont permis de conclure que la prétention d'un tel danger était absurde. Il déclarait que les amalgames de métaux précieux ne sont pas des mélanges d'étain et de mercure, desquels ce dernier peut facilement se volatiliser, mais constituent des combinaisons chimiques et une solution compacte qui, une fois à l'état d'équilibre chimique, ne peuvent se transformer que lorsque la température ou la pression



changent considérablement. Dans les conditions normales, il n'y a pas de tels changements dans l'organisme humain sans blessures du corps. C'est pourquoi une petite augmentation de température ou de pression, à laquelle la bouche est constamment exposée, ne peut laisser échapper, des combinaisons de l'amalgame, la moindre trace de mercure.

M. Borinski a fait dernièrement des recherches particulièrement intéressantes. Il a constaté la présence de mercure dans les excréments de personnes qui n'ont jamais eu aucun contact avec le mercure, et ceci dans une proportion de 56 % sur 75 cas étudiés. La quantité de mercure s'élève en général jusqu'à 5  $\mu$ , quelquefois même plus. Ce calcul s'applique à l'excrétion journalière. On supposait naturellement que la présence de mercure dans l'excrétion était due à l'amalgame employé pour l'obturation. Mais, chose curieuse, on reconnut bientôt l'existence de la même quantité de mercure chez les personnes qui n'avaient aucune obturation d'amalgame. M. Borinski a fait l'analyse des principaux produits alimentaires et a pu observer que la plupart de ces derniers contenaient de petites quantités de mercure, chose inconnue jusqu'à présent. Il fut calculé que la quantité Hg absorbée journellement dans la nourriture comprenait environ 5  $\mu$ , correspondant par conséquent à la quantité Hg, qui fut trouvée chez les personnes n'ayant jamais été en contact avec le mercure ou ayant déjà depuis longtemps des obturations d'amalgame. On peut conclure de ces observations que, dans l'excrétion journalière, la quantité Hg, variant de 5 à 10  $\mu$ , est considérée comme normale et ne justifie pas les craintes de Stock au sujet des propriétés toxiques du mercure. D'autres savants, comme Schönbeck, ont donné leur opinion à cet égard. La question concernant le danger du mercure peut être considérée comme classée, et un bon amalgame peut encore prétendre garder son rang aux yeux des patients soucieux de la conservation de leurs dents, comme c'est le cas depuis quelques dizaines d'années.

Un bon amalgame doit remplir les conditions suivantes : plasticité pour l'emploi, durcissement rapide, propriété d'adhérer fermement aux contours de la dent, conservation de la belle couleur blanche, ne s'altérant pas ou presque pas sous l'influence de la salive et enfin le plus petit changement de volume possible, c'est-à-dire contraction ou dilatation. Les amalgames fabriqués en Amérique répondent à ces conditions. Cependant, dans certains grands Instituts de France, on fait des préparations qui, par leur qualité, peuvent être comparées

à tous les points de vue aux produits étrangers. Ces derniers amalgames, tout en étant de qualité égale, reviennent moins chers, les frais de douane se trouvant évités. Depuis quelque temps, on s'applique, en Amérique, à fabriquer des amalgames qui durcissent relativement assez vite. L'expérience a montré qu'il est défavorable pour une obturation d'avoir un amalgame durcissant lentement. Quoique, par habitude, le praticien préfère quelquefois une préparation qui conserve longtemps sa plasticité et sa mollesse, facilitant apparemment l'obturation, il est difficile de nier les inconvénients d'un amalgame à durcissement lent. Nous sommes obligés, lorsqu'il s'agit d'obturer les contours ou de remettre en état les chicots au moyen d'amalgame, de laisser les matrices pendant la nuit, ce qui gêne le patient. D'un autre côté, une seconde séance est nécessaire pour une obturation. Avec les amalgames à durcissement rapide, ces inconvénients disparaissent et l'on gagne du temps.

Les praticiens qui ont un peu d'exercice arrivent vite à acquérir la technique nécessaire pour procéder à des obturations d'amalgame au moyen de préparation à durcissement rapide. Les résultats acquis sont bien supérieurs.

Si un durcissement rapide pendant le travail ne paraît pas favorable à certains praticiens, je dois remarquer que ce fait est dû en quelque sorte à une fausse tradition, provenant de ce que nous sommes habitués à employer des amalgames présentant une consistance à la fois pâteuse et molle jusqu'à ce que l'obturation soit finie. Si l'on doit tenir compte du durcissement rapide quand il s'agit de travailler le ciment, le Synthétique ou similaires, pourquoi ne pourrait-il pas en être de même pour l'amalgame ?

Si l'on adopte pour les obturations en amalgame la même technique que pour les autres matières, on arrive facilement à vaincre les premières difficultés, qui sont en outre diminuées du fait de l'addition d'une plus grande quantité de mercure, ne présentant d'ailleurs aucun inconvénient.

Ce qui joue le plus grand rôle dans la préparation de l'amalgame, c'est la plasticité de ce dernier. Pour que l'on puisse façonner l'amalgame le mieux possible, il faut rendre la pâte à la fois molle et complètement homogène. A cet égard, je veux souligner un point important au sujet duquel les opinions de différents savants sont partagées. Il s'agit de la quantité de mercure à ajouter aux copeaux d'amalgame lorsqu'on veut faire une préparation destinée à obturer. Les amal-

games supérieurs, c'est-à-dire ceux qui contiennent beaucoup d'argent et qui durcissent rapidement, supportent une assez grande quantité de mercure. Grâce à mes essais, j'ai pu constater que l'on pouvait ajouter aux copeaux d'amalgame, dont les préparations sont à durcissement rapide, de beaucoup plus grandes quantités de mercure, que pour les autres amalgames. Malgré cela, ni la fermeté, ni la stabilité du volume ne sont atteintes en aucune façon. J'ai fait l'expérience qu'il est inutile, pour les raisons ci-dessus exposées, de peser le mercure employé, car un excédent de ce dernier ne peut causer aucun inconvénient. Au contraire, la solidification est accélérée et l'obturation conserve la même valeur. Cette observation est de toute importance au point de vue pratique, car il n'est pas nécessaire, comme pour les amalgames inférieurs et à durcissement lent, de peser le mercure — d'où économie de temps — et il est possible d'augmenter, au moyen d'additions importantes de mercure, la plasticité d'une préparation à durcissement rapide.

Ce fait doit paraître très avantageux à chaque praticien, car il ne se voit pas contraint de façonner ses contours en hâte, de peur que la matière destinée à l'obturation ne durcisse trop vite. Un facteur important permet d'apprécier la qualité d'un amalgame : c'est le changement de volume de la matière à durcissement rapide servant à l'obturation, c'est-à-dire la dilatation et la contraction d'après le durcissement. D'après Sterner-Rainer, les amalgames supérieurs, correspondant au citamalgame par leur composition (Speier et Karger, Berlin) ont la propriété de supporter une grande addition de mercure et de se dilater légèrement après la solidification. Le changement de volume se produit de la façon suivante : peu de temps après le durcissement, une petite contraction de l'amalgame se produit, pour faire place, peu de temps après, à une légère dilatation qui reste stable. Utilisée au point de vue pratique, cette propriété est avantageuse et fut prise en considération dans la préparation du Citamalgame, de même que dans les préparations américaines. Une légère dilatation après le durcissement de l'obturation nous garantit une netteté et une résistance des bords encore plus parfaites, conditions indispensables d'une bonne obturation. L'examen micro-chimique des dents obturées avec le citamalgame a confirmé ces faits.

Je voudrais maintenant faire quelques observations au sujet des soi-disant amalgames d'or et de platine, que l'on trouve sous ce nom dans le commerce, et qui présentent un grand intérêt et ne sont pas



connus en général. Les amalgames mentionnés ci-dessus contiennent des additions d'or et de platine, qui sont, surtout par la qualité de celles-ci, très prisées par différentes firmes. pourtant, ces additions sont entièrement sans objet, comme Black l'a découvert en son temps. Dans sa critique, il va jusqu'à dire qu'une addition d'or, de platine ou de tout autre métal analogue est toujours désavantageuse, lorsque celle-ci s'élève à plus de 5 %. Au dessous de cette proportion, l'addition de platine et d'or ne présente pas un grand avantage. Sterner-Rainer a fait les mêmes remarques à ce sujet lors de ses dernières recherches. On a également tenu compte dans la composition et la fabrication du citamalgame des expériences faites dans ce sens.

Disons un mot au sujet du changement de couleur et de l'oxydation des obturations d'amalgame dans la bouche du patient. On prétend injustement que les amalgames supérieurs, qui contiennent une forte addition de mercure, changent plus facilement de couleur que ceux qui sont pauvres en mercure. Mais ceci n'est pas le cas, comme on l'a prouvé, car les métaux employés existent à l'état de combinaison chimique. La stabilité de la couleur des amalgames dépend de l'affinité du soufre pour ces combinaisons, et l'on voit que ceux dont la couleur change le plus sont justement ceux qui possèdent la moindre fermeté ; ce sont ceux qui sont pauvres en mercure et riches en étain. Le mélange d'autres métaux tels que l'or, le platine, le zinc, le manganèse et les potassides avec des alliages d'argent et d'étain, contribue à renforcer la contraction, mais n'empêche pas le changement de couleur, comme l'on pourrait s'y attendre (Black, Witzel, Sterner-Rainer). Nous pouvons donc prétendre avec raison que le changement de couleur des obturations est un phénomène individuel de la bouche du patient, et, grâce au citamalgame, il peut être réduit au minimum. Pour les savants en question, la richesse en mercure ne constitue pas un élément désavantageux.

Nous allons examiner ci-dessous, pour les comparer, deux coupes transversales micro-chimiques, ce qui servira à expliquer la combinaison parfaite des métaux composant le citamalgame. Tous les alliages d'amalgame de première qualité contiennent un gros pourcentage d'argent provenant des premiers cristaux séparés de la combinaison  $\text{Ag}_3\text{Sn}$ , qui sont entourés par l'Eutektikum renfermant 3 % d'argent. Remarquons, pour expliquer ce qui précède, que l'alliage liquifié  $\text{Ag}_3\text{Sn}$  peut être considéré comme un alliage des composants entre eux. Lorsque cette solution se refroidit, la combinaison  $\text{Ag}_3\text{Sn}$

commence à se cristalliser, laissant toujours une solution liquide qui se transforme constamment pour arriver, à une certaine température et à un certain degré de composition, à se solidifier. Cette dernière solution solidifiée s'appelle « alliage eutectique (1) ou Eutektikum ». Si l'on examine l'Eutektikum avec un microscope à fort grossissement, on remarque que la plus grande quantité d'Eutektikum se compose de Zn et on y trouve également des petits grains provenant de la combinaison  $\text{Ag}^3 \text{Sn}$ . Les coupes transversales montrent : un alliage d'a-

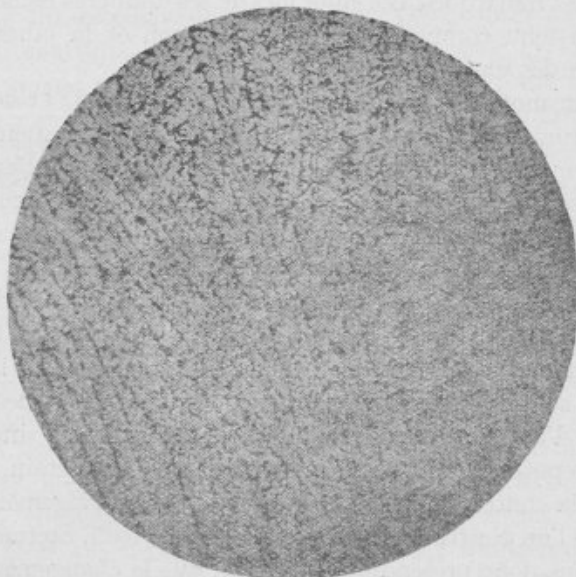


FIG. 1. — Coupe d'un alliage d'amalgame, vue au microscope. — L'amalgame employé est un des meilleurs amalgames en usage. — Homogénéité visiblement faible.

malgame, un des amalgames les plus précieux qui soient en usage (a) et un citamalgame, pour comparaison (b). Dans les gravures, on voit que les corrosifs et l'acide muriatique attaquent l'Eutektikum riche en étain ; cet Eutektikum paraît, en outre, être teinté d'une couleur sombre. On peut donc voir, dans ces gravures que, contrairement à l'amalgame a, la quantité d'Eutektikum est très diminuée et que la composition correspond presque entièrement à la combinai-

---

(1) Bien liquide.

son  $\text{Ag}^3 \text{Sn}$ . La coupe de citamalgame montre une granulation parfaite et homogène, tandis que la coupe *a*, vue au microscope, présente un alliage facile à différencier.

Après avoir abordé ces démonstrations en partie théorique, parlons maintenant des possibilités d'employer un amalgame à durcissement rapide et de ses avantages. Permettons-nous de donner quelques avis aux praticiens, faisant ainsi ressortir les différents avantages de cette préparation.

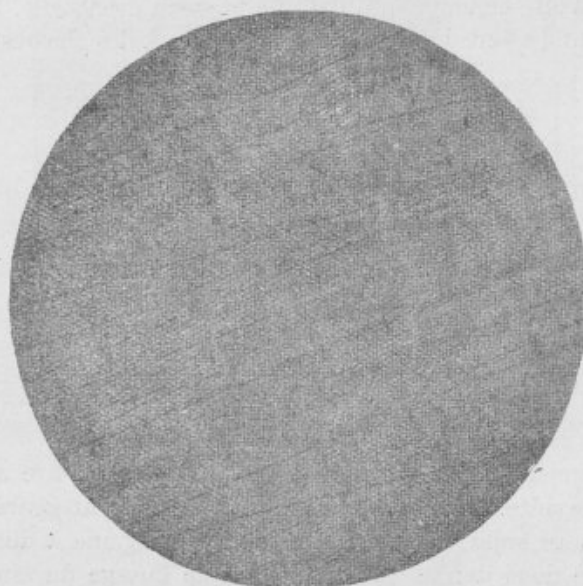


FIG. 2. — Coupe d'un alliage d'amalgame, vue au microscope. — L'amalgame employé est l'amalgame à durcissement rapide ou citamalgame. — Homogénéité presque parfaite.

L'emploi du citamalgame peut être considéré de deux points de vue. En premier on envisage la façon d'utiliser cet amalgame comme matière obturatrice. Ce sont surtout les contours des dents se trouvant très enchâssées dans la gencive qui causent parfois les plus grandes difficultés pour l'obturation. Comme on le sait, en général, ces obturations sont effectuées au moyen de matrices en forme de ruban, destinées à cet usage. Si l'on se sert pour l'obturation d'un amalgame à durcissement lent, il est nécessaire de laisser la matrice également pendant la nuit, afin d'éviter tout endommagement des contours par



les dents, condition rendue inutile avec l'emploi du Citamalgame. Grâce à ce dernier, on peut appliquer exactement la matrice sur les dents, former un contour, le façonner, et, au bout de 10 à 15 minutes, on peut enlever facilement la matrice sans que l'obturation puisse être endommagée de quelque façon que ce soit. Après avoir poli l'obturation, appliquons encore une fois la matrice sur la dent et remplissons la cavité à *proximité* de citamalgame. Il est facile d'assurer le contact des deux obturations, la première, qui est déjà ferme, ne risquant pas d'être endommagée par une pression éventuelle. Il en est de même lorsqu'il s'agit de mettre des couronnes à des chicots car, grâce

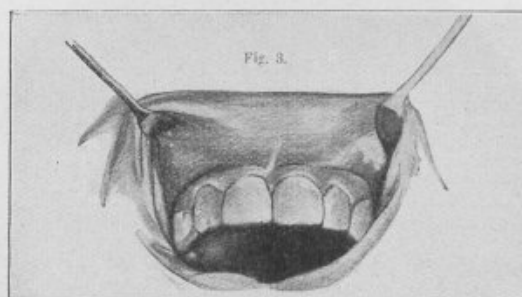


FIG. 3.

au durcissement rapide de l'amalgame, ils peuvent être aiguisés et polis tout de suite. Kronfeld a, dans sa publication, enregistré ses riches expériences au sujet de l'emploi de notre amalgame à durcissement rapide ; elle nous donne un bon aperçu de l'usage du citamalgame (*Z. Stomat.*, 1930, H. 6, XXVIII. Jahrg.). Il y souligne surtout le rôle que joue le citamalgame dans le traitement des dents d'enfants, qui se trouve de ce fait très facilité. En effet, les grandes difficultés, auxquelles nous nous heurtons pour obturer les dents de lait ou les molaires de nos jeunes clients, se trouvent très réduites grâce à notre citamalgame. Si l'on fait une obturation proximale à un enfant, il est à peine possible de lui laisser une matrice en forme d'anneau pendant la nuit et nous devons nous attendre à ce que cet enfant endommage cette obturation — si elle est faite avec un amalgame ordinaire — peu de temps après la fin du traitement. Notre préparation rend donc de grands services dans ce sens, car elle exclut les inconvénients ci-dessus mentionnés.

Je me suis également servi du citamalgame pour traiter la luxation

des dents, ce qui a donné des résultats excellents. On sait que la remise en état des dents atteintes de luxation présente souvent des difficultés considérables, car les blessures et les hématomes qui en résultent pour les parties molles avoisinantes empêchent un traitement orthodontique

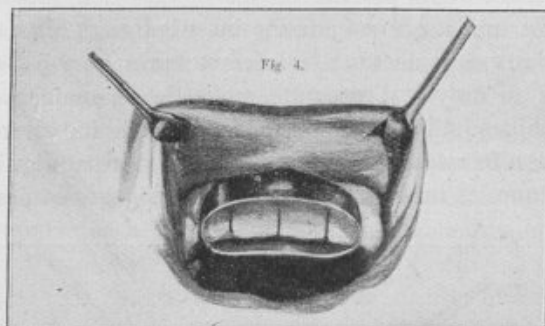


FIG. 4.

immédiat. Pour chaque luxation, une fixation parfaite est immédiatement nécessaire, de même que pour une fracture le repos complet est ordonné — comme nous le savons par la chirurgie. A cet effet, tout

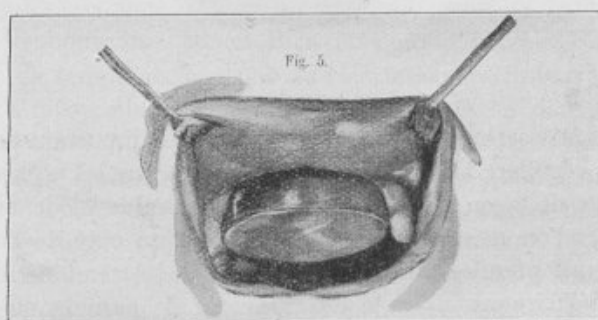


FIG. 5.

un matériel est employé : pansements bleus, plâtre, etc., etc... Partant du même principe, je me sers du citamalgame à durcissement rapide pour traiter les luxations ou fractures des dents. Cette méthode est expliquée et illustrée par quelques gravures. La Fig. 3 montre un cas de luxation traumatique des incisives moyennes. En les examinant avec une sonde, on constatait de légères blessures des bords extérieurs de l'alvéole, les dents bougeaient sensiblement et les parties molles

avoisinentes avaient subi leur transformation habituelle. Peu de temps après la blessure, un pansement de citamalgame fut appliqué, comme on peut le voir dans les Fig. 4, 5 et 6. Après avoir pris une simple mesure circulaire, on fabriqua un anneau en maillechort destiné à entourer les deux dents malades et les bonnes dents avoisinantes et on coupa ledit anneau aux endroits interdentaires. Les espaces linguaux et labiaux sont nettoyés et séchés, après quoi ils sont entièrement remplis au moyen d'une pâte molle de citamalgame, comme il ressort de la Fig. 5. A l'aide de petits forets et de finisseurs, on enlève avec précaution le citamalgame de la région des papilles interdentaires, de sorte que les intervalles se trouvent dégagés et peuvent éven-

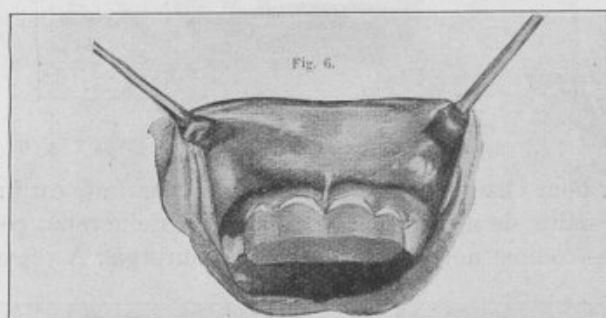


FIG. 6.

tuellement être seringués et nettoyés. Il est très important de placer de façon très régulière la couche de citamalgame sur les espaces labiaux et linguaux, de façon à maintenir le mieux possible les dents dans leur position. Si l'on mettait trop d'amalgame d'un côté de l'anneau, la dent pourrait prendre une position anormale. Attendons maintenant le court délai requis pour le durcissement de l'amalgame, enlevons l'anneau de maillechort avec une meule de vulcarbo et façonnons, au moyen des instruments à racler ou de fraises, le bloc d'amalgame, de manière à lui donner le plus petit volume possible. Ce pansement d'amalgame, qui équivaut au pansement employé pour les fractures des os, contribue au début à mettre le patient à l'abri de toute douleur, à replacer les dents souffrant de luxation dans leur position normale, et enfin, plus tard, d'après les principes orthodontiques, il doit leur assurer une fixation durable. Je laisse un tel pansement environ 8 à 14 jours, ensuite j'enlève la couche d'amalgame à différents endroits



avec une meule de vulcarbo. Lorsqu'on enlève le pansement, les symptômes extérieurs ont généralement disparu, et les dents sont, selon le degré de la blessure, plus ou moins fixées. D'après les principes orthodontiques, on peut avant tout, après la guérison des parties molles, effectuer la fixation rapidement et sans douleur, au moyen d'anneaux ou d'un arc de fil métallique. La Fig. 6 nous montre le bloc d'amalgame façonné, qui fixe les dents atteintes de luxation à la façon d'un pansement de plâtre en chirurgie.

Parlons maintenant de la possibilité de son emploi technique. Que de fois devons-nous faire des inlays d'or à un patient dans l'espace d'un jour, pour des raisons pressantes et importantes. Avec toute autre préparation d'amalgame nous devons compter 24 heures environ avant que le moule d'amalgame pour inlay durcisse. Un moule fabriqué avec du citamalgame durcit en une demi-heure environ et peut être rapidement employé, de sorte que l'inlay en cire peut être façonné sans que le moule d'amalgame soit endommagé d'une façon quelconque. Il nous est donc possible de fabriquer dans l'espace de quelques heures un inlay parfait et de le placer dans la bouche du patient, ce qui, dans des cas urgents, présente un avantage qui n'est pas à négliger. C'est ainsi que notre préparation peut être employée également pour fabriquer des moules, comme nous en avons besoin pour les  $1/2$  ou  $3/4$  de couronne et les couronnes Jacket. Bien que pour les travaux compliqués, la question de temps ne joue pas un rôle tellement important, on ne peut tout de même nier le temps gagné de cette façon dans le cabinet du dentiste, ainsi que dans le laboratoire technique. On pourrait encore citer une foule d'avantages que présente le citamalgame quant à son emploi technique, mais je ne veux pas, ici, entrer plus longuement dans les détails : je me réfère aux communications et aux expériences de Frey, Goldberger, Bruno, Klein, Kronfeld, Peter, Steinschneider, etc., etc. Dans tous les cas, on peut considérer le citamalgame comme constituant une matière pour obturation, qui ne répond pas seulement aux conditions requises pour assurer la résistance des bords, la couleur et le changement de volume, mais qui possède surtout un important coefficient de durcissement. Grâce à ce dernier, le citamalgame doit être préféré à toutes les autres préparations, car il donne des résultats très appréciables. Je crois avoir, grâce à l'expérience que j'ai acquise au cours d'une assez longue période, rendu un service à tous les praticiens et apporté une petite contribution — dont l'avantage n'est pas à négliger — à la question si importante du citamalgame.

## VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(Suite et fin)

### LES ÉTUDIANTS ET LE VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL



M. GIOVANNOLI

Le succès remporté par le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International auprès des étudiants a dépassé toutes les espérances : cinq cents de ceux-ci, représentant quatorze nations différentes, ont, en effet, pris part à cette grande manifestation professionnelle.

Sur ces 500 étudiants, il y avait :

155 Étrangers, dont :

3 Allemands, 40 Anglais, 7 Autrichiens, 36 Belges, 3 Égyptiens, 8 Espagnols, 4 Hollandais, 3 Étudiants des États-Unis, 7 Italiens, 2 Lettons, 3 Mexicains, 2 Polonais, et 37 Suisses.

Et 345 Français, dont :

4 Angevins, 3 Lillois, 26 Lyonnais, 1 Marseillais, 5 Nancéiens, 6 Nantais et 285 Parisiens.

En adhérant en aussi grand nombre au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, les étudiants ont montré qu'ils comprenaient quelle puissante source d'enseignement constituaient ces assises de la profession. Nous sommes donc persuadé qu'ils suivirent avec beaucoup d'attention les communications et les rapports qui furent présentés par les plus grandes personnalités de la profession et qu'ils visitèrent avec intérêt les superbes expositions rétrospectives, scientifiques, pédagogiques, d'hygiène et de fournitures dentaires ouvertes au Grand Palais.

Les jeunes congressistes purent, en outre, assister à toutes les fêtes organisées pour eux par la Section des Étudiants et à celles données en l'honneur des membres actifs.

En ce qui concerne les étudiants étrangers et provinciaux, si nous en jugeons par les lettres de félicitations que ceux-ci adressèrent, de retour chez eux, au Comité des Étudiants, nous pouvons affirmer qu'ils ont été entièrement satisfaits de tout ce qu'ils ont vu au Congrès et de la façon dont ils ont été reçus à Paris.

Il convient en effet de louer particulièrement les membres du Comité des Étudiants pour l'activité qu'ils ont déployée afin d'accueillir dignement leurs camarades étrangers et provinciaux. Les Étudiants furent d'ailleurs puissamment aidés par les membres du Comité d'organisation, en

particulier MM. G. Villain, F. Haloua et Paul Fontanel, qui suivirent avec beaucoup de bienveillance les travaux des jeunes organisateurs et qui ne cessèrent de leur prodiguer les plus vifs encouragements.

De leur côté, les maisons Ash et Cie, Bi-Oxyne, Créange, Collignon, le Comptoir Français de Fournitures Dentaires, les maisons De Trey, Hersent, la Société Coopérative des Dentistes de France, la Société Française de Fournitures Dentaires et la maison S. S. White ont, par leur appui financier, contribué dans une grande part à la réalisation du programme élaboré par le Comité des Étudiants.

*Samedi 1<sup>er</sup> Août, à 21 heures*

RÉCEPTION DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS ET PROVINCIAUX  
A L'HOTEL VICTOR-HUGO

Le samedi 1<sup>er</sup> août, à 21 heures, à l'hôtel Victor-Hugo, M. Charles Giovannoli, entouré des membres du Comité, a officiellement reçu les étudiants étrangers et provinciaux venus à Paris à l'occasion du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International.

Après que M. Roger Delcroix, Vice-Président, lui eut présenté les Présidents des différents pays, M. Ch. Giovannoli a souhaité dans une courte allocution la bienvenue aux Congressistes, leur a témoigné toute la joie qu'il éprouvait à les recevoir si nombreux et leur a assuré que les étudiants parisiens se mettraient à leur disposition afin de leur faciliter le séjour à Paris.

M. Nicolet, Président des étudiants suisses, a ensuite pris la parole pour remercier, au nom de tous les étudiants de l'étranger et de province, le Comité parisien de son aimable accueil.

On remarquait, parmi l'assistance, M. Concanon, Président des étudiants anglais ; M. Van Hoof, Président des étudiants belges ; M. Pool, représentant les étudiants hollandais ; M<sup>lle</sup> Hélène Siedlecka, représentante des étudiants polonais ; M. Nicolet, Président des étudiants suisses ; M<sup>lle</sup> Varly, Vice-Présidente des étudiants de Nancy ; MM. Gabriel et Pietrokosky, Président et Vice-Président des étudiants lyonnais.

— Assistait également à la réception M. le Professeur Hanazawa, Directeur de l'Ecole Dentaire de Tokio.

*Dimanche 2 Août, 13 heures*

POUR LES ÉTUDIANTS DE PROVINCE ET D'ÉTRANGER, VISITE DE PARIS  
EN AUTOCARS

A 13 heures, les cars allèrent chercher un premier groupe d'étudiants à la Cité Universitaire, puis vinrent se ranger devant le Grand Palais.

Dans les deux cars de tête avaient pris place les étudiants de province. Pour la première voiture, le speaker était M. Lasne-Souvigny, le principal organisateur de la journée ; pour la seconde, M. Belot.

Dans le troisième car étaient les étudiants belges et suisses ; speaker, M. Delcroix.

La quatrième voiture était occupée par les étudiants espagnols et italiens ; speaker, M. Caron.

Et la cinquième, par les étudiants anglais ; speaker, M. Mesny.

Voici l'itinéraire suivi par les cars :



Opéra, Porte Saint-Martin, Porte Saint-Denis, République, Bastille,  
Hôtel de Ville, Tour Saint-Jacques, Sainte-Chapelle, Notre-Dame.  
Musée de Cluny, Quartier Latin, Panthéon, Luxembourg.  
Perspective des jardins et Palais du Sénat.  
Montparnasse, Invalides.  
Chambre des Députés, Tour Eiffel.  
Trocadéro, avenue Foch, Etoile, Champs-Élysées, Concorde, rue de Rivoli,  
Palais du Louvre, Halles, rue Montmartre, Sacré-Cœur.  
Boulevard de Clichy, Parc Monceau, Saint-Augustin, Madeleine, Opéra.  
Devant chaque monument, arrêt d'une ou de deux minutes.

*Dimanche 2 Août*

RÉUNION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Le dimanche 2 août, à 9 heures 30 du matin, eut lieu, dans la grande salle d'honneur du Grand Palais, sous la présidence de M. Charles Giovannoli, la réunion générale des étudiants, à laquelle assistaient plus de 300 étudiants, tant français qu'étrangers.



GROUPE D'ÉTUDIANTS CONGRESSISTES.

(Le fanion, qui figure à droite du cliché, a été offert par les étudiants japonais aux étudiants français).

Sur l'estrade avaient pris place les délégués de chacune des nations représentées et les membres du Comité parisien.

Tour à tour, MM. Van Hoof (Belgique), Nasif Salama (Egypte), Gabriel (France), Concanon (Grande-Bretagne), Pool (Hollande), Goia (Italie), M. le Professeur Hanazawa (Japon), M<sup>lle</sup> Witchorski (Lithuanie), Fastlicht (Mexique), M<sup>lle</sup> Helena Siedleska (Pologne) et M. Nicolet (Suisse) remercièrent les membres du Comité parisien de l'aimable accueil qui leur avait été réservé et vantèrent tous le cadre splendide du Congrès.

M. le Professeur Hanazawa, Directeur de l'Ecole Dentaire de Tokio, qui avait tenu à représenter lui-même les étudiants japonais, remit à M. Charles Giovannoli un magnifique fanion que les étudiants de l'Ecole Dentaire de Tokio envoyaient, en signe d'amitié, à leurs camarades parisiens.

M. Nicolet, dans un discours très applaudi, sut se faire l'interprète de tous en remerciant les organisateurs du Congrès de leur tâche si bien remplie et fit l'éloge de Paris, de ses habitants, de ses monuments.

Enfin, M. Charles Giovannoli se fit longuement applaudir lorsqu'il prit la parole pour exprimer toute sa reconnaissance aux délégués pour les aimables paroles qu'ils avaient prononcées. Il remercia tous les membres du Comité d'organisation et, en particulier, MM. Georges Villain, F. Haloua et Paul Fontanel, pour la bienveillante attention avec laquelle ils suivirent les travaux de la section des Etudiants et pour l'aide efficace qu'ils voulurent bien lui accorder à lui et à ses actifs collaborateurs.

Par quelques chiffres, il mit en valeur le succès immense et presque inespéré du Congrès et souligna tout l'intérêt scientifique et international d'une telle manifestation.

Il rendit enfin hommage à tous ceux qui, en contribuant par leurs travaux à rendre notre profession plus belle et à étendre encore les limites de notre art, ont mérité toute la respectueuse admiration et toute la reconnaissance des Etudiants.

#### *Mardi 4 Août*

#### BAL DANS LES SALONS VICTOR-HUGO

Le Comité des Etudiants donna, le mardi 4 août, dans les salons Victor-Hugo, rue Saint-Didier, une soirée dansante très réussie.

Tous les étudiants se rendirent à cette invitation et nombreux furent aussi les praticiens qui vinrent passer cette soirée avec leurs futurs confrères.

MM. Belot, Delcroix et Dubois, assistés de M<sup>lles</sup> Haloua et Neveu, recevaient les invités à l'entrée des salons.

Deux excellents orchestres, dont le « producer » était notre sympathique camarade André Leparcot, mirent tout de suite de l'entrain parmi les invités, entrain qui, d'ailleurs, ne cessa d'augmenter à mesure que l'assistance devenait de plus en plus nombreuse.

Le Président du Comité parisien, Charles Giovannoli, assisté de ses collaborateurs, réunit dans un petit salon les chefs des délégations provinciales et étrangères pour les remercier d'être venus si nombreux contribuer au succès de cette soirée, puis il leva sa coupe en l'honneur et à la prospérité des nations représentées. M. Van Hoof, Président de la délégation de Belgique, se faisant l'interprète de tous, répondit aux aimables paroles du Président français.

Parmi la brillante assistance qui se pressait dans les salons, nous avons

noté la présence : de M. Raton, professeur à l'Ecole Dentaire de Lyon et M<sup>me</sup> ; du docteur Kanae Hanazawa, directeur de l'Ecole Dentaire de Tokio ; du docteur Hisashi Saito, professeur à l'Ecole Dentaire de Tokio.

Cette soirée se prolongea fort avant dans la nuit et ce n'est qu'aux premières lueurs du jour que les invités se séparèrent en se félicitant d'avoir passé un agréable moment.

#### *Mercredi 5 Août*

##### LES ÉTUDIANTS A SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

Le mercredi 5 août 1931, les étudiants français et étrangers membres du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International sont allés excursionner à Saint-Germain-en-Laye.

Le programme de l'excursion avait été préparé par M. Dubois-Prévost, aidé de MM. Belot, Mesny, Lackman et Caron. A leur arrivée, les excursionnistes allèrent déposer une superbe gerbe au Monument aux Morts et furent ensuite reçus par la Municipalité dans les salons de l'Hôtel de Ville ; là, M. André, premier adjoint au maire, leur fit un discours très applaudi, après quoi un vin d'honneur fut offert aux représentants de province et de l'étranger. M. Giovannoli, au nom des étudiants, remercia chaleureusement la municipalité de son aimable accueil.

Les excursionnistes se rendirent alors au château et, pendant une heure, en visitèrent les splendides salles et eurent le privilège d'avoir accès aux terrasses leur ouvrant sur Paris un panorama splendide.

Après une longue et belle promenade dans la forêt, sous la conduite de commissaires dévoués, dirigés par MM. Guilleux et Surcin, ils se rendirent par groupe à l'Hostellerie de l'Ermitage des Loges où, dans un cadre splendide, un lunch leur fut servi.

La journée promettait de s'achever très réussie, mais malheureusement le temps qui, de toute cette saison, ne nous avait pas été propice, ne nous épargna pas encore ce jour-là et, sous une pluie diluvienne, nous dûmes regagner la gare où, par train spécial, les excursionnistes, malgré tout heureux et emportant un excellent souvenir de leur visite à Saint-Germain, rejoignirent Paris, louant le Congrès et plein de reconnaissance pour le Comité qui sut leur procurer de si bons moments.

#### *Vendredi 7 Août*

##### VISITES A L'INSTITUT DU CANCER ET A L'INSTITUT PASTEUR

Le Comité des Etudiants avait organisé, le vendredi 7 août, une visite à l'Institut du Cancer et à l'Institut Pasteur.

M. Paul Caron et MM. Lecomte et Fenard étaient spécialement chargés de régler le détail de ces visites.

A 14 heures, sept autocars occupés par les congressistes partirent du Grand Palais pour Villejuif.

Les Etudiants furent reçus à l'Institut du Cancer par M. le Professeur agrégé Leroux, sous-directeur, remplaçant M. le Professeur Roussy, directeur, et par ses collaborateurs. M. le Dr Leroux fit devant l'amphithéâtre comble une conférence longuement applaudie sur le but et l'organisation de l'Institut. Des explications particulières furent données aux congressistes de langue anglaise. Ensuite, sous la direction des conférenciers, eut lieu la visite des locaux importants et modernes.



Citons sans ordre les représentants des nationalités invités à apposer leur signature sur le livre d'or, après M. Paul Caron, au nom du Comité parisien : MM. Nicolet (Suisse), Van Hoof (Belgique), Pool (Hollande), Ivanoff (Bulgarie), M<sup>lles</sup> Wigdortschin (Lettonie), Siedlecka (Pologne), Wurzel (Allemagne), MM. Hitchin (Grande-Bretagne), Kramy (Algérie), Fastlich (Mexique).

Avant de quitter l'Institut, où une manifestation si instructive avait été organisée, M. Paul Caron prit la parole pour remercier vivement M. le D<sup>r</sup> Leroux et ses collaborateurs au nom de tous ses camarades et pour présenter les excuses du Président du Comité des Etudiants, retenu au Grand Palais.

Conduits ensuite à l'Institut Pasteur, les congressistes furent reçus avec une extrême bienveillance par le Sous-Directeur, M. le D<sup>r</sup> Calmette. M. Calmette, lors de la visite de la chapelle où reposent Pasteur et M<sup>me</sup> Louis Pasteur, prononça une allocution qui fut écoutée au milieu du recueillement unanime. Des collaborateurs dirigèrent ensuite les congressistes dans la bibliothèque, les salles de consultations, les laboratoires de bactériologie et de chimie et les pavillons où sont gardés les animaux de laboratoire les plus divers ; les Etudiants furent frappés par l'importance, les perfectionnements et le modernisme des bâtiments nouvellement construits.

Le retour s'effectua en autocars, qui ramenèrent les congressistes au Grand Palais, vers 19 heures.

#### *Samedi 8 Août*

#### BANQUET DES ÉTUDIANTS

Pour terminer le Congrès, M. Fr. Ferrand, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, directeur de « *Cadmus* », avait offert aux Etudiants un grand banquet dans les salons Victor-Hugo, le samedi 8 août, à 20 heures. Plus de 350 Etudiants assistaient à cette fête.

A la table d'honneur, à côté de M. Fr. Ferrand qui présidait, on remarquait M. Georges Villain, Président du Congrès et M. Charles J. Giovannoli, Président de la Section des Etudiants. Nous avons également noté la présence de MM. Georges Viau, Doyen des Chirurgiens-Dentistes ; A. Blatter, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris ; F. Haloua, secrétaire du Congrès ; Paul Fontanel, trésorier du Congrès ; du D<sup>r</sup> Watry, directeur de l'Ecole Dentaire Belge ; du D<sup>r</sup> Logan, Doyen de l'Université de Chicago ; de MM. Bruscheda, Bondy, Robine et des membres du Comité des Etudiants.

Au dessert, M. Fr. Ferrand, dans une spirituelle allocution, remercia les membres du bureau du Congrès de leur présence au milieu des étudiants ; il déplora l'absence de MM. Frison et Rodolphe, de l'E. O., empêchés et exprima toute la joie qu'il éprouvait à se trouver au milieu de cette joyeuse jeunesse et à saluer en elle l'avenir de l'Art Dentaire.

De chaleureux applaudissements se faisaient encore entendre en l'honneur de l'organisateur de la soirée, quand M. Charles J. Giovannoli, Président de la Section des Etudiants, prit la parole. Il remercia M. Fr. Ferrand d'avoir réuni ainsi les Etudiants membres du Congrès et rappela que ceux-ci n'avaient jamais en vain sollicité l'appui du directeur de « *Cadmus* ».

Puis, se tournant vers M. Georges Villain, l'orateur exprima toute la joie des étudiants de voir au milieu d'eux celui que l'estime et l'admiration des praticiens du monde entier venaient d'élever à la suprême dignité de Président de la Fédération Dentaire Internationale. Il le remercia d'avoir prouvé

son attachement aux étudiants en venant malgré son extrême lassitude, clôturer avec eux le Congrès. Une immense ovation s'éleva alors, prouvant à M. Georges Villain combien il était aimé et admiré des étudiants ; M. Charles J. Giovannoli exprima également toute sa gratitude à M. F. Haloua, secrétaire du Congrès et à M. Paul Fontanel, trésorier, pour l'appui bienveillant et si précieux qu'ils avaient accordé au Comité des Étudiants pour l'organisation des manifestations dont le succès était dû en partie à leur aide. Il dit ensuite tout le plaisir qu'il éprouvait en constatant les liens d'amitié qui s'étaient établis entre les étudiants des différents pays et précisa toute la portée internationale de manifestations telles que les Congrès Dentaires Internationaux.

M. Georges Villain prit alors la parole et remercia les étudiants du chaleureux accueil qui lui avait été réservé, puis souligna à son tour l'importance de l'Union des Jeunes.

Il se plut ensuite à exprimer sa gratitude aux membres du Comité des Étudiants qui l'avaient aidé de leur mieux afin d'assurer la réussite du Congrès.

De vifs applaudissements saluèrent encore le Président de la Fédération Dentaire Internationale, tandis que tous les convives se levaient en son honneur.

M. Georges Viau dit enfin toute sa sympathie bienveillante aux jeunes, sa foi dans la réussite de leurs entreprises et le plaisir qu'il éprouvait à les voir ainsi réunis.

C'est ainsi que finit dans une atmosphère de joie triomphale le Congrès dont le souvenir restera dans toutes les mémoires comme l'une des manifestations professionnelles les plus importantes et les mieux réussies.

#### ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS DE L'ÉCOLE DENTAIRE BELGE

*Les étudiants étrangers, de retour dans leurs pays, se sont déclarés enchantés de leur séjour à Paris. M. Van Hoof, président de l'Association des Étudiants Belges, le dit en ces termes, que nous sommes heureux de reproduire :*

Le 11 août 1931.

Mon cher Giovannoli et chers camarades,

C'est le cœur plein d'émotion et aussi de regrets que je vous adresse ces quelques lignes. Vous dire ce que nous avons ressenti pendant notre beau voyage à Paris, si vite passé, hélas, est une chose inexprimable ! Nous venions chez vous pour la première fois, non en inconnus cependant, et vous nous avez accueillis comme des frères, mieux encore, si cela est possible.

Quoique votre hospitalité fût irréprochable en tous points, nous avons bien compris que vos cœurs nous recevaient plus largement encore.

Mon cher Giovannoli et mes chers amis de Paris, nous sommes des enfants du Nord, et si, parfois, nous éprouvons des difficultés à extérioriser notre pensée, elle n'en est que plus profonde. Nous garderons tous précieusement dans nos cœurs le souvenir de ces magnifiques journées passées parmi vous, et nous espérons que nos relations ultérieures le ranimeront sans cesse.

C'est dans l'espoir de vous revoir le plus tôt possible à Bruxelles que nous vous adressons notre plus grand merci et de solides poignées de mains.

Pour l'A. E. E. D. B. :

I. VAN HOOFF.

## Vœux soumis à l'Assemblée de clôture du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International

### SECTION I

ANATOMIE. — PHYSIOLOGIE. — HISTOLOGIE. — EMBRYOLOGIE

La majorité des praticiens de l'Art Dentaire considèrent la dent comme un agent mécanique, ce qui est exact, mais oublient trop qu'elle est aussi un organe vivant.

Les travaux de la première section présentés au VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International se sont efforcés de mettre en valeur la connaissance des conditions embryologiques et histologiques qui président à l'édification et à la conservation des tissus. Ils ont également montré la nécessité et le rôle important de l'anatomie comparée à l'égard de l'étude de la dent humaine.

Dans ces conditions, les membres de la première section du Congrès réunis les 3, 4, 6 et 7 août 1931, considérant que les dites connaissances sont indispensables au développement des études odontologiques, émettent le vœu :

1<sup>o</sup> Que l'enseignement des phénomènes évolutifs et physiologiques interviennent dans une certaine mesure au cours des études dentaires.

2<sup>o</sup> Que les travaux *d'anatomie pathologique* présentés dans les Congrès internationaux, entrent à l'avenir dans le cadre de la 1<sup>re</sup> section, ou bien qu'une fusion soit opérée entre le 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> section.

### SECTION III A

*(Section spéciale détachée de la Section III)*

Que dans l'organisation des futurs Congrès internationaux on envisage :

1<sup>o</sup> Absence de division par sections ;

2<sup>o</sup> 5 grands rapports avec des discussions ;

3<sup>o</sup> Démonstrations pratiques et scientifiques pendant cinq après-midi.

### SECTION IV

PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

La IV<sup>e</sup> Section du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International est d'avis que pour avoir une conception exacte de la maladie connue actuellement sous le nom de pyorrhée alvéolaire (mais appelée aussi d'autres noms, qui ont amené une confusion constante), il est nécessaire de se mettre d'accord sur un terme qui soit acceptable pour tous les chercheurs dans ce domaine.

En conséquence, la IV<sup>e</sup> Section du Congrès propose les changements suivants dans la terminologie internationale de la pyorrhée alvéolaire et émet le vœu que cette résolution soit soumise à l'approbation de l'assemblée plénière du Congrès.



1° *Gingivite marginale suppurée* :

Inflammation superficielle avec pus au bord gingival.

Constatations locales : tartre, pus, pas de cul-de-sac défini.

2° *Paradentose* :

A) Paradentite profonde (suppurée) simple.

Constatations locales : culs-de-sac profonds, pus, pas d'ébranlement.

B) Dystrophie diffuse.

Constatations locales : atrophie irrégulière, migration ou ébranlement ; pas de pus.

C) Paradentite dystrophique compliquée.

Constatations locales : culs-de-sac profonds, pus, ébranlement éventuel, migration éventuelle ou les deux.

Dans la phase ultime A, B, C, tout sert à présenter le même tableau : ébranlement grave, culs-de-sac profonds, pus.

D) Atrophie alvéolaire :

a) Atrophie précoce.

Constatations locales : rétractions précoces des bords gingivaux et atrophie horizontale régulière de l'os.

b) Atrophie sénile.

Mêmes constatations à un âge plus avancé.

## SECTION V

## DENTISTERIE OPÉRATOIRE

La 5<sup>e</sup> Section du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, réunie en séance de clôture, émet le vœu qu'une organisation spécialement adaptée au traitement aseptique des canaux radiculaires soit créée dans les Ecoles Dentaires.

Transmet ce vœu à la F. D. I. avec l'espoir que cet important groupement mettra tout en œuvre pour faire aboutir cette réforme dans les diverses Ecoles Dentaires du monde.

## SECTION VI

## PHYSIQUE. — CHIMIE. — MÉTALLURGIE

La Section de physique, chimie et métallurgie du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International émet le vœu qu'une protestation soit envoyée par la F. D. I. à la Société des Nations, en vue d'empêcher la délivrance des brevets dits « d'emploi » touchant l'art de guérir. Ces brevets, en effet, sont incompatibles avec la recherche scientifique, les progrès thérapeutiques qui en découlent, avec les droits de l'humanité.

## SECTION VIII

## PROTHÈSE COMPLÈTE

*Vœux* :

1° En ce qui concerne la préparation chirurgicale de la bouche portant sur les bases osseuses ou les tissus mous, que l'intervention ne soit prati-

quée qu'en cas d'indications précises ; que des recherches expérimentales et histologiques soient entreprises pour bien définir le processus de régénération osseuse et déterminer la technique de résection chirurgicale la mieux appropriée.

2<sup>o</sup> En ce qui concerne l'enregistrement de l'articulé : que la F. D. I. constitue une commission composée de prothésistes, d'ingénieurs et d'anthropologistes, chargée :

1) De classer les instruments enregistreurs susceptibles de contrôler graphiquement les différents mouvements des articulateurs ;

2) A l'aide de l'instrument reconnu le plus simple et le plus exact, de classer les différents articulateurs, instruments et méthodes d'adaptation individuelle, suivant leur coefficient de rendement à l'idéal souhaité : même patient, subissant successivement les mêmes épreuves d'opérateurs de même école et donnant au contrôle graphique identité des tracés.

## SECTION IX

### PROTHÈSE PARTIELLE. — COURONNES ET TRAVAUX A PONT

1<sup>o</sup> Dans la mesure du possible, unification de la terminologie dans chaque pays et entre les pays affiliés à la F. D. I.

*Création des commissions nationales et d'un Comité international.*

2<sup>o</sup> Afin de remettre en honneur les recherches bibliographiques et les citations d'auteurs : Propagande exercée par la Fondation Documentaire Dentaire Internationale.

3<sup>o</sup> Qu'au cours du prochain Congrès, seuls soient lus, en séances, de courts résumés en plusieurs langues accompagnés de projections nombreuses.

## SECTION XIII

### HYGIÈNE BUCCALE, SERVICES DENTAIRES PUBLICS

#### *Résolutions :*

1<sup>o</sup> Les conclusions des différents rapports, argumentations et communications présentés à la 13<sup>e</sup> section s'accordent pour déplorer l'insuffisance d'éducation tant du public que de la profession au point de vue de ses devoirs à l'égard du développement de l'Hygiène dentaire dans le Domaine social.

Les membres présents à la séance de clôture estiment donc qu'il y a lieu de ne pas se contenter de vœux et de conclusions le plus souvent platoniques, mais de donner aux travaux, comme consécration, une réalisation pratique.

La Section préconise, en conséquence, la constitution d'un *Office International de l'Hygiène dentaire sociale*.

Cet Office fonctionnant sous l'égide de la F. D. I. aura pour rôle, d'une part : *de centraliser* toutes les documentations, propositions, initiatives intéressant le développement de l'hygiène dentaire sociale, de les étudier, d'en tirer les éléments utiles à leur diffusion dans le domaine international ;

de se mettre à cet égard en contact étroit avec des offices nationaux identiques existant ou à créer.

Cet Office aura une tâche de réalisation aussi pratique que possible : l'édition de brochures, tracts, films, musées itinérant, sera de sa compétence, ceci étant donné à titre d'exemple et non de limitation.

2<sup>o</sup> La section XIII préconise l'intensification des campagnes tendant à généraliser l'organisation systématique de la surveillance du développement normal et de l'intégrité de la dentition pendant toute la durée de l'obligation scolaire. Cette surveillance comprendra l'application des règles de la thérapeutique préventive dans le cadre de la médecine scolaire avec inscription et conservation des résultats.

3<sup>o</sup> La section XIII attire l'attention de la F. D. I. sur l'utilité de comprendre dans le programme de son action la question de l'hygiène du dentiste.

#### SECTION XIV

##### SERVICES DENTAIRES DES ARMÉES DE TERRE, DE MER ET DE L'AIR

1<sup>er</sup> vœu. — Que chaque armée comprenne un corps de dentistes de carrière assurant ainsi la continuité des services en liaison avec les armées active et de réserve.

2<sup>e</sup> vœu. — Que l'avancement des dentistes militaires soit en rapport avec les fonctions et à égalité de grade avec les différents spécialistes du Corps médical.

3<sup>e</sup> vœu. — Que les soins d'hygiène et de prophylaxie buccales passent au premier rang des préoccupations du Service de Santé militaire, assurant ainsi aux hommes un bon standard d'aptitude dentaire et évitant, par là même, de nombreuses indisponibilités, voire des réformes et des pensions d'invalidité.

4<sup>e</sup> vœu. — Que les services dentaires des armées de terre, de mer et de l'air fonctionnent sur des bases analogues.

5<sup>e</sup> vœu. — Qu'une fiche dentaire soit établie pour chaque homme, par les soins des techniciens qualifiés ;

Que cette fiche dentaire soit conçue de façon à fournir à tout moment des indications sur l'état bucco-dentaire des hommes sous les drapeaux et puissent éventuellement servir à leur identification.

6<sup>e</sup> vœu. — Que l'attention des Nations participantes soit attirée sur la nécessité de créer aux colonies et dans les pays de protectorat des postes de dentistes et d'assurer ainsi dans ces régions un minimum d'hygiène dentaire.

#### SECTION XVI

##### HISTOIRE, LÉGISLATION, DÉONTOLOGIE, PRESSE PROFESSIONNELLE, DOCUMENTATION

1<sup>o</sup> A la suite du rapport de M. Huet, vœu :

a) Que la Fédération Dentaire Internationale intervienne en toute circonstance et de toute manière afin d'assurer la production, la conservation, la distribution et l'utilisation des documents ;



b) Que tous les travaux publiés dans le volume du présent Congrès et des Congrès à venir soient accompagnés de l'indexation correcte de la Classification Internationale.

c) Que toutes les publications dentaires soient invitées à utiliser au moins pour leurs articles originaux l'indexation de la Classification Internationale ;

d) Qu'une active propagande soit faite en particulier dans les centres d'enseignement professionnel pour faire reconnaître l'importance de la documentation pour les études de l'art dentaire et la préparation de travaux scientifiques et aussi pour assurer la diffusion des méthodes documentaires universelles.

2<sup>o</sup> A la suite de la communication de M<sup>me</sup> Sonia Weissenstein, vœu :

Que soit transmise à la F. D. I. la proposition d'identification internationale par l'estampillage des travaux dentaires.

#### VŒU SUR L'EMPLOI D'UNE LANGUE AUXILIAIRE INTERNATIONALE PROPOSÉ PAR M. GASTON PERRON, DE PARIS

Dans le but de favoriser les relations entre Confrères des différentes nations, il sera créé désormais dans tous les Congrès, tant nationaux qu'internationaux, une permanence où l'Esperanto serait employé comme langue auxiliaire.

L'Insigne International servira de moyen de reconnaissance.

#### RAPPORT DE LA SECTION III A (Détachée de la Section III)

##### CONTROLE DU TRAITEMENT DES CANAUX POUR LE CONCOURS OUVERT PAR LA F. D. I.

Après la discussion des différents rapports, un Comité a été constitué comprenant MM. Appleton, Coolidge, Gottlieb, Orban, Price, Rickert et Stein. Ce Comité a eu à préparer, sur la base des rapports et de la discussion, une proposition précise pour le concours. La proposition suivante a été adoptée à l'unanimité à la séance de clôture.

##### CONCOURS DE LA F. D. I.

###### *Le contrôle des méthodes pour le traitement des racines*

Pour le contrôle du traitement des racines par un procédé donné, on se servira de l'examen histo-bactériologique sur deux chiens au moins, âgés de 1 à 2 ans. Il est proposé que l'expérience se fasse sur les  $\overline{3|3}$ ,  $\overline{6|6}$  et  $\overline{8|8}$ . D'un côté, on fera le traitement des racines sur les dents non infectées, de l'autre côté on fera l'extirpation des pulpes dont on infectera les canaux de streptococcus viridans. Le germe des streptocoques sera pris sur des dents humaines infectées et l'on s'assurera de sa virulence sur les chiens. Il sera fourni par le Rosenow Laboratorium de Rochester (Minn), qui indiquera la technique de l'introduction de cette culture dans la dent. Le bactériologue qui s'occupera des examens ultérieurs sera présent à l'introduc-

tion des bactéries dans les dents et marquera les bêtes correspondantes en vue de leur identification. En plus des dents mentionnées plus haut, on infectera encore les  $\overline{3|3}$  après extirpation pulpaire. Les dents doivent être fermées par des obturations appropriées. On fera des radiographies des dents infectées à divers intervalles, l'apparition de lésions périapicales indiquera le moment de commencer le traitement, pas avant trois mois. Les  $\overline{3|3}$  resteront définitivement sans traitement, afin de rendre possible la formation d'une infection hématogène prenant naissance dans ces endroits. Une année et demie après la fin du traitement on procédera, de nouveau, à des radios et l'on abattra les animaux. Les  $\overline{6|6}$  et les  $\overline{8|8}$  d'un des animaux sont soumises à un examen histologique et les  $\overline{3|3}$  à un examen bactériologique. Chez le deuxième animal, les  $\overline{3|3}$  sont examinées histologiquement et les  $\overline{6|6}$  et les  $\overline{8|8}$  sont utilisées à des fins bactériologiques. Pour les recherches on n'emploie pas seulement les dites dents du maxillaires inférieur, mais aussi les  $\overline{6|6}$  et les  $\overline{3|3}$  infectées et n'ayant pas subi de traitement. De ces dents de contrôle on traitera également un côté histologiquement et l'autre bactériologiquement.

Pour l'examen bactériologique on tranchera la pointe de la racine d'une façon rigoureusement aseptique, on la pulvérisera et l'emploiera pour la préparation des cultures. Le tissu périapical est curé et sert aux mêmes fins. L'examen bactériologique sera fait selon la méthode indiquée par Rosenow et sera confié à un laboratoire de bactériologie d'une Université reconnue. Pour les recherches histologiques on consultera divers laboratoires expérimentaux au courant des travaux de ce genre. Le matériel pour l'analyse histologique doit comprendre l'apex et le tissu environnant. Les coupes seront faites en séries aussi rapprochées que possible.

Les travaux, accompagnés d'une explication précise de la méthode pour le traitement, ainsi que les séries de coupes histologiques et le résultat de l'examen bactériologique devront parvenir au Président de la Commission Scientifique de la F. D. I. le 1<sup>er</sup> août 1935, au plus tard. Entre temps, le Conseil exécutif de la F. D. I. élira définitivement les membres du Jury, sur la proposition de la Commission scientifique. Le jury aura toute liberté de procéder à tout contrôle qu'il jugera approprié, en particulier la façon de déterminer si les méthodes proposées sont effectivement applicables. La remise du prix aura lieu aussitôt après conclusion de l'examen du jury.

---

**Propositions de questions à traiter au prochain Congrès  
faites par les sections  
du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International**

SECTION I

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE

- 1<sup>o</sup> Histogenèse de l'émail et de la dentine ;
- 2<sup>o</sup> Les tumeurs à myélopaxes ;
- 3<sup>o</sup> Etude sur les rapports existant entre la forme de la chambre pulpaire et la morphologie de la dent.
- 4<sup>o</sup> Etude sur la résorption radiculaire des dents permanentes.

SECTION II

BACTÉRIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1<sup>o</sup> Les témoignages bactériologiques de la métastase microbienne partant de la gencive ou y arrivant ;
- 2<sup>o</sup> Rôle de l'épithélium dans l'apparition et le développement du granulome paradentaire à l'apex et au collet ;
- 3<sup>o</sup> Mécanisme histologique de la formation des kystes paradentaires ;  
Rôles respectifs de l'hémorragie et de la dégénérescence graisseuse (Cholestérine) ;
- 4<sup>o</sup> Valeurs respectives de l'adamantinome solide et de l'adamantinome kystique devant l'hypothèse de la cancérisation des tumeurs bénignes périodontaires.

SECTION V

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

- 1<sup>o</sup> Sur les moyens de réaliser la stérilisation de la dentine avant l'obturation des cavités ;
- 2<sup>o</sup> Sur les moyens de lutter contre l'hyperesthésie dentinaire.

SECTION VI

PHYSIQUE, CHIMIE, MÉTALLURGIE

- 2<sup>o</sup> Rapport accepté par le Professeur Spreng, de Bâle :  
« Etude des propriétés physiques des matériaux d'empreinte ».
- 3<sup>o</sup> Rapport accepté par M. Johnson, de Londres :  
« Les matériaux plastiques utilisés comme bases dentaires ».
- 4<sup>o</sup> Rapport accepté par M. Spanner, de Pforzheim (Allemagne) :  
« Etude du retrait des alliages d'or utilisés en art dentaire. »



## SECTION VII

## RADIOLOGIE, PHYSICOTHÉRAPIE

Propositions adoptées à l'unanimité des membres présents de la Section dans la séance de clôture du 6 août 1931.

Propositions de MM. Korkaus, Bertrand et de La Tour :

*Radiographie :*

- 1<sup>o</sup> Importance de la radiographie pour le diagnostic des malocclusions.
- 2<sup>o</sup> Modifications du contrôle radiographique du squelette du crâne et de la face consécutives aux traitements orthodontiques (appareils ou interventions chirurgicales).

*Diathermie :*

- 3<sup>o</sup> Méthodes rationnelles de traitement par la diathermie des affections des dents et des mâchoires.

Proposition de MM. Bertrand, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, et Munzesheimer, Berlin.

Avantages et inconvénients des appareils à ondes amorties et à ondes entretenues.

Expériences précises de stérilisation des canaux avec contrôle exact de la température provoquée dans les tissus et contrôles bactériologiques et stérilisateurs.

Résultats comparatifs des méthodes de diathermie et d'ionophorèse.

Vœux proposés par M. Schlijecher, de Baarn :

- 1<sup>o</sup> Recherches de la température dans les canaux radiculaires et autour de l'apex ;
- 2<sup>o</sup> Recherches sur la stérilisation (la manière de détruire les microbes par la chaleur ou par l'électricité) ;
- 3<sup>o</sup> Recherches histologiques ;
- 4<sup>o</sup> Rapports théoriques et pratiques sur ce sujet.

## SECTION VIII

## PROTHÈSE COMPLÈTE

La morphologie des dents artificielles pour dentiers complets peut-elle être la même que la morphologie des dents naturelles ?

Quelles sont les raisons anatomiques, physiologiques, cinématiques, esthétiques, phonétiques et fonctionnelles ?

## SECTION IX

## PROTHÈSE PARTIELLE. — COURONNES ET TRAVAUX A PONT

Etude et sélection des différents types d'appareils.

## SECTION XI

## ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

- 1<sup>o</sup> L'étude de l'étiologie des malformations et des malocclusions.
- 2<sup>o</sup> La terminologie orthopédique dento-maxillaire.

## SECTION XII

## CHIRURGIE ET PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

- 1<sup>o</sup> Rôle du chirurgien et du prothésiste dans le traitement du cancer du maxillaire inférieur.
- 2<sup>o</sup> Rôle du chirurgien et du prothésiste dans le traitement du cancer du maxillaire supérieur.
- 3<sup>o</sup> Indications respectives de la rhinoplastie et de la prothèse nasale.
- 4<sup>o</sup> Etude de la réparation osseuse dans les pertes de substance des mâchoires (histologie et physiologie pathologiques).

## SECTION XV

## ENSEIGNEMENT DENTAIRE

- 1<sup>o</sup> Programme minimum d'enseignement scientifique et théorique nécessaire aux élèves des Ecoles Dentaires.
  - 2<sup>o</sup> Les moyens pédagogiques propres à développer l'habileté manuelle des futurs praticiens de l'art dentaire.
-

## Le VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International

---

L'Odontologie a publié, dans quatorze numéros consécutifs, un compte rendu du **VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International** qui se termine avec le présent fascicule.

Ce compte rendu ne fait pas double emploi avec les volumes édités par le Comité d'Organisation, contenant in extenso les rapports, communications et démonstrations. Il les complète en ce sens que, s'il résume la partie scientifique, il décrit longuement les expositions (scientifique, pédagogique, rétrospective, d'hygiène, de fournitures et de matériel), ainsi que les réceptions, fêtes et excursions.

Les quatorze articles consacrés à ces grandes assises professionnelles, collationnés par M. le Dr Solas, secrétaire général du Congrès, permettent ainsi, aussi bien aux congressistes qui y ont assisté qu'aux confrères qui en étaient absents, d'avoir un aperçu détaillé de cette réunion mondiale gigantesque, du travail considérable qui y a été fait, des objets présentés aux regards des visiteurs. C'est un compendium donnant une image fidèle de cette véritable féerie à la fois instructive, agréable et attachante qui s'est déroulée pendant huit jours en présence et sous les yeux de près de 4.000 praticiens de l'art dentaire venus de tous les points du monde.

Ces articles, réunis en un volume de 180 pages, sont illustrés de nombreux portraits et photographies qui rappellent les traits de la plupart de ceux qui ont joué un rôle dans cette magnifique manifestation, ou représentent des salles d'expositions et des groupes de congressistes dans diverses scènes.

Tel qu'il est conçu, ce volume constitue à la fois un souvenir et un document précieux de cette œuvre admirable qu'a été le **VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International**.

L'ODONTOLOGIE.

N. B. — Ce volume sera en vente au Bureau de L'Odontologie, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, au prix de 20 francs.



## REVUE DES REVUES

### DE LA CONTENTION CHIRURGICALE DES PROTHÈSES

Par le Dr Eugène BRILL (de Berlin)

Le problème de la contention des prothèses par des moyens chirurgicaux préoccupe les dentistes depuis plus de 150 ans. Beaupré est le premier qui a étudié ce problème. Au niveau des canines l'os était foré de part en part, un fil d'or passé par ce pertuis ligaturait l'appareil et assurait ainsi sa contention. Mais rapidement ce fil d'or jouait le rôle d'une scie et sectionnait l'os et la muqueuse. Cette méthode assurait la contention pendant dix-huit mois. Ringelman, professeur de Dentisterie Opératoire à Würzburg, s'éleva, en 1824, contre ce procédé. Ces temps derniers, le Prof. Zeller, chirurgien à Berlin, a, en 1919, fait paraître dans la *Revue Mensuelle de l'Art dentaire* un travail sur l'ancrage des prothèses complètes au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur. Voici son mode opératoire : sous anesthésie de la 2<sup>e</sup> branche du nerf trijumeau à travers le trou grand rond avec la Novocaïne Suprarénine à 2 %, un lambeau de 1,5 de large et de la même longueur est découpé près du rebord alvéolaire, la base sur le corps du maxillaire près de la muqueuse jugale. Un tube est préparé avec ce lambeau et introduit dans un trou fraisé dans le maxillaire, et suturé à ses extrémités avec la muqueuse recouvrant le maxillaire. Au maxillaire supérieur, Zeller pratique ainsi trois parties : deux au niveau de la tubérosité, un vers la partie médiane.

Au maxillaire inférieur, le conduit muqueux est inversé ; la base du lambeau tournée vers le rebord du maxillaire, non à l'insertion jugale, mais vers la muqueuse labiale. La fraisage intraosseux doit éviter le nerf dentaire. Le canal qui le contient est épais et émerge dans la région médiane. Zeller a seulement pratiqué cette intervention sur le cadavre.

#### MÉTHODE PERSONNELLE

En 1923, j'ai eu l'occasion de présenter à la Société de Dentisterie un cas que j'avais opéré : une consolidation d'un bridge amovible par un conduit à revêtement épithélial dans la région angulaire et en direction oblique vers l'extérieur. Afin d'obtenir une meilleure contention, j'avais pratiqué deux incisions en forme d'arc de cercle qui se rencontraient au niveau des procès alvéolaires. Après réclinage de la muqueuse et du périoste, je pratique un tenon par fraisage, quelque peu oblique vers l'extérieur, afin de ne pas léser le canal dentaire inférieur. Cette cavité est élargie en forme de massue dirigée vers le bas, la muqueuse et le périoste appliqués à l'intérieur de cette cavité étant maintenus en bonne place par de la gaze. Le bridge est reposé provisoirement à seule fin de protéger cette gaze. Dans d'autres

cas, il est nécessaire de la protéger soit par une plaque en celluloid ou en caoutchouc pour la bonne contention du pansement. Huit jours après, une empreinte de ce canal fut prise ; une masse de caoutchouc fut confectionnée et posée, servant de support au bridge.

Le canal ainsi obtenu par fraisage ne doit pas être parallèle aux autres piliers du bridge, mais doit être en direction oblique afin d'avoir une meilleure consolidation en modifiant l'action du levier latéral. Le patient porte encore son bridge, j'ai seulement changé, six ans après, le tampon de caoutchouc par un tampon en porcelaine. Onze ans après le patient ne présente aucun trouble fonctionnel dans la mastication et, quoique restant des mois entiers sans aucun contrôle, ne présente aucun phénomène inflammatoire au niveau de la muqueuse gingivale.

Pour le rebord alvéolaire antérieur, je me sers d'un foret à tranchant en forme de spirale, et je le traverse de part en part, au niveau de la région canine. La muqueuse gingivale est coupée à l'aide d'un emporte-pièce circulaire, monté sur le tour. Il est recommandable de se servir de l'angle droit à seule fin d'éviter les blessures de la lèvre et de la muqueuse jugale. Les perforations ainsi faites à la fraise ne seront pas parallèles entre elles, mais convergentes vers la partie médiane, afin d'éviter le mouvement de bascule de la prothèse. Antérieurement, j'employais une petite canule d'argent, qui, une fois passée dans le canal, était maintenue en position par un fil d'argent passant par sa lumière. Maintenant j'emploie une aiguille d'argent de 2,2 millimètres, que je place dans le canal fraisé, et qu'elle dépasse au niveau de son orifice palatin. Les prothèses anciennes peuvent être mises en bouche d'une façon provisoire en les fixant à la tête de l'aiguille.

Les aiguilles ont 2,2 millimètres d'épaisseur pour ne pas comprimer les parois épithéliales du canal. Il est de toute nécessité de prendre une radio avant l'opération afin de situer le sinus et les fosses nasales ; il est également important de bien connaître l'anatomie des maxillaires chez les édentés et chez le vieillard. Je laisse les aiguilles d'argent pendant une huitaine de jours pour attendre la cicatrisation épithéliale du canal et, afin de pouvoir prendre une bonne empreinte de la mâchoire. Pour cela, je place un fil d'or platiné, ou de platine, ayant seulement 2 millimètres d'épaisseur que je place dans le canal fraisé. Etant de 2 millimètres moins épais, il est facilement posable et enlevable. Un porte-empreinte est choisi et échancre de telle façon que le fil d'or ait un libre jeu. Une empreinte au plâtre est prise ; une fois assez dur, le plâtre est coupé au même niveau que l'échancrure du porte-empreinte de telle façon que le fil d'or soit enlevé. On le replace dans l'empreinte reconstituée, légèrement enduit de cire, qui est coulée. Les épingles d'argent remplacent les fils de platine. L'appareil est monté sur l'articulateur et façonné. On sculptera sur le modèle deux petits tenons au travers desquels les fils seront passés. Je donne à la tête des fils une forme ou triangulaire ou carrée pour que le patient puisse les différencier lors de la mise en bouche de la prothèse.

Dans un charbon de bois, je prépare une cavité, à l'aide d'une fraise à



fissure, un canal correspondant au diamètre du fil d'or platiné et au niveau de l'extrémité libre, je sculpte en creux, soit un carré, soit un triangle, j'introduis le fil qui dépasse d'environ 2 millimètres, ayant chauffé et fais fondre cette extrémité au chalumeau, le triangle ou le carré se trouve rempli par le métal fondu. Grâce à ce procédé simple, je façonne, avec la plus grande facilité, les têtes des aiguilles qui doivent être assez volumineuses et aplaties afin de ne pas blesser la muqueuse. La plaque est généralement construite en or coulé. Lors de l'application de la cire on ménage du côté palatin un orifice pour l'extrémité palatine du fil d'or platiné.

Dix jours après l'opération la prothèse est placée en bouche. Dans les premiers jours, je revois chaque jour le patient pour qu'il n'enlève pas lui-même l'appareil. Une quinzaine de jours après l'opération la couche épithéliale qui tapisse le canal est assez résistante pour que le patient pose et enlève lui-même sa prothèse. Une fois la pièce en bouche, les pivots sont introduits par les tenons respectifs, et une fois convenablement placés, l'appareil est solidement maintenu.

\*  
\* \*

Comme suite à l'emploi de tenons en porcelaine ayant une forme de massue, pour la contention chirurgicale des prothèses du maxillaire inférieur, j'ai été conduit à employer comme piliers de bridge fixe des racines en porcelaine. J'ai donc construit dans ce but des racines en porcelaine dure, présentant à l'apex un renflement en forme de massue, rappelant les exostoses. J'évite d'une façon complète les entailles et les traits de fraises en oblique sur les racines pour obtenir une rétention. Ces racines en porcelaine présentent un orifice de 1,5 millimètre pouvant recevoir soit un pivot, soit une vis. La base de cette racine est taillée en forme d'escalier, pour permettre aux coiffes métalliques de les sertir et de n'offrir aucune solution de continuité ; la rétention des débris alimentaires est impossible et la gencive ne présente aucune irritation. Avec le contrôle radiographique et avec le dentimètre, je détermine le pourtour de la racine, et je cherche la racine correspondante. L'éloignement de la racine posée est fonction de la solidité du bridge. Les autres piliers sont traités comme d'habitude. Quand on a affaire à une seule racine en porcelaine on peut confectionner, soit une couronne, soit un inlay, soit une demi-couronne. Comme point d'appui, une dent voisine peut être dévitalisée et la dent de support est soudée à la coiffe qui sertit la racine de porcelaine ; celle-ci peut servir d'ancrage, peut supporter une couronne à pivot, ou une couronne Jacket.

Pour avoir la position exacte de la racine, il est recommandable de pratiquer l'extraction, de placer la racine de porcelaine, et de prendre l'empreinte, la racine est alors enlevée de son alvéole et placée dans cette empreinte ; puis retirée du modèle. La plaie alvéolaire est maintenue ouverte par un bourrage de gaze. Il est plus simple encore de replacer dans la plaie une autre racine de porcelaine de même dimension et de même forme dans laquelle on aura cimenté une attelle métallique en forme d'agrafe ouverte et fixée à la dent voisine. La racine de porcelaine est chargée de gutta-percha de façon qu'elle articule avec son antagoniste. Elle sera ainsi main-



tenue dans son alvéole par la mastication. Depuis quelque temps, je pratique ainsi : j'élargis le canal de la dent à extraire jusqu'à 1,5 millimètre et prépare la contention sur la dent voisine soit par une demi-couronne, soit par un inlay. J'introduis dans le canal ainsi élargi un fil de platine de bonne dimension et prends une empreinte au plâtre. L'empreinte enlevée, je place sur ce fil de platine une racine de porcelaine et je coule l'empreinte. Grâce à ce procédé si simple, j'ai donné la direction exacte à la racine de porcelaine qui est la même que celle de la dent naturelle. L'alvéole est quelque peu élargi à l'aide d'une fraise coupante de façon à enlever les foyers granulomateux. Il y a quelque temps j'ai vu le cas suivant : un confrère avait posé une racine de porcelaine, ayant provoqué une fistule. Ayant une radiographie, je pouvais dire que cette fistule était due à un granulome ancien. Après un curettage, la suppuration avait disparu.

Dans le cas où l'alvéole a disparu, je pratique une cavité dans la gencive à l'aide de l'emporte-pièce. Mais il doit être pratiqué plutôt lingualement que vestibulairement vu l'épaisseur de la gencive ; puis je fraise l'os de façon que le diamètre transversal de l'orifice ainsi pratiqué soit de 2 mm. supérieur à celui de la racine de porcelaine.

(*Zahnärztliche Rundschau*, 14 et 21 novembre 1932).

Jean RIVET.

### UN CAS D'ATROPHIE DU MASSÉTER, DU TEMPORAL, ET DU PTÉRYGOIDIEN INTERNE GAUCHE SÉQUELLE PROBABLE DE POLIOMYÉLITE MÉCONNUE

Par MM. les Drs BONNET-ROY, LEBLAN, DELIBÉROS et DERMANT

En octobre dernier, M. R..., 24 ans, constate un amaigrissement assez marqué de la joue gauche. Il s'en inquiète, bien qu'il ne ressente aucune douleur, va consulter son dentiste qui l'adresse à un confrère stomatologiste, lequel se borne à constater une atrophie des muscles élévateurs et conseille de mettre la bouche en état, en particulier de traiter une gingivite ulcéreuse à symbiose fuso-spirillaire généralisée avec prédominance au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche.

Le traitement institué (novarséno-benzol en applications topiques) conduit à la guérison de cette gingivite ; quelques dents en mauvais état sont soignées et la dent de sagesse qui est en malposition est extraite.

Une radiographie faite à ce moment ne décèle aucune lésion dentaire pouvant avoir une relation avec l'atrophie musculaire qui nous intéresse.

Le 8 janvier 1932, M. R... nous est adressé par son dentiste. Dès que l'on aperçoit le malade, on ne peut manquer d'être frappé par l'asymétrie faciale.

La région temporo-massétélerine est complètement affaissée. La palpation endo et exo-buccale confirme l'existence d'une atrophie presque complète du masséter gauche et du temporal.

D'autre part, lorsqu'on prie le malade d'ouvrir la bouche, on constate que celle-ci est fortement déviée du côté des lésions atrophiques.

Enfin, le mouvement de diduction est très limité à droite.

La température locale est diminuée au niveau de la joue.

Par ailleurs, l'examen bucco-facial n'apprend rien de nouveau, la force du masséter opposé, et, d'une façon générale de tous les muscles de la région, est conservée.

Ce premier examen montre assez qu'on est en présence d'un sujet porteur de lésions atrophiques du masséter, du temporal, du ptérygoïdien interne. Reste à en connaître la cause.

Dans les antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler, les parents du malade sont bien portants : deux frères et une sœur en bonne santé.

Pour ce qui est des antécédents généraux personnels en dehors de maladies de l'enfance, rougeole et coqueluche, il y a lieu de noter de la chorée, à l'âge de 9 ans. Les crises se sont prolongées pendant quelques mois et se sont peu à peu éteintes sans laisser de traces (le malade est cependant atteint depuis ce moment de bégaiement).

Un peu plus tard, crise de rhumatisme articulaire aigu, la dernière particulièrement forte, à 12 ans. Depuis, aucune manifestation de ce côté, si ce n'est un cœur déficient qui commande certaines précautions.

Le malade interrogé n'accuse pas d'accidents spécifiques, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Nous adressons le malade à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Pagniez où notre ami le Dr Plichet veut bien pratiquer l'examen neurologique. Cet examen se résume ainsi :

Mobilité et réflexes normaux, pas de trépidation épileptoïde, les réflexes pupillaires et d'accommodation à la distance sont conservés, la force musculaire, la sensibilité superficielle et profonde, intactes ; coordination des mouvements absolument normale (le malade, ouvrier de précision, ne s'est senti à aucun moment gêné dans son travail), équilibration statique et cinétique normale ; l'examen du fond de l'œil ne révèle rien.

Ultérieurement, à notre demande, le Dr Chavany procède à l'examen électrique. Le résultat de la réaction de dégénérescence est le suivant : « Pas de réponse ni au galvanique, ni au faradique (12 milliampères) ».

En raison de la localisation du processus de dégénérescence qui ne porte que sur les muscles masticateurs gauches, par l'absence même de tout symptôme cérébelleux, on est conduit à penser qu'il s'agit d'une atrophie consécutive à une lésion poliomyélitique localisée au noyau masticateur, lequel est situé dans la région protubérantielle légèrement en arrière de l'émergence de la cinquième paire crânienne.

La rareté de ce cas en fait l'intérêt incontestable. On ne trouve, à notre connaissance, dans la littérature médicale, qu'un cas semblable rapporté par MM. Dechaume et Tardieu, dans le *Monde Médical* (15 septembre 1932). Il s'agissait d'une jeune fille présentant une atrophie du masséter gauche uniquement. La conclusion de ces auteurs est semblable à la nôtre ; mais pour l'affirmer ils avaient un argument de valeur qui nous manque : la

malade en question avait séjourné en Alsace, vers septembre 1929, alors que sévissait une sévère épidémie de poliomyélite et l'on notait à ce moment un épisode fébrile étiqueté grippe.

Les auteurs précités signalent deux observations qui plaident en faveur de la possibilité de la localisation au cours de la poliomyélite (Crouzon et H. de Soille : Hémi-atrophie linguale au cours d'un processus aigu de poliomyélite ou de névrite. — *Revue Neurologique*, novembre 1930, page 548).

L'origine même de la dégénérescence du noyau masticateur ne pouvant être mise en doute, force nous est de considérer la lésion secondaire comme définitive et d'espérer que l'avenir n'amènera pas l'extension de ces lésions.

Au point de vue esthétique, on peut s'attendre à ce que la diminution de volume due à l'atrophie soit masquée et compensée par un certain degré d'infiltration graisseuse.

Un traitement électrique, galvanisation faciale, est actuellement en cours, mais ne semble apporter aucune amélioration.

(*Le Bulletin Médical*, 25 juin 1932).

---

## REVUE ANALYTIQUE

---

### LE DENTAL COSMOS

Résumé des articles de juin 1932

DAVID J. GOODFRIEND. — **Dysarthrose et sous-arthrose de l'articulation mandibulaire.**

L'auteur présente une étude très scientifique sur les conditions de dislocation complète et partielle de l'articulation mandibulaire par suite de changements dégénératifs dans leurs rapports avec des réflexes nerveux manifestés dans des affections auriculaires, le tinnitus, le vertigo, etc. L'article donne une description très minutieuse de l'articulation mandibulaire pour servir de base aux processus pathologiques mentionnés. Les procédés suivis par l'auteur pour corriger ces états sont exposés en détail. Une description très minutieuse de l'anatomie de l'articulation temporo-maxillaire est donnée comme base de l'étude des processus pathologiques mentionnés dans cet article, qui est accompagné d'illustrations soignées au point de vue anatomique et au point de vue des procédés suivis par l'auteur pour corriger ces états.

L'auteur fournit des rapports détaillés du traitement de plusieurs cas dans lesquels la correction de cette articulation par des dentiers artificiels lui a permis d'obtenir des résultats tout à fait remarquables.

FINN J. BROWNER. — **Etude de la pulpe et des réactions dentinaires.**

L'auteur se livre à une étude préliminaire des réactions de la dentine et de la pulpe aux divers stimulants produits par les opérations, les températures, les toxines, etc. Cette étude faite au point de vue de la dentisterie opératoire jette



un jour éclatant sur divers problèmes que l'histologiste s'est efforcé de résoudre. La question de la sensation nerveuse dans les tissus de la dent est traitée avec grande intelligence. Un des principaux points importants pour l'opérateur, c'est la démonstration faite par l'auteur de la nécessité de revêtements cavitaires dans divers cas.

PAUL C. KITCHIN et J. BROWN. — **Rapport préliminaire sur un bain de bouche pour le traitement de l'angine de Vincent.**

Les auteurs, après une revue étendue des diverses préparations employées dans le traitement de l'angine de Vincent, se livrent à une série d'études pour déterminer le bain de bouche le plus efficace à cet égard. Ils sont arrivés à la conclusion que le bichromate de sodium est un agent très précieux dans un bain de ce genre et possède toutes les bonnes qualités, sans les mauvaises de l'acide chromique. Ils ont appliqué expérimentalement, dans une dizaine de cas de l'angine de Vincent, le bain de bouche qu'ils considèrent comme le meilleur pour ce traitement. Ils en donnent la formule dans leur article.

THÉO B. BEUST. — **Revue critique de la théorie de C. F. Bodecker sur la résistance à la carie.** — CH.-F. BODECKER. — **Théorie nouvelle de la cause de la carie dentaire.**

Les auteurs discutent quelques points controversés de l'histologie de la structure de la dent pour éclaircir quelques malentendus relatifs à l'opinion de Bodecker sur l'étiologie de la carie. La principale question controversée semble être celle des sources de la lymphe de nutrition pour la dentine et l'émail.

HERMANN PRINZ. — **Pigmentations de la membrane muqueuse buccale.**

M. Prinz apporte une de ses contributions scientifiques à l'étude de la pathologie des tissus buccaux. Ses études sur la pigmentation des tissus se réfèrent plus spécialement à leur valeur diagnostique pour la détermination des divers états pathologiques. Il discute de nombreux états de la membrane muqueuse et les diverses phases de pigmentation qui servent de symptômes de diagnostic dans ces affections.

J.-J. MOFFITT. — **Méthode d'obturation des canaux radiculaires de dents sans pulpe.**

L'auteur n'a jamais perdu confiance dans l'efficacité du traitement et de l'obturation des dents sans pulpe comme moyen de sauver les dents. Il décrit minutieusement sa technique et cite plusieurs cas dans lesquels il l'a appliquée. Son succès dans le traitement des dents sans pulpe est basé sur une technique méticuleuse qui réussirait si elle était appliquée par la grande majorité des opérateurs.

W. AUBREY CRICH. — **Blastomycose des gencives et de mâchoires.**

L'auteur rapporte un cas de cette affection rare des tissus gingivaux. Le meilleur enseignement donné par l'article est sans doute le profit à tirer de la collaboration du médecin et du dentiste dans le diagnostic et le traitement de cette maladie.

W. T. CHAMBERS. — **Nodules pulpaire et changements calciques.**

M. Chambers rapporte deux cas de nodules pulpaire qui ont causé des accidents nerveux fâcheux chez les patients. Sa méthode de traitement apporte un grand encouragement à ceux qui préfèrent sauver les dents au lieu de les enlever.

LOUIS M. CRUTTENDEN. — **Difformités buccales associées à la dureté de l'ouïe.**

L'auteur s'est livré à une longue étude des difformités buccales ayant affecté l'ouïe. Il s'est particulièrement attaché à remédier à cette situation en corrigeant des anomalies et des défauts de l'appareil masticatoire.

H. E. HARVEY, C. T. DE FORD et T. T. ELLER. — **Accélération de l'anesthésie locale et atténuation des suites postopératoires par l'alcalinisation des solutions de procaine.**

Les auteurs se sont livrés à une série d'expériences sur l'isotonicité des solutions de procaine pour anesthésie buccale. Ils en concluent que les solutions anesthésiques qui ont une alcalinité se rapprochant de celle du sang produisent très rapidement une anesthésie profonde et atténuent notablement les suites post-opératoires.

JOSEPH H. KAUFFMANN. — **La brosse à dents.**

C'est là le 3<sup>e</sup> article de l'auteur sur les brosses à dents, leur forme, la nature des soies, les dimensions, la fabrication, etc...

*Résumé des articles de juillet 1932*

J. R. BLAYNEY. — **Principes du traitement des canaux pulpaire.**

M. Blayney s'est livré à des études sur les tissus entourant les dents et leur réaction au traitement des canaux pulpaire. Il en rend compte en y ajoutant les observations de plusieurs milliers de cas de ce traitement portant sur plus de 15 années. Ces études prouvent péremptoirement que le traitement et l'obturation des canaux radiculaires sont une opération parfaitement sûre. Il en conclut qu'il est absolument convaincu de la possibilité d'enlever la pulpe et de conserver un apex radiculaire sain dans un grand nombre de cas et, dans des cas choisis avec dégénérescence de la membrane du périodonte, d'obtenir la guérison après traitement. Les résultats ne dépendent pas d'un certain type d'instruments, de médicaments ou de matières obturatrices, mais de la manière dont on se sert de l'instrument et dont on pratique l'opération.

EDWARD T. STAYNE. — **Dents surnuméraires.**

L'étude des dents surnuméraires repose sur l'examen de milliers de sujets pour déterminer la fréquence des dents surnuméraires, leur caractère et leur position. Cette étude montre nettement que ces dents sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne suppose et que presque chaque dent de la série normale a pour associée une dent surnuméraire de forme et de dimension plus ou moins constantes.

FREDERICK WEINTRAUB. — **Considérations importantes pour le dentiste et l'obstétricien.**

M. Weintraub rapporte le résultat d'une longue observation des rapports de l'état pathologique des dents avec la grossesse. Il estime que si les indications d'une opération dentaire existent pendant la grossesse, cette opération doit être exécutée aussi complètement qu'en dehors de la grossesse et que la surveillance prénatale suivie d'un prompt traitement scientifique est plus importante pour la conservation des dents de la mère et pour le développement des dents de l'enfant à venir.

BERNARD M. BRICKMAN. — **La lumière et les phénomènes de couleur dans les dents et les porcelaines dentaires.**

L'auteur étudie la question de la reproduction des couleurs sur les dents de porcelaine. Il expose une ingénieuse méthode de combiner les couleurs et différents genres de corps de porcelaine pour reproduire les couleurs naturelles des dents.

GABRIEL ROGER VOGELSON. — **Technique orthodontique de Griffin.**

Cet article expose très clairement l'emploi des appareils par ce système pour la correction de toutes les difformités de l'arcade dentaire. Quelque méthode que suive l'orthodontiste, il trouvera dans cet article de nombreux conseils fort utiles pour la correction des diverses classes de malocclusion.

MAX SILVERMAN. — **Etude des médicaments synthétiques nouveaux employés dans le traitement pré et post-opératoire.**

C'est un examen des divers agents employés en thérapeutique dentaire, basé sur la connaissance des propriétés pharmaceutiques de ces agents.

MAURICE PINE. — **Services dentaire scolaires.**

Il s'agit de l'étude des divers systèmes de services dentaires scolaires, contenant beaucoup de renseignements qui seront fort utiles aux municipalités qui projettent la création de ces services.

J. A. HOPKINS. — **Revue de quelques traitements de l'Angine de Vincent.**

L'auteur passe en revue presque tous les modes de traitement de l'angine de Vincent et formule sur chacun d'eux son opinion basée sur une expérience étendue et signale un cas mortel.

GILBERT DALLDORF. — **Lésions dentaires dues au scorbut.**

Revue et commentaire d'un livre du Prof. Westin, de Stockholm, consacré à l'étude des tissus dentaires influencés par le régime alimentaire, notamment aux traits cliniques de la gingivite scorbutique et à la possibilité qu'une alimentation insuffisante joue un rôle important dans la production de la pyorrhée alvéolaire.

J. M. WISAN. — **Traitement dentaire des enfants.**

L'auteur expose la façon dont il se comporte avec les enfants pour leur soigner la bouche. Son article contient des indications précieuses sur la manière d'agir avec les enfants et les méthodes de traitement de leurs dents.

---



## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

*Séance du 8 novembre 1932*  
(Résumé)

La séance inaugurale de la Session 1932-1933 de la Société d'Odontologie de Paris a eu lieu le mardi 8 novembre 1932, à l'Ecole Dentaire de Paris, sous la direction du nouveau président en exercice : le D<sup>r</sup> Desforges, qui, dans son allocution, après avoir rendu hommage aux fondateurs de la Société, retrace rapidement la vie de cette assemblée et adresse un souvenir ému à tous ses anciens présidents, exprimant le désir de continuer avec dévouement leur œuvre.

Le D<sup>r</sup> Rolland donne lecture de sa communication sur la « *Thérapeutique de la douleur* ». Rappelant à larges traits l'histoire de l'anesthésie, il présente ses derniers travaux sur les analgésiques, en insistant particulièrement sur leur action sédative des douleurs post-opératoires.

M. Hulin traite la *Nomenclature et la systématique des Paradentoses*, présentant ainsi les résultats des travaux de l'A. R. P. A. dans sa réunion à Zurich.

Une discussion suit, à laquelle les Docteurs Roy et Delater et M. P. Housset prennent part, exposant, tour à tour, leur point de vue personnel sur cette si importante question.

La séance est levée à 11 heures 45.

*Le Secrétaire général,*  
Jean RIVET.

### SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

*Séance du 19 juillet 1932*

La séance est ouverte à 21 h. 05, sous la présidence du D<sup>r</sup> Gérard Maurel, Président.

Aussitôt après la lecture du procès-verbal, M. le Président donne la parole au D<sup>r</sup> Pierre Rolland, pour sa communication sur « *Les savons* », leur emploi en hygiène et en thérapeutique, étude extrêmement importante et précise.

Après un historique très fouillé, l'auteur passe en revue les différentes propriétés chimiques des savons. Il étudie ensuite leur utilisation au point de vue : hygiène, antiseptie, action médicamenteuse (Propriétés cryptotoxiques et antitoxiques).

Abordant la question thérapeutique, le conférencier divise leur application en dix chapitres :

A. — *Thérapeutique externe* : cinq chapitres comprenant :

1<sup>o</sup> Le lavage chirurgical des mains.

2<sup>o</sup> L'asepsie du champ opératoire.

3<sup>o</sup> Le traitement des plaies.

4<sup>o</sup> La thérapeutique dermatologique.

5<sup>o</sup> L'hygiène et la prophylaxie.

B. — *Thérapeutique interne* : comporte également cinq chapitres :

1<sup>o</sup> Action purgative.

2<sup>o</sup> Action diurétique.

3<sup>o</sup> La sérothérapie.

4<sup>o</sup> La chimiothérapie.

5<sup>o</sup> Le pouvoir antitoxique.

Cette étude si complète sur les savons incite le D<sup>r</sup> Gérard Maurel à demander au D<sup>r</sup> Rolland, dont la compétence en la matière fait foi, à nous apporter le résultat de ses recherches et conclusions sur l'emploi des savons pour la toilette des dents.

Le Dr Bouland présente un film très intéressant de vulgarisation d'hygiène dentaire intitulé : « Comment évoluent les dents » (Film Kodak). Projection combinée d'une façon rationnelle de schémas animés et de vues photographiques, réalisation tendant à encourager les enfants à apporter une plus grande précision dans leur hygiène dentaire.

La partie réservée aux incidents de la pratique journalière fut abondamment pourvue et particulièrement suivie.

Le Dr Tramuset rapporte le cas d'un jeune homme porteur de G<sup>1</sup> et G<sup>2</sup> incluses avec fistule congénitale palatine et communication bucco-nasale, présentation qui souleva une ample discussion quant à son traitement et à laquelle prirent part le Dr Gérard Maurel et M. Sapet.

Le Dr Gérard Maurel, sous forme de causerie du plus vif intérêt, attire l'attention sur la possibilité de l'apparition de l'angine de Ludwig consécutive à des lésions dentaires.

M. Sapet, en citant quelques cas de même étiologie, confirme les conclusions du Dr Gérard Maurel.

La séance est levée à 23 h. 55.

*Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.*

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

*Séance du 24 Juin 1932*

### *Présentations :*

*Dr Landais : Présentation de radiographies de calculs salivaires intraglandulaires, par incidence transbuccale oblique.*

L'auteur pense que les incidences classiques masquent souvent une partie de la glande sous-maxillaire. Il propose de centrer l'ampoule de telle sorte que le rayon passe parallèlement à la table interne de la mandibule, la plaque refoule l'os hyoïde et est placée sous le bord basilaire de l'os.

Il réussit ainsi grâce à l'obliquité de la table interne à obtenir une image libre de toute projection osseuse.

### *Communications :*

*Considérations radiologiques et anatomiques sur la branche montante du maxillaire inférieur. Dr Landais (Nantes).*

L'auteur dans une première partie montre comment sous certaines incidences des projectiles peuvent sembler inclus dans l'os, alors qu'ils sont en surface. Il propose des incidences capables d'éliminer ces erreurs.

*A propos de deux cas de nécrose des maxillaires survenus à la suite d'un traitement par thorium X. Drs Ch. Ruppe et Lebourg.*

Les auteurs apportent trois observations et expliquent les accidents qui se sont produits par l'électivité pour la moelle osseuse du thorium X, ce qui rend possible les accidents. Ces accidents ne peuvent être attribués qu'à l'état général des sujets et ne peuvent en rien faire abandonner la thérapeutique.

*Un cas mortel de pyohémie d'origine dentaire. Drs Ch. Ruppe et Cauhépé.*

Les auteurs nous communiquent l'observation d'un malade qui, guéri d'un ostéophlegmon après incision vestibulaire et avulsion dentaire, fut brusquement pris d'un frisson, accusa une douleur abdominale vive et mourut quelques jours après d'un abcès au foie.

*Deux observations d'épithéliomas du maxillaire supérieur. — Considérations étiologiques et thérapeutiques. Dr Dechaume.*

L'auteur rappelle que les épithéliomas du maxillaire supérieur se développent le plus souvent aux dépens de la muqueuse du sinus, mais que quelquefois ils se produisent par dégénérescence d'une paroi kystique et il pense que l'on doit trouver là l'étiologie de certains épithéliomas du maxillaire. Au point de vue thérapeutique il pense que la technique de Hautand et Monod est la meilleure.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

#### ONZIÈME RÉUNION

La XI<sup>e</sup> réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale s'est tenue à Lausanne, les 6, 7 et 8 mai. La session, sous la présidence du D<sup>r</sup> Sylvain Dreyfus, a été ouverte en présence de M. le Conseiller d'Etat P. Perret, chef du Département de l'Instruction publique, de MM. les Consuls des pays représentés à ce Congrès et de M. le Recteur de l'Université.

Après avoir remercié les autorités de l'accueil qu'il a reçu auprès d'elles pour l'organisation de cette manifestation, le D<sup>r</sup> Dreyfus a relevé combien la tendance actuelle de l'orthodontie est médicale et a souligné que la prophylaxie — qui est actuellement à l'ordre du jour — est même la plus noble partie de cet art. Or, c'est cette tendance médicale, a-t-il affirmé, qui a voulu que Lausanne, que l'on nomme la « Mecque Médicale », fût choisie pour cette réunion.

Prenant alors la parole, M. le Recteur Raymond a dit combien l'Université était fière que ce soit dans son édifice, dans la salle Tissot, qu'eussent lieu les travaux du Congrès.

Ensuite, M. le Prof. D<sup>r</sup> Nicod a parlé « de l'orthopédie en général et de l'orthopédie dentaire ».

En un exposé très clair, il a montré que des causes semblables sont à l'origine de dysmorphoses variées et que l'orthopédie dentaire répond aux mêmes lois générales que l'orthopédie en général. L'absence de certains os (du carpe, par exemple) n'est pas un phénomène différent de l'absence congénitale d'une dent.

Il a montré comment certains os peuvent se déformer sous des pressions anormales et reprendre leur forme première lorsque ces forces sont supprimées. Le col du fémur, par exemple, peut se modifier selon les anomalies et se corriger spontanément également. Ceci est de la plus grande importance pour nous et nous voyons que la gymnastique des muscles des lèvres, des masticateurs et des sus-hyoïdiens n'est pas une simple vue de l'esprit, mais correspond à une vérité générale, une vérité de plus que la conception biologique de l'orthodontie doit avoir le pas sur la conception purement mécanique. En outre, le D<sup>r</sup> Nicod a souligné l'importance d'une intervention précoce. Cette conférence magistrale du Prof. D<sup>r</sup> Nicod fut longuement applaudie et sa valeur absolue a encore été soulignée par une intervention du D<sup>r</sup> Pont.

Ensuite, le D<sup>r</sup> De Coster nous a présenté une partie seulement de son rapport sur le « diagnostic en orthopédie dento-faciale ». Le D<sup>r</sup> De Coster s'est voué ici à un véritable travail de bénédictin et il doit en être chaleureusement félicité. Son travail devant être publié intégralement avec de



nombreuses figures, la discussion de ce rapport a été décidée pour la prochaine réunion de la Société, lorsque chacun aura pu l'étudier à loisir.

Puis ce fut le départ en automobile pour le Chalet-à-Gobet où le lunch fut pris en commun, suivi d'une promenade dans le Jorat. Malheureusement, le mauvais temps étant de la partie, l'itinéraire prévu dut être modifié.

A 3 h. 30, de retour au Palais de Rumine, le travail recommença. Le Dr de Nevrezé présenta sa « Contribution à la construction des appareils d'orthodontie en acier inoxydable », nous donnant un moyen très intéressant de faire des appareils sans avoir à recourir à la soudeuse électrique, ou à l'emploi de la soudure à bas titre. Des enroulements avec des fils secondaires autour de l'axe principal maintiennent les ressorts auxiliaires.

Les auditeurs ont été vivement intéressés par ce procédé qui ouvre un jour nouveau sur l'emploi des aciers inoxydables. Au cours de la discussion, le Dr De Coster a également remercié le conférencier pour son exposé, disant sa satisfaction de voir d'autres confrères recourir à l'acier inoxydable qu'il a préconisé il y a quelques années déjà. Il a cependant fait quelques réserves en ce qui concerne l'inutilisation de la soudeuse électrique, un adjuvant très utile.

Le Dr Watry n'ayant pas pu venir à Lausanne pour présenter son travail sur l'orthophonie en orthopédie dento-maxillo-faciale, le programme appelait maintenant les docteurs Guillerey et Sylvain Dreyfus pour exposer leur thème : « Orthopédie et Prophylaxie mentale ». Après avoir présenté son collègue et avoir introduit le sujet en citant des cas de pratique courante où le traitement orthopédique dentaire a eu une influence favorable sur l'état psychique du patient, le Dr Dreyfus a prié le Dr Quintro de le remplacer au fauteuil présidentiel. Le Dr Guillerey a montré combien de dysmorphoses de tous ordres peuvent avoir une influence sur l'état mental du malade et, à plus forte raison, les dysmorphoses qui nous occupent, étant donné qu'elles sont directement apparentes et qu'elles peuvent défigurer celui qui la porte. La vie de société étant normale chez l'homme, il est évident que tout ce qui peut écarter un individu du caractère spécial de la race, tend à le mettre à l'index et il se réfugiera en lui-même et dans des cas très graves, pourra même avoir des idées de suicide. Il est évident que la question de l'individu entre en ligne de compte, que tel est prédisposé plus que tel autre. Dans certains cas le malade supportera très facilement son mal, tandis que pour d'autres ce sera tout le contraire.

Dans la discussion qui suivit, le Dr Pont a pu apporter un cas précis : un jeune homme qui avait une figure d'idiot et à qui son entourage faisait toutes sortes de farces, a subi un traitement chirurgical qui l'a guéri de sa dysmorphose. Le résultat moral fut excellent : il est redevenu un individu normal. Il s'est marié et a eu beaucoup d'enfants, aux dires du Dr Pont, comme dans un conte de fées.

Le programme scientifique de la journée était terminé, les Congressistes se sont rendus dans les salons du Lausanne-Palace, où une collation leur était offerte par la Municipalité de la Ville de Lausanne. M. le Conseiller municipal Simon eut d'aimables paroles envers les congressistes et témoigna tout particulièrement de la sympathie de la Ville et de tous les habitants

pour le peuple français et spécialement pour son plus haut magistrat, le Président Paul Doumer, qui venait d'être victime du plus odieux attentat.

Le soir, dès 9 heures, les congressistes étaient réunis dans les mêmes salons du Lausanne-Palace. Quelques amateurs lausannois ont agrémenté la soirée par un court programme musical, après quoi on dansa aux sons de l'orchestre de l'hôtel.

\* \* \*

Samedi matin, M. Theuveny nous parla « de l'égression d'une canine incluse » et présenta des radiographies intéressantes. Au cours de la discussion où chacun se plaisait à rendre hommage au travail d'un jeune, M. Georges Villain indiqua un moyen tout particulièrement intéressant pour faire un trou dans une dent incluse, sans risquer d'atteindre la pulpe.

En une conférence brillante et très écoutée, le Prof. Delay traita le sujet : « De certains états maladifs chez l'enfant qui favorisent la décalcification ». Il nous exposa les problèmes de la croissance, les complications que l'on rencontre, nous montrant l'importance d'un régime approprié, soulignant combien certains régimes trop légers pouvaient amener des effets contraires, nous mit en garde contre la dernière imposture que l'on rencontre à la quatrième page des grands journaux et conclut que, pour bien soigner un malade, la connaissance du cas était plus importante que la plus belle des théories.

Ce qu'un bref compte rendu ne peut pas rendre, c'est la façon dont la conférence a été faite, c'est l'art de tenir ses auditeurs en haleine dont le Prof. Delay a le secret. Mais les applaudissements nourris qui suivirent cette conférence purent témoigner combien les auditeurs ont été intéressés.

Le Dr Pont, en une communication très attrayante, nous parla de l'« Hérité et des malformations dento-maxillaires ». Cette communication, illustrée par de nombreux clichés, a été attentivement écoutée par les congressistes. Etant donné l'importance du sujet, il a été décidé de la publier et de la discuter à la prochaine réunion de la Société.

Enfin, le Dr Korkhaus exposa : « Considérations sur la force rayonnante d'expansion des dents en éruption ». De nombreux cas furent présentés pour accompagner cette belle communication où le Dr Korkhaus a pu démontrer que, en réalité, les dents en éruption provoquent bien l'allongement du maxillaire. Lorsque les dents voisines sont absentes, cette forme, incapable de se transmettre de proche en proche, est perdue pour l'os et la dent sort en position mésiale par exemple. Des expériences ont été faites sur des porcs en mélangeant de la garance à leur alimentation pour étudier scientifiquement l'accroissement des os.

Puis ce fut le départ en autocar par la route des Monts de Lavaux et la Corniche, pour Chexbres, où un excellent déjeuner fut servi à l'Hôtel du Signal, malheureusement entouré de brouillard (fait exceptionnel). Le lunch fut suivi d'une courte séance d'affaires, puis les autocars conduisirent les congressistes au Château de Chillon, où ils furent reçus par le Conseil d'Etat du Canton de Vaud. L'architecte du Château de Chillon fit, personnellement, visiter le château à ses hôtes, donnant de nombreux renseignements historiques, scientifiquement établis.

Après la visite du Château une charmante collation a été offerte par



l'Etat dans la grande salle — appelée cuisine — où, délicate attention, un grand feu de cheminée était allumé. M. le Conseiller d'Etat Paul Perret, chef du Département de l'Instruction Publique, prononça quelques paroles aimables à l'adresse de ses hôtes et ce fut le retour à Lausanne.

Le soir, le banquet officiel réunissait le groupe si sympathique des orthodontistes. Aucun discours, mais un chronomètre Nardin fut tiré au sort et Georges Villain en fut l'heureux gagnant. Le café fut servi dans la Rotonde où l'on dansa.

\*  
\* \*

Le dimanche, nous eûmes le plaisir d'entendre deux jeunes confrères encore et ce fut une satisfaction pour les aînés de voir les cadets se mettre à l'œuvre.

Le Dr Fernex, de Genève, exposa ses « recherches craniométriques », recherches qui ont établi que la gnathostatique avait sa raison d'être, mais qu'il ne fallait pas prendre ses lois dans l'absolu, qu'une certaine variation existe dans la position relative des différents plans.

Le Dr Regnault, de Paris, a choisi pour thème : « Les déviations de la ligne médiane ».

Le Dr Comte, de Genève, parla « des résorptions apicales » et sa contribution très importante et surtout très utile fut écoutée avec beaucoup d'attention. Nous ne pouvons qu'approuver ses conclusions. Il faudrait que chacun fit des radiographies quelques années après la fin du traitement orthodontique afin de préparer un matériel suffisant pour l'étude approfondie de cette question. M<sup>lle</sup> Liger, au cours de la discussion, nous montra quelques radiographies prouvant qu'un traitement orthodontique n'empêche pas la racine d'une dent de se former normalement.

Le Dr Ackermann montra un appareil pour empêcher les enfants de se sucer le pouce et M. Georges Villain nous entretint d'« Orthopédie dentaire préventive et de certains procédés d'orthodontie simplifiés », le massage par exemple. Son exposé intéressa vivement les confrères et cette conférence est une preuve de plus que l'orthodontie aujourd'hui ne veut pas seulement guérir des malformations visibles chez l'adolescent, mais cherche surtout par toutes sortes de procédés à éviter les dysmorphoses et à favoriser un état normal.

Le Dr Korkhaus indiqua alors les raisons qui militent en faveur « de l'établissement d'un plan de traitement » dès le début, avant de rien commencer et celles de prévoir même par avance les différents stades. Le Président put indiquer du reste que le Dr Korkhaus a édité un « Carnet de traitement », dont un exemplaire a circulé parmi les auditeurs.

Enfin, M. Charlier parla d'un « nouveau dispositif de soudeuse électrique » pour l'orthodontie qui permet de l'emporter facilement et ce furent des démonstrations de soudures électriques par le Dr De Coster.

A une heure de l'après-midi, le Dr Dreyfus remercia les congressistes d'être venus si nombreux, car, a-t-il dit, ce n'est pas l'organisateur, mais bien les participants qui font le succès d'un congrès et ainsi fut clôturée la XI<sup>e</sup> Réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie dento-faciale.



**IX<sup>es</sup> JOURNÉES DENTAIRES DE PARIS**

(ANCIENNES JOURNÉES FRANCO-BELGES)

*(Organisées par le Groupement Odontotechnique de Paris)*

9 AU 11 DÉCEMBRE 1932

Le Groupement Odontotechnique de Paris (Association, Société Odontologique de France et Chambre Syndicale) organise pour la période du 9 au 11 décembre, des Journées qui se tiendront à l'Ecole Odontotechnique, sous la présidence du Dr Gérard-Maurel.

Ces manifestations porteront désormais l'appellation de « *Journées Dentaires de Paris* ». Elles ne sont, en réalité, que la continuation des anciennes Journées Franco-Belges qui existent depuis neuf ans.

Le Comité d'organisation présentera des travaux originaux, suivis de démonstrations pratiques.

Les organisateurs ont envisagé également un programme de festivités (soirée théâtrale, banquet).

Adresser le titre des communications ou démonstrations, en y joignant l'indication éventuelle des photographies, radiographies, moulages, dessins ou films qu'on aurait l'intention de projeter.

Adresser tous les travaux, manuscrits à M. M. Sapet, secrétaire général, 5, avenue d'Orléans, Paris.

Les adhésions sont reçues chez M. Jacques Zzaoui, trésorier, 2, rue de l'Arrivée, Paris.

---

**1<sup>er</sup> CONGRÈS DENTAIRE TURC**

Le premier Congrès dentaire turc a eu lieu à Stamboul, dans la salle de conférences de l'Université ; il s'est ouvert le 1<sup>er</sup> novembre 1932.

---

**AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE**

La prochaine réunion de la Société Dentaire Américaine d'Europe aura lieu à Pâques (avril 1933) au Touquet.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire, M. Dawson Buckley, 25, boulevard Victor-Hugo, Nice.

---

## BIBLIOGRAPHIE

Silvio PALAZZI. — « *Trattato di Odontologia* », *Seconda Edizione*.  
(Préface d'AMEDEO PERNA)

La bibliothèque médicale italienne, publiée sous le signe Dottore Francesco Callardi, Milano, vient de s'honorer grandement, en faisant paraître le *Trattato di Odontologia per i medici e dentisti*, du Dr Silvio Palazzi, directeur de l'Institut d'Odontoiatrie à l'Université de Pavie. Deux volumes remarquables de 800 pages chacun, où l'Art Dentaire est étudié de façon de maître ! Histoire de l'Odontologie, anatomo-physiologie, biologie, pathologie dentaire, anesthésie, roentgennographie, sémiologie et thérapeutique, chirurgie, maladies dentaires et leurs rapports avec la médecine et la chirurgie, traumatismes, prothèse, orthodontie, céramique, enseignement. Qui sait la difficulté de pareille encyclopédie dentaire doit féliciter le Prof. Palazzi de l'incomparable érudition dont il fait preuve.

L'envoi : pour médecins et étudiants, n'était pas sans pièges. Est-ce à dire que médecins et étudiants doivent profiter de cet enseignement ? On risquerait parfois d'être trop primaire ou trop éclectique ! Il convient d'ajouter que nombre de médecins ignorent qu'Hippocrate a déjà fait un livre sur les dents, non son meilleur, inch' Allah ! Mais Palazzi les connaît bien : Ah ! que les médecins s'occupent un peu d'odontologie autant que nous autres, nous voulons mettre à la base de notre art la médecine, la biologie, les sciences physico-chimiques.

La Science italienne, je parle de l'Art dentaire, fait des progrès indicibles depuis deux ou trois lustres. Cela est dû aux travailleurs infatigables, tels que Palazzi, Perna et d'autres. Perna préface le livre de Palazzi, avec l'autorité qu'on lui connaît. Déjà l'élite des médecins italiens s'est métamorphosée, on la sent frémissante de vie. Déjà stomatologistes et odontoïâtres s'unissent. Et cela dans tous les domaines, même dans celui des paradentoses où une association italienne vient d'être créée sous la garde des noms les plus connus : les Prof. Manicardi, Perna, Fasoli, Palazzi, Forster.

Le Prof. Palazzi est un des travailleurs les plus scrupuleux qu'il m'ait été donné de connaître. A Philadelphie, en 1926, je l'ai vu à l'œuvre, cherchant, notant, interviewant, corrigeant, remettant sur le métier sans cesse son ouvrage : un homme d'action, bref, comme il en faudrait beaucoup. Impossible dans une courte relation de passer en revue tout ce magnifique traité, splendidement imagé, discourant sur les procédés thérapeutiques, aussi bien que sur les controverses scientifiques les plus ardues.

Il était impossible, dans un traité aussi concis, de relater toutes les théories. Exemple : Palazzi parle d'Imbert, T. I, 333-335, mais ne cite pas la *Materia Medica*, de Broderick, ni les essais de Price sur l'Étiologie de la carie et de la diététique. Dans la classification des Paradentoses, où Palazzi sera un des pionniers les plus vigilants, beaucoup de choses sont encore à dire. On pourrait aussi parler d'Entin, d'Oestmann, de Becks, d'Hulin, de tant d'autres. L'évolution des sciences va vite, autant que la mode. Et

c'est dur labeur de tenir au jour le jour les acquêts de la Médecine plus vaste et plus spécialisée — est-ce un bien ? — chaque jour.

Le traité de Silvio Palazzi a sa place non seulement en Italie, mais dans toute bibliothèque universitaire, et chez tout praticien avide de connaître. Le clair esprit latin qui a présidé à l'élaboration de cet ouvrage devrait inciter quelques maîtres français à réunir semblablement tout ce qu'il est indispensable de connaître. Le long et fastidieux traité de Gaillard et Nogué contient tant de longueurs ; un bon traité français en deux volumes également ! qui nous le donnera ? Et ne pourrait-on pas imiter ce brave Larousse illustré ? Ajouter, après chaque décade, le plus inédit, le plus imprévu et le plus neuf de l'Art dentaire ? Et pour cela, il faut un peu d'union, beaucoup de mutuelle compréhension. Ah ! quel beau travail pour la Commission de Recherches Scientifiques de la F. D. I.

Ami Palazzi, félicitations cordiales, encore merci, Evviva l'Italia !  
René JACCARD (Genève).

**MEDICAL RESEARCH COUNCIL. — Le développement de la face chez les enfants, particulièrement en ce qui concerne les dents.**

Le Conseil britannique des Recherches médicales vient de publier, à l'Imprimerie Royale (1932), sous ce titre, un volume de 83 pages, divisé en deux parties.

La première, due à Corisande Smith, est relative au rassemblement des données (mensuration de la face de 1.400 enfants de moins de 14 ans) et se divise en 3 chapitres.

La seconde, par Matthew Young, est consacrée à l'Analyse des données et comprend 9 chapitres.

La brochure se termine par un résumé et des conclusions et une bibliographie, dans laquelle nous relevons le nom de M. Izard.

Elle compte 18 figures ou graphiques et 33 tableaux (Prix : 1 shilling, 6 pence).

**LIVRES REÇUS**

I. — *Essai d'interprétation biologique de l'Univers. Contribution à l'étude d'un substratum scientifique de quiétude intérieure*, par le Dr J. C. Luciani. Brochure de 96 pages, avec 2 pl., 1932, éditée par Les Presses Universitaires de France.

II. — *Sur l'éruption tardive d'une canine produisant des troubles nerveux et oculaires* (en portugais), par M. Lucrecio Magalhaes, chirurgien-dentiste à Ribeirão Preto (Etat de Sao Paulo, Brésil). Brochure de 14 p., 3 fig., 1932.

III. — *Les grossesses gémellaires. Les jumeaux identiques et les jumeaux fraternels*, par les Drs M. Farreau et S. Beurois. Brochure de 72 p., avec 1 pl., éditée par Maloine, 1933, prix : 9 fr.

**NOUVEAU JOURNAL**

*La France Dentaire*, premier numéro : septembre 1932 ; administration : 29, rue des Petites-Ecuries, Paris. — But : contribuer au développement de la science dentaire.



# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Intérêts professionnels

#### IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES

ON PEUT PASSER EN FRAIS GÉNÉRAUX, SOUS CERTAINES CONDITIONS, LES SALAIRES ATTRIBUÉS À LA FEMME DE L'EXPLOITANT, ET LES PRIMES D'ASSURANCE-VIE.

Deux réponses ministérielles récentes viennent de fixer la doctrine administrative à ce sujet.

En ce qui concerne les salaires attribués à la femme de l'exploitant, on sait que leur déduction est admise sous certaines conditions, même en matière de bénéfices commerciaux.

Nous retrouvons ici les mêmes limitations précisées dans la réponse suivante :

M. Potié, sénateur, demande à M. le Ministre du Budget si un contribuable passible de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, marié sous un régime exclusif de communauté, peut incorporer dans ses dépenses déductibles le salaire qu'il alloue à sa femme pour un travail réellement fourni.

Réponse affirmative à la condition que le salaire soit effectivement versé à l'intéressée et corresponde à la rémunération normale du travail effectué par elle.

Quant aux primes d'assurance sur la vie, elles ne peuvent être retranchées de la base imposable qu'en matière d'impôt sur les salaires ou sur les bénéfices des professions non commerciales.

Au contraire, les bénéfices commerciaux ne sont pas susceptibles d'être diminués du montant de ces primes et l'Administration n'admet pas qu'un commerçant puisse passer en frais généraux les sommes qu'il destine à se constituer une retraite ou l'équivalent.

La réponse ministérielle suivante indique dans quelles conditions les primes d'assurance-vie peuvent être déduites en matière d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales :

M. Guillois, sénateur, demande à M. le Ministre du Budget si le montant d'une prime d'assurance-vie, avec assurance complémentaire, peut être déduit des bénéfices des professions libérales pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

Réponse. — Les contribuables passibles de l'impôt sur les bénéfices des

professions non commerciales peuvent, pour la détermination des bases de cet impôt ainsi que de celles de l'impôt général sur le revenu, déduire de leurs recettes professionnelles le montant des primes qu'ils versent en exécution d'un contrat d'assurance sur la vie, y compris, lorsque le contrat comporte une assurance complémentaire pour risque d'incapacité de travail, la majoration y afférente dans la mesure où, comparés aux gains nets des intéressés, ces versements n'atteignent pas une importance leur donnant le caractère d'un emploi du revenu en vue d'un véritable placement.

Aucun taux officiel ne limite le montant de ces primes.

En effet, l'Administration a appliqué, dans plusieurs cas, le taux de 6 % sur le montant des bénéfices par comparaison avec la retenue pratiquée sur les traitements des fonctionnaires pour la constitution de leur retraite. Mais ce tarif n'étant établi par aucun texte en ce qui concerne les professions non commerciales n'a aucune valeur officielle et ne saurait être imposé aux Contribuables.

C'est avant tout une question de fait et il y a lieu de tenir compte notamment de l'âge auquel l'intéressé commence à faire ses versements.

Raymond MENNETRIER,  
*Licencié en Droit.*

### CABINET DE DENTISTE EN GÉRANCE

Le contribuable, qui ne remplissant pas lui-même les conditions exigées par la loi du 30 novembre 1892 pour l'exercice de l'art dentaire, rémunère, pour exploiter son cabinet de dentiste, un employé possesseur du diplôme de chirurgien-dentiste doit, bien qu'il n'ait ni magasin, ni enseigne et n'ait recours à aucun moyen de publicité, être considéré comme exerçant une profession de caractère commercial. Il doit, dès lors, être assujéti à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. (*Conseil d'Etat, 12 février 1932.*)

### LA GRATUITÉ DES SOINS AUX « GUEULES CASSÉES »

Les *Chirurgiens-Dentistes* sont autorisés, au même titre que les *Médecins-Stomatologistes*, à donner des soins dentaires aux *Gueules Cassées*, conformément à l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 (1) et à la nomenclature fournie par l'article 78 du décret du 25 octobre 1922 (2).

Malheureusement, bon nombre de nos confrères ignorent toute l'étendue de leur tâche ainsi que des formalités administratives (3) qu'il convient de remplir.

A ce sujet, il faut que le *Praticien-traitant* sache qu'il doit, lorsqu'une

(1) Ch. VALENTINO : La Loi Lugol.

(2) *Journal Officiel*. Décret ministériel des Pensions, en date du 25 octobre 1922.

(3) Dr QUIDET : Les soins gratuits aux victimes de la guerre. — *Quidet* édit., 54, rue Bonaparte, Paris (6<sup>e</sup>). C. C. postaux 272-28 (L'opuscule : 2 fr. 50).

*Gueule Cassée* se présente à sa consultation, vérifier tout d'abord si ce blessé est titulaire de :

- 1° *Un titre de pension de guerre* pour blessures maxillo-faciales ;
- 2° *Un carnet dit de soins gratuits aux victimes de la guerre.*

Le praticien habilité ne peut, en effet, soigner que les lésions pour lesquelles le blessé se trouve pensionné et c'est pour cela qu'il convient de prendre connaissance du *diagnostic*, porté sur ces pièces, faute de quoi l'Etat se récuserait quant aux honoraires qui lui seraient réclamés contestant alors le bien-fondé de cette dette.

C'est ainsi qu'un blessé des maxillaires pourra recevoir des soins dentaires, car on admettra parfaitement que ses piliers, subsistant en bouche, ont pu être traumatisés soit lors du choc initial ou des traitements immédiats ou tardifs ; par contre, si le même blessé présente, comme séquelle à distance, une affection gastro-entérologique, il ne pourra prétendre aux soins gratuits de cette maladie que si mention en est faite sur son titre de pension.

Pour les mêmes raisons, un énucléé d'un œil ou un aveugle de guerre, qui n'auraient pas été blessés à la mâchoire, ne pourraient solliciter des soins dentaires.

Pour ces raisons est indispensable de se livrer à une petite enquête sur la situation médicale ou administrative du consultant.

Cependant, le blessé de la face n'est pas toujours en règle sur ce point et il convient alors de *pratiquer l'urgence*, pour porter un terme à ses souffrances, sous réserve de *régularisation de sa situation*, comme de juste, le priant de se mettre en rapport avec les *services municipaux compétents*, ainsi qu'avec le *Secrétaire général des Gueules Cassées*, 46, rue du Faubourg Saint-Denis, à Paris (10°).

Au cas où, au contraire, le blessé justifierait de ces titres administratifs, il serait opportun de le visiter minutieusement, d'établir une observation scrupuleuse de ses lésions et d'avertir de la nécessité de ces soins dentaires *M. le Président de la Commission du Contrôle départemental des soins gratuits aux victimes de la guerre*, qui élit toujours domicile au siège préfectoral.

Cette formule a pour but de « déclancher automatiquement le contrôle », sous réserve que le Président en question n'adresse pas d'opposition dans un délai de cinq jours et elle doit être normalement établie soit sur la *souche du « carnet de soins gratuits »*, ou à défaut, sur l'*ordonnance du praticien-traitant*.

Sans opposition de cette commission, le Thérapeute peut donc exécuter les traitements utiles, à condition toutefois qu'ils entrent dans le cadre des soins énumérés à l'art. 78 du décret du 25 octobre 1922, dont nous reproduisons la nomenclature complète :

#### NOMENCLATURE TARIFIÉE DES SOINS DENTAIRES ET DES INTERVENTIONS PROTHÉTIQUES AUTORISÉES PAR L'ART. 78 DU DÉCRET DU 25 OCTOBRE 1922.

##### TRAITEMENTS :

Consultation simple, diagnostic.....	20 fr.
Extraction avec anesthésie.....	10 —



Détartrage .....	10 fr.
Obturation simple .....	15 —
Obturation compliquée (carie perforante).....	30 —

## INTERVENTIONS PROTHÉTIQUES :

*Nota.* — Ne sont autorisées que les interventions prothétiques simples, la prothèse maxillo-faciale proprement dite n'étant confiée qu'aux médecins des Centres maxillo-faciaux d'Etat, sous la dénomination de mutilés de la catégorie B.

*Interventions simples* (mutilés de la catégorie A).

Cassure simple, appareil caoutchouc.....	10 fr.
Cassure simple, appareil de métal non précieux.....	20 —
Dent à remplacer sur caoutchouc.....	10 —
Dent à remplacer sur métal non précieux.....	10 —
Crochet.....	10 —

*Appareil en vulcanite :*

La plaque-base.....	50 fr.
La dent .....	20 —

*Appareil de métal non précieux :*

La plaque.....	100 fr.
La dent .....	20 —
Dent contre-plaquée.....	30 fr.

## RADIOGRAPHIES :

Maxillaire inférieur .....	80 fr.
Dents (méthode intra-buccale) première plaque .....	40 —
Chaque plaque supplémentaire.....	20 —

En vertu de ces dispositions, le praticien-traitant doit, par la suite, adresser un relevé d'honoraires détaillés à M. le Président de la même commission du Contrôle départemental des soins gratuits, rédigé sur son ordonnance personnelle et ce n'est que lors du règlement de ces frais qu'il lui faudra remettre la « souche », *préalablement remplie*, du « carnet de soins gratuits » car cette dernière fait office de *quittance* alors que le « relevé d'honoraires sur ordonnance » ne tient lieu que d'*avis*.

Epiloguant autour de cette nomenclature tarifée, nous devons déplorer son inanité et son insuffisance; son exposé est par trop succinct en ce qui concerne les traitements purement dentaires, ainsi que la prothèse simple et nous devons souligner aux Syndicats de praticiens intéressés que les « Gueules Cassées » se sont déjà officiellement élevées contre ces dispositions par trop restrictives, fermement décidées à poursuivre leurs revendications comme elles l'ont fait victorieusement en ce qui concernait le « litige du libre-choix » et la réhabilitation des chirurgiens-dentistes en matière de soins dentaires.

Il semble, en effet, incompréhensible, pour ne citer que ces points initiaux, que la nomenclature des soins dentaires ne comprenne que cinq actes et qu'une extraction avec anesthésie, qui comporte une opération délicate accompagnée de ses risques, soit taxée cinquante pour cent plus bas qu'une simple consultation.

Laissant ces incohérences scandaleuses, contre lesquelles nous nous promettons de continuer notre campagne, nous nous bornerons à exposer, tout au long, le thème des soins gratuits chez les Gueules Cassées.

Nous devons encore signaler, en effet, qu'en dehors de ces soins, d'ordre strictement odontologique, pour lesquels viennent d'être équitablement habilités les chirurgiens-dentistes, la thérapeutique des séquelles traumatiques maxillo-faciales de guerre comprend encore un ensemble remarquable d'actes médicaux et chirurgicaux pour lesquels ne sont plus habilités que les Docteurs en Médecine, tant dans leurs consultations privées que dans les Centres maxillo-faciaux d'Etat auxquels ils peuvent appartenir.

A. BOULAND,  
*Docteur en Médecine,  
et Chirurgien-Dentiste,  
Médecin-Radiologiste  
des Gueules Cassées.*

Georges GELLY,  
*Docteur en Médecine,  
et Chirurgien-Dentiste,  
Conseiller technique  
des Gueules Cassées.*

\* \* \*

Rappelons que le prochain tirage de *La Dette*, qui aura lieu le 26 novembre 1932, comprend :

4 lots de 100.000 fr.  
4 lots de 50.000 fr.  
16 lots de 20.000 fr.  
40 lots de 5.000 fr.  
400 lots de 2.000 fr.  
800 lots de 1.000 fr.

Ainsi que :

4 Avions ;  
4 Automobiles Grand Luxe ;  
Des centaines de 201 Peugeot, de Motos,  
Vélos-Moteurs, Bicyclettes.

#### AUTOMOBILE-CLUB DENTAIRE

Le 14 octobre, avait lieu, au Restaurant de l'Ecrevisse, avenue Trudaine, un dîner donné par l'Automobile-Club Dentaire, à l'occasion du Salon de l'Automobile.

A ce dîner s'était joint le Club Gastronomique Rabelais et le repas fut présidé par M. Budin, président de l'A. C. D., et par le Dr de Luna, médecin de l'Ambassade d'Espagne, président du Rabelais.

A l'issue du repas, M. Budin remercia les dames qui étaient venues nombreuses et les personnalités présentes, souhaita la bienvenue à M. Amfri, le distingué Commissaire général de l'A. C. I. F. et remercia également chacun des membres du Bureau, du travail fourni pour la mise en marche du Club.

M. Boissier exposa les buts du Club, ses projets d'avenir, en particulier la rallye de Paris-Madrid qui sera organisé du 27 au 30 mai 1933, à l'occasion du Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires,

puis parla des deux croisières organisées par nos soins, pendant l'été 1933, dont l'une allant de Bordeaux à Marseille, en faisant le tour de l'Espagne et en touchant les points principaux de la péninsule et de l'Afrique du Nord.

Le Dr de Luna exposa ensuite ce qu'est le Club Rabelais, faisant l'éloge de chacun et nous assurant de son concours chaque fois qu'il en trouverait l'occasion.

## Chronique Professionnelle

### RÈGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE EN YUGOSLAVIE

*Une loi relative aux docteurs en médecine spécialistes pour les maladies de la bouche et des dents et aux mécaniciens-dentistes a été promulguée le 25 novembre 1930.*

*Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Poullo, de Belgrade, l'analyse qui suit, dont nous le remercions vivement.*

Cette loi est divisée en trois parties.

La première a trait aux Docteurs en Médecine spécialisés dans les maladies de la bouche et des dents.

La deuxième aux mécaniciens-dentistes, la troisième aux mesures transitoires.

#### DISPOSITIONS LES PLUS IMPORTANTES :

*Première partie. — § 1<sup>er</sup>.* — Les docteurs en médecine, spécialistes des maladies de la bouche et des dents ont seuls le droit d'exercer l'art dentaire.

Les docteurs en médecine qui se sont qualifiés pour cette spécialité, dans une Faculté nationale ou étrangère ou dans le Service stomatologique de l'hôpital d'Etat de Belgrade, obtiennent le titre de spécialiste des maladies de la bouche et des dents.

La durée de ces études spéciales est de deux ans. Après ce temps, le candidat subit l'examen de spécialiste devant une Commission désignée par le Ministre de la Politique sociale et de l'Hygiène publique.

§ 3. — Les spécialistes des maladies de la bouche et des dents ne peuvent avoir qu'un cabinet. Le Docteur en Médecine, spécialiste des maladies de la bouche et des dents, ne peut employer dans son cabinet pour les travaux dans la bouche du patient qu'un docteur en médecine.

§ 4. — Les Docteurs en médecine qui n'ont pas l'autorisation de la pratique dentaire, ne peuvent employer un mécanicien en prothèse dentaire.

*Deuxième partie. — § 8.* — Les mécaniciens en prothèse dentaire sont placés sous l'autorité et le contrôle du Ministère de la Politique sociale et de l'Hygiène publique.

§ 9. — Les mécaniciens en prothèse dentaire sont les auxiliaires des Docteurs en médecine spécialistes des maladies de la bouche et des dents, et des Instituts dentaires. Ils exécutent tout leur travail, sans exception, dans le laboratoire. Ce travail commence par l'empreinte remise par le Docteur en médecine spécialiste des maladies de la bouche et des dents.



§ 10. — Les personnes qui ont fini la 4<sup>e</sup> classe d'un lycée ou d'une école équivalente peuvent, seules, être élèves en technique dentaire.

*Troisième partie.* — § 12. — Les Docteurs en médecine qui, au moment de la promulgation de la présente loi, étudient l'art dentaire, recevront le titre de médecin-dentiste, et auront le droit de pratique dentaire.

§ 13. — Les chirurgiens-dentistes, les docteurs en médecine dentaire, et les « Doctors of dental surgery », qui ont obtenu l'autorisation de la pratique dentaire avant cette promulgation la garderont et conserveront le titre de Médecin dentiste.

§ 14. — Les personnes qui se trouvent, au jour de la promulgation de la présente loi, en cours d'études dans les Instituts, où s'obtiennent les titres mentionnés dans le § 13, et ont passé le baccalauréat en Yougoslavie, obtiendront, après leurs études et le stage d'un an dans les cliniques dentaires d'Etat, ou dans les services stomatologiques des hôpitaux, le droit à la pratique dentaire, et le titre de médecin-dentiste. Les personnes commençant leurs études dans les Instituts sus-mentionnés après la promulgation de la présente loi n'obtiendront plus l'autorisation de la pratique dentaire et le titre de médecin-dentiste.

§ 17. — Les dentistes qui ont obtenu l'autorisation de pratiquer la dentisterie avant la promulgation de la présente loi gardent cette autorisation. Les personnes qui ont reçu à ce jour le diplôme de dentiste, mais n'ont pas encore obtenu le droit de pratique dentaire, obtiennent ce droit si elles se font inscrire pour l'examen dans un délai de six mois, et le subissent dans un autre délai de six mois devant la commission désignée par le Ministre de la Politique sociale et de l'Hygiène publique.

Les dentistes peuvent exécuter tous les travaux dentaires dans la bouche, mais il leur est interdit de traiter les maladies de la bouche et des gencives, d'employer les rayons X et autres rayons servant au traitement des maladies, d'administrer l'anesthésie générale et de faire toutes opérations, excepté l'extraction des dents.

§ 18. — Le droit de pratique dentaire dans les limites du § 17 de la présente loi est maintenu aux :

1<sup>o</sup> Mécaniciens en prothèse dentaire, qui ont, conformément aux lois précédentes, obtenu la concession spéciale pour les mécaniciens en prothèse dentaire ;

2<sup>o</sup> Mécaniciens en prothèse dentaire qui, avant la promulgation de la présente loi, ont exercé pendant quinze ans le métier de mécanicien en prothèse dentaire comme aides chez d'autres praticiens ou pour leur propre compte, et durant ce temps ont travaillé dans la bouche au moins pendant dix ans, soit dans leur propre cabinet, ou dans le cabinet d'un médecin-dentiste, d'un dentiste, ou dans un institut dentaire.

3<sup>o</sup> Mécaniciens en prothèse dentaire, qui, avant la promulgation de la présente loi, ont exercé le métier de mécanicien-dentiste pendant dix ans, pour leur propre compte, ou comme aides dans des cabinets des médecins-dentistes, ou de dentistes, ou dans des instituts dentaires, et durant ce temps ont travaillé dans la bouche au moins pendant cinq ans, et qui, au plus tard,

dans un délai d'un an après la promulgation de la dite loi, passent l'examen de dentiste. Passé ce délai l'examen peut être répété seulement une fois dans le délai de cinq mois.

Ces trois catégories reçoivent le titre de dentiste-mécanicien en prothèse dentaire.

§ 20. — Tous les autres mécaniciens en prothèse dentaire non mentionnés dans le § 18, aides mécaniciens en prothèse dentaire et élèves de technique dentaire, qui travailleront lors de la promulgation de la présente loi, peuvent obtenir le droit de travailler seulement chez les docteurs en médecine, spécialistes des maladies de la bouche et des dents, chez les médecins-dentistes, dentistes et les dentistes-mécaniciens en prothèse dentaire, et de diriger, après neuf ans de travail professionnel pour leur propre compte, un laboratoire de mécanique dentaire. Les laboratoires ne peuvent porter que le titre de *laboratoire de mécanique dentaire*. Ils ne peuvent pas recevoir des malades et les traiter.

Il leur est interdit d'avoir une salle d'attente, un fauteuil dentaire et les instruments nécessaires pour opérer dans la bouche. Ils peuvent accepter les commandes émanant des personnes qui, d'après la présente loi, ont le droit d'exercer la pratique dentaire.

---

#### SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU NORD DE LA FRANCE

L'Assemblée Générale Extraordinaire du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France a eu lieu le 20 novembre, à 10 h. 30, à l'Hôtel de Belle Vue, avec l'ordre du jour suivant :

Procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire du 26 juin 1932 ; correspondance ; exposé de la situation (rapporteur : *M. Maurice Vincent*) ; Modifications aux statuts (rapporteur : *M. Caumartin*) ; questions diverses.

---

---

## NÉCROLOGIE

---

### DOCTEUR SIFFRE

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un très profond regret le décès de notre distingué confrère, M. le Dr Siffre, directeur honoraire et ancien président du Conseil d'administration de l'Ecole Odontotechnique, ancien président de la Société Odontologique de France, directeur de la *Revue Odontologique*, survenu le 12 novembre.

Nous publierons dans un prochain numéro une notice nécrologique sur ce confrère qui a tenu une place prééminente dans la science dentaire ; mais, dès maintenant, nous adressons à sa famille et à ses collègues du Groupement de l'Ecole Odontotechnique nos condoléances émues.

---

## NOUVELLES

---

**Légion d'honneur.** — Dans un déjeuner intime, le 22 octobre, à Bordeaux, au restaurant du « Chapeau-Rouge », où se pressaient une cinquantaine d'amis de M. Pinède, M. de Croës, son parrain, le reçut Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur et lui remit la Croix avec le cérémonial d'usage.

A l'issue du banquet, M. de Croës, le Préfet de la Gironde et M. le Maire de Bordeaux prirent successivement la parole pour féliciter M. Pinède et rappeler les services qu'il a rendus à sa profession, à l'administration de la ville de Bordeaux et à l'hygiène publique.

---

**Association des Femmes dentistes.** — Le siège social de l'Association des femmes dentistes est transféré, 44, rue de la Boétie, bureau 17. Téléphone : Elysées 89-40.

Prière d'y adresser toute la correspondance.

M<sup>me</sup> Salas étant démissionnaire pour raison de santé, le Conseil a dû procéder à l'élection d'une nouvelle présidente ; M<sup>me</sup> Bernard-Niel a été élue présidente et M<sup>lle</sup> Guéricolas, vice-présidente, en remplacement de M<sup>me</sup> Bernard-Niel.

---

**Mariage.** — Le mariage de M<sup>lle</sup> Emilienne Mercadier, docteur en médecine, fille de M. Mercadier, chirurgien-dentiste à Toulouse, avec M. Pierre, Blayac, docteur en médecine à Montpellier, a été célébré le 15 août courant.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur.



## AVIS

---

### AUX LECTEURS DE L'ODONTOLOGIE

Il a été placé, dans le Hall de l'Ecole Dentaire de Paris, un cadre annonces sur lequel seront affichés — à titre absolument gratuit — tous les avis que nos abonnés voudront bien nous adresser : Ventes et Achats de Cabinets, de matériel, de livres, d'instruments, d'objets divers, etc., etc...

Il y aura la rubrique " Offres " et la rubrique " Demandes ". Ces petites affiches — réservées uniquement à nos Abonnés — ne doivent pas excéder trois lignes ; elles ne porteront qu'un numéro qui leur sera affecté et jamais de nom ; celui-ci ne sera communiqué que sur demande par lettre signée et seulement aux membres de la profession.

L'affichage durera un mois et pourra être renouvelé à la demande du titulaire de l'annonce.

---

La Direction de *l'Odontologie* a décidé, cette année, d'offrir gratuitement à ses abonnés et aux membres de l'A. G. S. D. F., l'insertion d'une petite annonce : achat ou vente de cabinet, demandes ou offres d'emploi, etc.

---

### ASSOCIATION DES FEMMES DENTISTES

L'Association des Femmes Dentistes conseille aux confrères femmes de s'adresser à la Commission d'entraide pour toutes les questions pouvant les intéresser.

Prière de s'adresser à M<sup>me</sup> Andrieux, à l'Ecole Dentaire de Paris, les mardi ou samedi matin ou écrire au siège social, 44, rue La Boétie, Paris (8<sup>e</sup>). Bureau 17. — Téléphone : Elysées 89-40.

---

# L'ODONTOLOGIE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### LA THÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

Par le D<sup>r</sup> Pierre ROLLAND,

Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 8 novembre 1932)

616.314, 009.7

Le but de cette conférence n'est pas de faire une revue complète de tous les médicaments susceptibles d'atténuer ou de supprimer la douleur, mais seulement de vous représenter, au moyen de formules schématiques, les grands groupes chimiques de cette thérapeutique si intéressante pour vous et de vous montrer quel parti la chimie moderne, — qui peut, au premier abord, vous paraître compliquée, — tire de certains composés, pour en atténuer la toxicité et en augmenter l'activité. Vous verrez ainsi le chemin énorme parcouru en trois quarts de siècle. Les chirurgiens-dentistes ne sont pas étrangers à ces progrès dont bénéficie l'humanité, puisque l'un des leurs fut l'inventeur de l'anesthésie générale.

L'art médical est dominé, dans toutes ses branches, par une préoccupation constante : la lutte contre la douleur. « *Divinum opus est sedare dolorem* », disait Hippocrate. C'est une noble tâche que de combattre la douleur ; de tout temps ce problème a hanté le philosophe et le thérapeute. Cependant quoique, dès les époques les plus reculées de l'histoire, l'homme ait connu des moyens empiriques de modifier, d'atténuer ou d'abolir les sensations, c'est seulement au XIX<sup>e</sup> siècle que commencèrent à apparaître les méthodes et la plupart des substances qui constituent le merveilleux arsenal de la thérapeutique moderne de la douleur. Nous allons retracer les principales étapes de cette évolution, en divisant notre exposé en trois parties :

- I. De l'Antiquité au XIX<sup>e</sup> siècle : l'empirisme.
- II. La première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle : les précurseurs.
- III. De la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle à nos jours : naissance et développement de la pharmacodynamie.

#### I. — DE L'ANTIQUITÉ AU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE : L'EMPIRISME

Il ne semble pas que l'Antiquité ait connu l'anesthésie proprement dite. Les faits rapportés à ce sujet dans les Livres Parsis et dans le Talmud, par exemple, appartiennent plus à la fable qu'à l'histoire. Toutefois, il est possible que certains d'entre eux aient leur source dans l'observation de phénomènes que l'on rattache aujourd'hui à l'hypnotisme ou au somnambulisme artificiel. Les hommes ont connu, à toutes les époques, des moyens variés pour produire une sorte d'état extatique qui supprime la sensibilité et la douleur. Les moines grecs du mont Athos y arrivaient par la contemplation prolongée de leur nombril ; les fakirs de l'Inde regardaient fixement un point éclairé ; de nos jours, les Aïssaouas d'Algérie se soumettent longuement au bruit monotone de tambourins frappés suivant un rythme rapide. Au siècle dernier, le médecin autrichien Mesmer mettait également en œuvre, — en y joignant d'ailleurs une mise en scène compliquée, — la fixation de la vue ou de l'ouïe, pour produire l'insensibilisation. Dès 1841, le chirurgien Braid, de Manchester, avait discerné le mécanisme de cette « anesthésie hypnotique » ; il la réalisait simplement en faisant fixer longuement par le patient une boule brillante placée devant lui ; il obtint ainsi, avec certains sujets, une insensibilisation suffisante pour pratiquer des interventions chirurgicales. L'expérience, reproduite en France par plusieurs chirurgiens tels que Broca, Verneuil, Lasègue, Tillaux, demande, pour être réussie, des sujets prédisposés qui n'existent qu'en petit nombre.

L'anesthésie locale était cependant en germe dans certaines pratiques rapportées par Pline et par Dioscoride ; ils parlent d'une « pierre de Memphis » qui, broyée et délayée dans du vinaigre, servait à préparer des emplâtres insensibilisants. Il est probable que cette pierre était un carbonate qui dégagait du gaz carbonique sous l'action du vinaigre : une certaine anesthésie résultait du contact du gaz carbonique avec la peau. L'action insensibilisante de bains de gaz carbonique a été remise en honneur, au siècle dernier, par Brown-Séquard.

Si les Anciens ont ignoré l'anesthésie, dans le sens actuel du terme,



par contre ils ont connu les substances que nous appelons narcotiques ou stupéfiantes. Tel était sans doute le *népenthès* dont parle l'Odyssée et qui avait le pouvoir de faire oublier la douleur. D'après les Évangiles de Saint Mathieu et de Saint Marc, il était d'usage, chez les Juifs, de donner un narcotique aux condamnés que l'on allait crucifier : le Christ, à qui l'on avait présenté le breuvage, le repoussa pour ne pas diminuer les souffrances de sa Passion.

La médecine ancienne ne donne que peu de renseignements sur ces préparations merveilleuses. On sait seulement que c'étaient, le plus souvent, des préparations de *suc de pavot* : tel le fameux remède de la « colère et de la tristesse », des femmes de Thèbes, qui est demeuré dans la pharmacopée moderne sous le nom d'*extrait thébaïque*.

Il semble que le Moyen Âge et la Renaissance aient utilisé également : le lierre terrestre, le suc de morelle, la jusquiame, la ciguë, la mandragore, la belladone, la laitue, toutes plantes ayant une vertu léthargique plus ou moins caractérisée.

Enfin, si l'on s'en rapporte à un ouvrage publié en Chine au III<sup>e</sup> siècle de notre ère, les médecins chinois auraient employé une préparation de chanvre pour insensibiliser les patients ; il s'agit vraisemblablement de la substance que nous appelons le *haschich*.

Les XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles n'ont pas ajouté grand'chose aux drogues précédentes.

## II. — LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE : LES PRÉCURSEURS

Il y a loin des drogues narcotiques ou stupéfiantes dont nous avons parlé ci-dessus à nos anesthésiques actuels. En effet, s'il est vrai que ces substances plongent le patient dans un sommeil plus profond que le sommeil ordinaire, elles sont insuffisantes pour abolir toute sensation de douleur avec les réflexes correspondants ; d'autre part, elles provoquent une ivresse qui ne se dissipe que très lentement. Au contraire, le véritable anesthésique doit, par une action rapide, abolir toute perception douloureuse et tous réflexes correspondants, le retour à l'état normal se faisant, ou commençant à se produire, dès que l'on cesse l'application. Il faut arriver au seuil du XIX<sup>e</sup> siècle pour voir apparaître la première substance douée d'un pouvoir vraiment anesthésique. C'est en 1799 qu'un préparateur de vingt ans, Humphrey Davy, — qui devait devenir un très grand chimiste, — découvrit les extraordinaires propriétés du *protoxyde d'azote* (N<sup>2</sup>O).

Il observa que la respiration de ce gaz provoque une sensation de bien-être extraordinaire et des impressions de gaité se traduisant souvent par un rire éclatant, tandis que la sensibilité tactile est fortement atténuée ; il baptisa ce composé *gaz hilarant*. A vrai dire, quoique Davy ait eu l'intuition du rôle que pourrait jouer ce gaz dans les opérations chirurgicales, pour l'insensibilisation, il prôna surtout son usage comme propre à procurer une nouvelle forme de plaisir physique et intellectuel. La vogue de ce « paradis artificiel » fut considérable dans les milieux scientifiques. Mais, chose étrange, quasi inexplicable, il faudra près d'un demi-siècle pour que l'on songe à en tirer parti en chirurgie.

C'est à un dentiste que revient la gloire d'avoir créé l'anesthésie moderne. Horace Wells, dentiste dans la petite ville de Hartford, de l'Etat de Vermont, aux Etats-Unis, est, en effet, le premier à avoir eu l'idée d'appliquer les curieuses propriétés du protoxyde d'azote à la chirurgie dentaire. Le 11 décembre 1844, en présence de plusieurs témoins, il se faisait extraire une dent après avoir respiré le gaz insensibilisateur : à son dire, il n'en éprouva pas plus de mal que d'une piqûre d'épingle. L'anesthésie moderne était née. La méthode eut un retentissement considérable et suscita immédiatement l'essai de nombreuses substances gazeuses ou volatiles. C'est ainsi qu'un élève de Wells, Morton, associé au chimiste Jackson, fut conduit à appliquer les propriétés anesthésiques de l'éther à la chirurgie, peu de temps après les expériences de Wells. L'éther, qui avait d'ailleurs déjà fait l'objet de quelques applications, de la part du médecin américain Crawford Long, se montra bien supérieur au protoxyde d'azote, du moins tel qu'on l'appliquait à l'époque. Morton et Jackson prenaient, le 27 octobre 1846, un brevet leur assurant l'exploitation et les profits du nouvel anesthésique qu'ils dissimulaient sous le nom de *léthéon*.

Horace Wells conçut un vif dépit de voir sa méthode supplantée par celle de son ancien élève et sombra dans la démence. Le 14 janvier 1848, il s'ouvrit les veines dans son bain, tout en respirant des vapeurs d'éther pour se procurer une mort plus douce, — suprême hommage rendu à la découverte de son ancien élève, devenu son ennemi.

L'anesthésie à l'éther se répandit rapidement en Europe, et Velpeau pouvait dire à l'Académie des Sciences, le 1<sup>er</sup> février 1847, que l'insensibilisation était de nature « à impressionner profondément, non seulement la chirurgie, mais encore la physiologie, voire même la psychologie ».

Cependant un nouveau composé allait bientôt disputer la place à l'éther. Le *chloroforme*, découvert par Soubeiran en 1831, était expérimenté par Flourens en 1847, pour l'anesthésie des animaux : ce savant constata une action analogue à celle de l'éther, mais bien plus énergique et plus rapide. Bientôt après, le chloroforme était introduit en chirurgie humaine par Simpson, de l'Université d'Edimbourg.

Ainsi, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la chirurgie avait en mains les trois puissants agents qui sont encore à la base de l'anesthésie générale.

Une découverte importante eut lieu également au début du XIX<sup>e</sup> siècle : c'est celle du principe actif de l'opium, la *morphine*, isolée par le pharmacien allemand Sertuerner, en 1805.

L'anesthésie locale fit aussi certains progrès. Les chirurgiens militaires de Napoléon mirent à profit l'insensibilisation produite par le froid. On rapporte que pendant la campagne de Russie, Larrey amputa la cuisse d'un jeune soldat, adossé à un pan de mur et qui soutenait lui-même le membre mutilé, pendant que quelques camarades maintenaient un manteau au-dessus de sa tête pour le préserver de la neige. De ces observations est née l'idée de l'anesthésie locale par réfrigération artificielle, au moyen de l'évaporation de substances très volatiles. Aujourd'hui, on emploie par exemple le chlorure de méthyle qui, conservé à l'état liquide dans un cylindre métallique, se vaporise au contact de la peau ou des muqueuses en produisant un froid intense qui les insensibilise.

Quelques appareils ingénieux ont été créés, dans ces derniers temps, pour rendre plus pratique et plus efficace cette action locale du chlorure d'éthyle. Nous citerons ceux de Rennequin et du docteur Hamon ; l'un et l'autre ont fait l'objet de présentations dans nos congrès professionnels.

### III. — DE LA DEUXIÈME MOITIÉ DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE A NOS JOURS : NAISSANCE ET DÉVELOPPEMENT DE LA PHARMACODYNAMIE.

Dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle s'ouvre, avec le prodigieux développement de la chimie organique, l'ère de la thérapie chimique. La découverte des principes actifs des drogues naturelles, la détermination de leur constitution chimique, puis l'étude des rapports entre la constitution chimique des corps et leurs propriétés physiologiques, ont permis l'édification d'un corps de doctrine qui constitue la *pharmacodynamie*.



Dans cette troisième partie, tout en donnant une vue d'ensemble de la thérapeutique moderne de la douleur, nous insisterons plus particulièrement sur la genèse des anesthésiques locaux et sur celle des hypnagogues synthétiques, qui sont parmi les plus belles réussites de la chimie moderne.

La thérapeutique dispose aujourd'hui, pour combattre la douleur, d'un véritable arsenal de substances capables d'agir utilement, dans les conditions les plus variées. Pour la commodité de l'exposé nous les rangerons en trois groupes :

- Les anesthésiques généraux ;
- Les anesthésiques locaux ;
- Les analgésiques, sédatifs, hypnagogues.

#### *Anesthésiques généraux*

Dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle on a plutôt perfectionné l'emploi des anesthésiques déjà connus qu'introduit des produits nouveaux importants ; on est parvenu à rendre leur usage presque sans danger, alors qu'il comportait, au début, de nombreux aléas.

Parmi les anesthésiques généraux nouveaux, proposés à la fin du siècle dernier ou au cours du siècle actuel, nous ne mentionnerons que ceux que la pratique a retenus : *pental* (ou triméthylène), *chlorure d'éthyle*, *chlorure d'éthylène*. Signalons, enfin, qu'au cours de ces dernières années on a étudié également, surtout en Amérique, l'emploi d'hydrocarbures gazeux : *acétylène*, *éthylène*, *propylène*, *butylène* ; leur usage ne s'est pas encore répandu en France.

Des méthodes nouvelles d'anesthésie générale ou semi-générales ont apparu à côté de l'ancienne méthode par inhalation.

Ce sont :

L'*anesthésie rachidienne* de Bier, qui, par injection intra-rachidienne de quelques centigrammes de corps, tels que la stovaïne, la novocaïne, etc., dont nous parlerons plus loin, permet d'insensibiliser la partie inférieure du corps, le patient gardant toute sa conscience.

L'*anesthésie par voie rectale* utilisée pour l'éther en solution huileuse et qui ne paraît pas avoir donné des résultats tels qu'elle puisse supplanter l'anesthésie par inhalation. Elle conserve des indications restreintes et bien précises ; souvent, d'ailleurs au cours des interventions, il faut donner aux malades quelques

bouffées d'éther ou d'un autre anesthésique. L'alcool tribromoéthylque (Avertine E. 107), utilisé depuis quelque temps pour les anesthésies générales prolongées, ne solutionne pas cette question : il ne dispense pas la plupart du temps de l'administration d'autres anesthésiques.

Indiquons, enfin, que nous avons beaucoup étudié l'anesthésie *par voie veineuse*, mais sans parvenir, jusqu'à présent, à des résultats vraiment satisfaisants, tant au point de vue de l'action que de la sécurité. Autant elle est pratique en chirurgie vétérinaire ou expérimentale, autant en chirurgie humaine elle est inconstante et dangereuse.

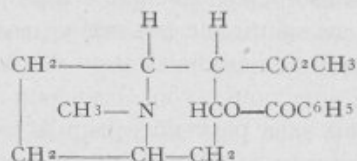
#### *Anesthésiques locaux*

L'anesthésie locale moderne, par des moyens chimiques, date de l'observation des propriétés physiologiques de la cocaïne : c'est elle qui vous intéresse le plus. La cocaïne, alcaloïde des feuilles de coca, a été isolée par trois auteurs différents, par Gardeke en 1855, par Samuel R. Percy en 1857, et par Niemann en 1859, avant que son identité soit bien établie. Ses sels, sulfate et surtout chlorhydrate, sont solubles et c'est sous forme de solutions qu'on utilise la cocaïne.

Le point de départ de l'application des sels de cocaïne à l'anesthésie locale se trouve dans l'usage que faisaient de la coca les habitants de l'Amérique du Sud ; de temps immémorial ils avaient reconnu son action euphorique et observé, en particulier, l'espèce d'insensibilisation qu'elle produit sur la langue.

Cette action anesthésiante localisée a été appliquée, dès 1878, par Fauvel et Coupard dans les affections douloureuses du pharynx et du larynx. Mais l'origine des applications chirurgicales de la cocaïne se trouve vraiment dans les observations de l'ophtalmologiste viennois K. Koller, qui reconnut, en 1884, l'action insensibilisatrice qu'elle exerce sur la conjonctive oculaire et sur la cornée.

Dès la découverte de la cocaïne, les chimistes s'étaient mis à l'œuvre pour en déterminer la constitution chimique. Ce fut une tâche extrêmement difficile qui absorba pendant plus d'un demi-siècle les efforts de nombreux chercheurs. Les groupements caractéristiques furent d'abord identifiés, et leur connaissance fut le point de départ de recherches extrêmement fructueuses comme nous le verrons plus loin. Mais c'est seulement en 1923, c'est-à-dire après soixante-six ans d'efforts, que les chimistes allemands Willstätter, Wolfes et Mader parvinrent à en réaliser la synthèse qui fixait définitivement sa constitution :

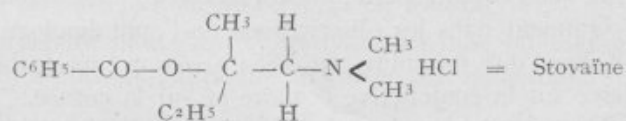
*Méthyl-benzoyl-ecgonine :*

La connaissance des groupes chimiques essentiels de la cocaïne, bien avant celle de sa constitution complète, incita les chimistes à réaliser synthétiquement des corps ayant des groupements analogues à ceux de la cocaïne.

Ils espéraient obtenir ainsi des corps doués, comme la cocaïne, d'un pouvoir anesthésique local, mais dépourvus de cette action physiologique complexe qui fait de la cocaïne, « paradis artificiel », un médicament dont l'usage habituel est extrêmement dangereux (cocaïnomanie).

La première tentative dans cette voie aboutit à la synthèse des *eucaines* : *encaïne* A (pentaméthyl-benzoyl-oxypipéridine-carbonate de méthyle) et *encaïne* B (triméthyl-benzoyl-oxypipéridine), par Merling en 1896

Mais le pas décisif fut franchi par Fourneau qui eut l'idée audacieuse de greffer des groupes caractéristiques de la cocaïne sur un squelette beaucoup plus simple ; ses recherches aboutirent, en 1904, à la synthèse de la *stovaïne* (chlorhydrate de l'éther benzoïque du diméthylamino-méthyl-éthylcarbinol) :



Ce corps est doué d'un pouvoir anesthésique moins fort que celui de la cocaïne, mais il est beaucoup moins toxique.

Dans sa formule, nous retrouvons deux groupes essentiels de la cocaïne : un groupe azoté tertiaire et une fonction alcool, étherifiée par l'acide benzoïque. Mais le squelette, au lieu d'être un noyau pipéridinique couplé avec un noyau pyrrolidinique, est simplement celui d'un amino-éthanol.

Le travail de Fourneau fut le signal de nombreuses recherches, s'inspirant de la même idée directrice. Ces recherches aboutirent à

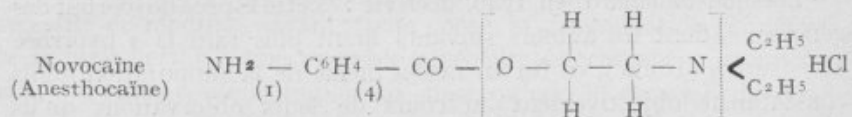
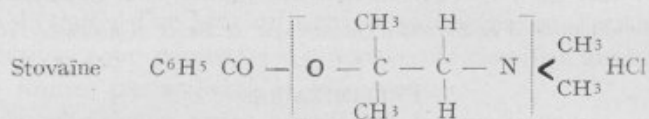


la gamme d'anesthésiques locaux synthétiques dont nous disposons aujourd'hui et qui constituent un progrès considérable sur la cocaïne.

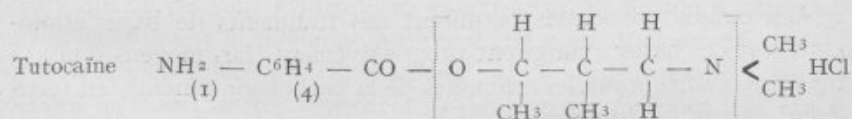
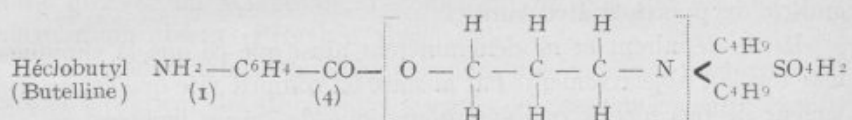
Nous donnons les principaux dans le tableau suivant.

#### ANESTHÉSQUES LOCAUX (tableau 1)

##### SÉRIE DE L'AMINOÉTHANOL



##### SÉRIE DE L'AMINOPROPANOL



Dans toutes les formules, nous retrouvons, entre crochets, des squelettes analogues, — dérivés de l'aminoéthanol ou de son homologue l'aminopropanol, — qui déterminent le pouvoir anesthésique local, tandis que les différents groupes extérieurs conditionnent l'intensité de l'action physiologique.

(Voir discussion, p. 817).

(A suivre).

## NOMENCLATURE ET SYSTÉMATIQUE ÉTIOLOGIQUE DES PARADENTOSE

Par CH. HULIN,

*Secrétaire général de l'A. R. P. A. Française (1)*

Chirurgien-Dentiste de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière.

*(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 8 novembre 1932)*

616.314.17 0081

### PRÉLIMINAIRES

Lorsque Fauchard, en 1746, décrivit : « cette espèce de scorbut des gencives » dont les auteurs suivants firent plus tard la « pyorrhée alvéolaire » (Toirac), ce fut en raison même de la suppuration qu'ils constataient objectivement au cours de leurs observations qu'ils dénommèrent ainsi cette maladie.

Pyorrhée alvéolo-dentaire exprime étymologiquement l'écoulement chronique de pus venant de la région alvéolo-dentaire.

Pour les auteurs qui ont décrit et traité les prémices de la maladie, il suffisait de constater l'écoulement chronique de pus dans cette région, en dehors de toute affection intra-dentaire, pour poser le diagnostic de pyorrhée alvéolaire.

Ils ne définirent et ne dénommèrent ainsi que ce que la clinique leur révélait objectivement. Par la suite on comprit vite que cet écoulement de pus n'était que symptomatique de causes ignorées.

Ces causes pressenties permirent des rudiments de bases étiologiques et ces bases s'élargirent progressivement. Les moyens d'investigations s'améliorant, les conquêtes de la pathologie générale en reculèrent encore les frontières.

Des états morbides nouveaux et insoupçonnés augmentèrent les signes indicateurs ou pathognomoniques, ce qui ne tarda pas à faire déborder la pathogénie et les manifestations pathologiques du cadre restreint imposé à la maladie par sa dénomination primitive.

Ces états morbides, tout en affectant la même région anatomique et malgré des attaches générales imbriquées et souvent communes, n'en n'auraient pas moins dû conserver une certaine automomie descriptive, puisque souvent ils étaient suffisants pour donner un caractère différentiel fort distinctif et une physionomie particulière aux manifestations pathologiques.

(1) Association de recherches sur la paradentose.

Ces états morbides n'en furent pas moins ornés de la même étiquette et tous entassés pêle-mêle sous le vieux pavillon de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Or, depuis Fauchard, des progrès sensibles ont été réalisés par les investigateurs qui ont successivement, malgré les difficultés de la tâche, conservé le ferme espoir, sinon d'apporter la pleine lumière, du moins d'éclairer d'un jour suffisant la pathogénie et l'étiologie de cette affection, pour permettre d'ordonner, de classer méthodiquement les formes particulières et leurs causes.

Tous les chercheurs ayant approfondi la question ont senti la nécessité de modifier, avant toute chose, la dénomination primitive de la maladie. Le terme pyorrhée alvéolaire, concernant uniquement un symptôme clinique important ainsi qu'une localisation de lieu, eût peut-être été suffisant si les manifestations pathologiques ne revêtaient pas d'autres formes, et si l'étiologie ne devait pas intervenir dans la nosographie.

Ces formes dissemblables cliniquement et souvent étiologiquement sont toutes actuellement cataloguées, en raison de leur siège et de leur pronostic, sous une seule et même dénomination qui, elle, ne s'accorde qu'avec un symptôme, l'écoulement de pus qui est, ou inconstant ou absent (Pyorrhée alvéolaire).

Cette nomenclature simpliste engendre une confusion regrettable, crée et entretient des discussions oiseuses ou passionnées entre chercheurs qui ne peuvent évidemment pas trouver un terrain d'entente puisqu'ils utilisent le même nom de maladie pour désigner des états pathologiques différents cliniquement et étiologiquement. Aussi voit-on, au cours de ces controverses des auteurs masquer leur embarras par des subtilités de langage, et qui parlent sans rire de pyorrhée sèche ou apyorrhéique, c'est-à-dire d'écoulement de pus sans pus.

O. Weski (Berlin) a propagé depuis longtemps déjà en Allemagne et dans les pays de langue allemande, ainsi que dans les pays Nordiques, l'Italie et l'Amérique, le terme nouveau de *Paradentose*.

Cette dénomination apporte une amélioration dans la terminologie des affections du parodontium, et remplace déjà dans ces pays le terme « pyorrhée alvéolaire », reconnu comme trop symptomatiquement étroit.

Dans l'exposé préliminaire de notre dernière communication faite ici même le 1<sup>er</sup> mars 1932 (1), nous donnions quelques raisons



personnelles ayant déterminé notre acceptation de la nomenclature générique de Weski.

La Commission de terminologie de la F. D. I., puis la 4<sup>e</sup> section du Congrès International de Paris, sous la présidence du Dr Roy, ont admis le terme de Paradentose en remplacement de pyorrhée.

L'état de souffrance chronique est clairement exprimé par le terme Paradentose qui doit être admis comme terme générique des affections dites pyorrhées alvéolaires, au même titre que cardiopathie, arthropathie ; il permet ainsi une nomenclature complémentaire adéquate aux formes cliniques de la maladie.

En France, Delater vient de proposer d'englober sous le même terme toutes les formes de Paradentose, tous les types cliniques qui peuvent être observés, sous l'appellation générique de « Parodontopathie » qui s'adapte mieux que paradentose au groupement d'états différents. Paradentose « représente de par sa terminaison en « ose » une atteinte dystrophique stricte non inflammatoire, par opposition aux terminaisons en « ite » qui révèlent l'origine inflammatoire » (Delater).

#### LE PARADENTIUM

Weski a tiré paradentose de paradentium, région qu'il définit de la façon suivante :

Sous cette dénomination doivent être compris les tissus environnant le centre adamantino-dentino-pulpaire constitués en organes, mais comme cet organe n'est jamais isolé et qu'il possède au contraire d'étroits rapports, des connexions de voisinage et de tissus avec la succession obligatoire de ses voisins, c'est une véritable région qui doit être comprise selon l'espèce considérée.

Weski attache une grande importance aux troubles fonctionnels des systèmes cellulaires :

1<sup>o</sup> Réticulo-endothélial d'Aschoff d'une part ;

2<sup>o</sup> Du système cellulaire fibro-péroblastique d'autre part, avec prédominance de l'un quelconque de ces troubles fonctionnels. Si le trouble atteint le premier système, c'est la tendance inflammatoire ; si c'est le second, c'est la tendance dystropho-atrophique.

Ainsi envisagée, la région se trouve élargie et dégagée du cadre étroit de l'organe unique et isolé pour s'étendre à une succession d'organes ayant une solidarité anatomo-physio-pathologique et com-

posant une région ayant des attaches et des origines étroites avec les tissus de même nature et de même destination.

Le paradentium ainsi défini n'en garde pas moins une physiologie spéciale en rapport avec ses destinées.

Si nous considérons en d'autres termes la conception de Weski nous voyons qu'il tient compte :

- 1<sup>o</sup> Du trouble épithélial *fonctionnel* réalisé par la dent ;
- 2<sup>o</sup> Du trouble réticulo-endothélial *réactionnel* (mésenchyme) ;
- 3<sup>o</sup> Du trouble fibro-pétioblastique (mésenchyme) *plastique*, d'accord en cela avec le Dr Roy (alinéa 3).

#### LA NOTION TISSULAIRE

J. Tellier, dans un travail qu'il vient de publier (2), reprend sa conception de la région gingivo-dentaire exposée par lui en 1898 (3), ainsi que celle publiée plus récemment (4) et concernant la composition anatomique du périodonte. Au cours de ce travail, il décrit le périodonte comme étant un tissu homogène de nature conjonctive et épithéliale. Il suggère que les cellules épithéliales ne sont pas accidentellement présentes dans le conjonctif, mais constituent au contraire un tissu mixte conjonctivo-épithélial couplé.

Actuellement, il propose que l'on considère la région gingivo-dentaire comme un bloc conjonctivo-épithélial ayant une physiologie particulière, en rapport avec ces deux tissus.

Au cours de son dernier travail, cité plus haut, cet auteur préconise, en plus des considérations précitées, les principes qui, de Claude Bernard à R. Leriche, en passant par Le Dantec, jetèrent un peu de lumière sur les problèmes de la physiologie normale et pathologique des cellules et tissus. En effet, J. Tellier appliquant les toutes dernières conceptions anatomo-physiologiques et pathologiques du Prof. Leriche, à la région gingivo-dentaire, en tire des déductions qui méritent de retenir l'attention.

Le Prof. R. Leriche (5), au cours de son rapport au Congrès de Chirurgie de 1931, concernant l'ulcère peptique post-opératoire, ainsi qu'au cours de ses nombreux travaux faits en collaboration avec le Prof. Policard, pose les principes de physiologie pathologiques suivants : à savoir « que les maladies avant d'être des maladies d'organes sont des maladies de tissus, et que c'est (dit-il) un principe général de pathologie que les maladies ne sont maladies d'organes que très tardivement, à l'époque de leurs manifestations cliniques. Initiale-

ment elles sont maladies du conjonctif, d'un épithélium glandulaire ou de l'endothélium vasculaire, et ce sont les troubles engendrés sur place par la maladie tissulaire qui produisent, secondairement, la maladie d'organes, que cliniquement nous découvrons » (6).

Principes en vertu desquels J. Tellier fait des pyorrhées alvéolaires des maladies du tissu conjonctif et du tissu épithélial, d'où il tire conjonctivo-épithélioses qu'il oppose à paradentoses, issues de l'organe « paradentium ».

En premier lieu, il oppose au « paradentium » décrit par Weski, une *région* plus étendue anatomiquement et physiologiquement. Le paradentium est, en effet, plus restreint comme étendue que la région gingivo-dentaire ainsi élargie. Nous entendons bien que les muscles, nerfs sont ajoutés à cette région gingivo-dentaire que J. Tellier décrit, mais l'auteur lui-même n'en restreint-il pas l'importance en ne tenant compte que du tissu épithélial et conjonctif, puisqu'en vertu de cette conception élargie, il crée le terme « limité » de conjonctivo-épithéliose, émanation directe de deux tissus, en opposition à « paradentose » émanation de « paradentium ».

Il nous reste maintenant à examiner, très rapidement, aujourd'hui, car nous nous proposons d'y revenir, la localisation primitive de l'affection qui, d'après l'école de R. Leriche, se situerait dans les tissus épithéliaux et conjonctifs, avant d'être localisée à « l'organe paradentium ou à l'odonton ».

Le principe d'après lequel on tente actuellement d'identifier les pyorrhées alvéolaires à des affections tissulaires et non organiques, est un principe « très général en pathologie », ne l'oublions pas... et, comme J. Tellier nous le fit observer, « les choses ne sont vraies que dans le détail. »

Il est certain que les masses de tissus différenciés en cellules spécialisées, qui concourent à l'édification d'un organisme pluricellulaire, ont à un moment donné une origine unique. L'œuf, après sa fécondation, est de composition homogène, et les différenciations en cellules spécialisées ne sont que tardivement observées.

L'origine cellulaire unique, dont la totalité est issue d'un *milieu* homogène, impliquerait un état statiquement semblable de toute cette masse cellulaire, si les facteurs héréditaires ne venaient déterminer, par un *chimisme* spécifique, le caractère physio-morphogène spécial de chaque espèce cellulaire, caractère comportant tout le patrimoine pathologique ou prédisposant avec toutes ses conséquences.



Ces masses protoplasmiques, plus tard différenciées en système, subissent ainsi des changements d'états successifs, susceptibles d'influencer la localisation d'un trouble morbide devenu plus *spécifiquement cellulaire*, et en rapport direct avec les causes, provenant soit du milieu général et du milieu ambiant local conjugués, qui sont les facteurs prépondérants de la localisation.

Mais, à notre avis, exprimé d'ailleurs depuis longtemps, ce n'est pas encore dans la prédisposition morbide *cellulaire, tissulaire ou organique* SEULE qu'il faut rechercher les causes déterminant les lésions tissulaires et organiques, et nous allons tenter de le démontrer.

#### LA NOTION HUMORALE

Reprenons les règles mêmes de la Méthode de Descartes et de Claude Bernard, invoquée par J. Tellier comme devant présider constamment aux recherches scientifiques. Descartes nous dit qu'il faut :

« Diviser chaque difficulté en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour les mieux résoudre »... « Ne recevoir jamais aucune chose pour vraie que l'on ne la connaisse évidemment être telle... »

« Oter de sa créance toutes les opinions reçues jusqu'alors afin d'y en remettre par après, ou d'autres meilleures ou les mêmes lorsqu'on les a ajustées au niveau de la raison. »

Puis Claude Bernard :

« Quand nous faisons une théorie générale dans nos sciences, la seule chose dont nous soyons absolument certains, c'est que toutes les théories sont fausses absolument parlant. »

Heureusement Claude Bernard ajoute :

« Le vrai progrès est de changer de théories pour en prendre de nouvelles qui aillent plus loin que les premières. »

Si, en vertu de ces principes, nous divisons la difficulté anatomique en « *autant de parcelles qu'il se pourrait* », nous nous apercevons que les tissus incriminés sont eux-mêmes « *composés* » de cellules morphologiquement déterminées. Le trouble de tissu peut alors être ramené au trouble cellulaire, mais si, poussant encore plus loin l'analyse, nous cherchons à connaître la nature intime du contenu cellulaire, nous verrons qu'il est constitué par une substance dite protoplasmique, homogène à première vue, mais qui révélera encore des subdivisions à l'observateur, et pour ne prendre en considération que la structure la plus facilement observable, nous *verrons* des amas moléculaires

ou micelles, desquels nous *pourrons observer* des manifestations chimiques et physiques, dérivées de l'échelle moléculaire, voire atomique. Dès lors, nous pouvons affirmer que nous ne défendons pas une théorie, car « *toutes sont absolument fausses* », une théorie ou conception spéculative des choses, mais une vérité scientifique reconnue comme étant « *évidemment telle* ».

Si poussant encore notre analyse plus loin, nous quittons « la *parcelle cellulaire* » qui est un élément fixe appartenant à un tissu solide, et qui, immobile, ne peut aller chercher aux sources les corps chimiques nécessaires à l'assimilation fonctionnelle et à l'entretien de la vie, nous sommes obligés de reconnaître que des « *agents de liaison* » sont nécessaires, et que « *sans eux* » la translation à pied d'œuvre des matériaux nutritifs ne pourrait être assurée, pas plus que l'évacuation vers les émonctoires des sous-produits ou déchets du métabolisme. Le milieu intérieur liquide et mobile commande donc au phénomène immédiat de la nutrition cellulaire fixe, puis par les réactions physico-chimiques que ces « *humeurs* » à structure colloïdale provoquent, au phénomène tardif, héréditaire de la morphologie et du caractère morbide prédisposant.

Ce milieu intérieur peut être représenté premièrement par le sang, véritable tissu liquide, puis par la lymphe interstitielle qui unit les cellules les unes aux autres les rendant solidaires.

Cette lymphe intercellulaire imbibe littéralement la cellule, et par voie d'osmose, échange continuellement avec le milieu protoplasmique les substances chimiques propres et impropres à la vie. C'est par ces échanges que la lymphe provoque des changements de qualité de la masse protoplasmique, d'où son action mécanique, et plus tard morphogénétique.

Nous voyons donc clairement, par cette très courte utilisation des principes de la méthode, que nous pouvons, sans crainte, quitter la parcelle cellulaire et à plus forte raison tissulaire ou organique, puisqu'il nous faut « *ôter de sa croyance toutes les opinions reçues, etc..., et que toutes les théories sont fausses, mais que malgré tout il nous faut en changer pour progresser...* »

Mais, puisqu'il nous faut « *y en remettre par après* », nous pouvons donc en toute sécurité scientifique accepter la chimie-physique humorale comme étant meilleure, car « *le vrai progrès est de changer de théorie pour en prendre de nouvelles qui aillent plus loin que les premières.* »

La chimie-physique humorale est à nos yeux la clef de coûte de la biologie, car il ne faut pas oublier que, depuis Platon, nous avons eu Lavoisier qui a ouvert une ère nouvelle, tant pour la biologie normale que pathologique.

Déjà en 1928-29 (7), écrivant sur le même sujet, ne disions-nous pas que « toute variation, toute modification de l'architecture chimico-physique des humeurs apporte inmanquablement des perturbations dans l'ordre et la nature des phénomènes biologiques, car l'équilibre ionique des solutions colloïdo-humorales tient une place prépondérante en biologie normale et pathologique.

Les phases les plus intimes de la genèse de la segmentation de l'œuf ou parthénogénèse, mise à jour par L. Loeb, n'ont-elles pas révélé et identifié leurs origines à des simples réactions chimiques d'oxydation ou de réduction.

R. Leriche et Policard (8) ont eux-mêmes souligné l'importance des phénomènes physico-chimiques au sein des humeurs intercellulaires, puisqu'ils écrivent encore : « les histologistes ont toujours peine à admettre que certains formes anatomiques ne sont que des transformations physico-chimiques des milieux interstitiels, apparues sans l'intervention des cellules. »

Nous avons donc actuellement deux tendances qui cherchent à fixer le lieu de la lésion primitive des Paradentoses, l'une représentée par J. Tellier, qui la situe dans les tissus épithéliaux, et conjonctifs, l'autre par O. Weski, qui la situe dans les tissus constituant le paradentium tel qu'il l'a défini.

Une troisième tendance est représentée par nous-même qui situons *l'origine générale* du trouble qui aboutit aux manifestations cliniques *localisées aux tissus ou à l'organe*, secondairement à un état humoral ayant ses constantes physico-chimiques perturbées, d'après le mécanisme que nous avons déjà exposé par ailleurs. Car si les tissus qui entrent dans la composition du paradentium ou de l'odonton reçoivent des facteurs morbides héréditaires une physio-morphologique prédisposante *définitive*, c'est par l'intermédiaire des facteurs morbides acquis qu'ils verront les constantes chimico-physiques des *humeurs* qui les imprègnent, se modifier, provoquant ensuite le trouble cellulaire et tissulaire. Perturbations humorales d'abord dans la vie cellulaire et tissulaire ensuite, se traduisant par des troubles pathologiques organiques, qui se transmettront et deviendront héréditaires lorsque « *l'habitude* » aura marqué son empreinte indélébile.



Nous préférons *actuellement*, tant pour la conception anatomo-pathologique que pour la nomenclature, la notion du parodontium, ou mieux, de l'odonton, et par extension son état de souffrance chronique ou paradentose pour les états dystropho-atrophiques.

Ainsi définies les paradontopathies, pour avoir des origines et des attaches générales, n'en restent pas moins ainsi localisées et circonscrites en *une région* faisant partie de notre patrimoine professionnel spécialisé.

De plus, l'imprécision même des termes, imprécision voulue par les auteurs, laisse le champ libre pour la classification des formes basées sur la clinique et L'ÉTILOGIE.

(Voir Discussion, p. 818).

(A Suivre).

---

**NOTE SUR LA CLASSIFICATION  
DES DIVERSES FORMES DE PARADENTOSES**

Par le Dr Maurice ROY,

616.314.17 0081

Saisi par la section suisse de l'A. R. P. A. (Association Internationale de recherches sur la Paradentose) d'une demande d'avis, au sujet d'une modification dans la classification adoptée à Francfort, je profite de cette occasion pour formuler, au sujet de la classification des paradentoses, quelques idées générales qui comportent en même temps, la réponse à la demande d'avis de la section suisse.

La pyorrhée ou paradentose, pour prendre le terme international, étant pour moi, comme pour un grand nombre d'auteurs du reste, toujours une maladie dystrophique intéressant le paradentium, une maladie dans laquelle les phénomènes inflammatoires ne jouent jamais qu'un rôle accessoire de complication et d'aggravation par adjonction d'un processus inflammatoire au processus dystrophique essentiel dans toute paradentose vraie, on comprendra que je ne puisse admettre une classification, quelle qu'elle soit, où des formes inflammatoires seraient, en quelque sorte, opposées à des formes dystrophiques.

Dans ces conditions, puisque je pose en fait que, *pour avoir droit à être rangé parmi les paradentoses, un processus pathologique doit obligatoirement comporter l'existence d'un trouble dystrophique d'origine générale*, toutes les divisions que l'on peut établir doivent partir de ce *principe commun* et ne doivent envisager que les diverses formes cliniques revêtues par ce *processus initial commun*, la *dystrophie*, qui, seul, les relie entre elles.

Or, dans l'état actuel des études de la paradentose, je ne vois, pour ma part, que deux divisions bien nettes à établir: les paradentoses avec culs-de-sac et celles sans cul-de-sac, avec deux subdivisions pour chacune d'elles, suivant qu'elles sont ou non accompagnées de gingivite ou d'ébranlement des dents.

Ce sont, à l'heure présente, les seuls types précis qui me semblent pouvoir être établis dans une classification parce que, quelles que soient les idées particulières de chacun, ils peuvent être reconnus et compris par tous.

Sans doute, d'autres subdivisions pourraient être faites et je me propose d'essayer de les établir dans un travail particulier sur ce sujet ;

mais je considère, dès maintenant, que toutes les formes doivent se classer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories primordiales essentielles et c'est pourquoi je sou mets à votre appréciation le tableau ci-joint :

#### CLASSIFICATION DES PARADENTOSES

##### I. — *Paradentose avec culs-de-sac* :

- 1<sup>o</sup> Avec gingivite, mais sans déplacement ni ébranlement des dents ;
- 2<sup>o</sup> Avec gingivite et ébranlement ;
- 3<sup>o</sup> Sans gingivite : a) sans ébranlement des dents ;  
b) avec ébranlement des dents.

(Cette 3<sup>e</sup> catégorie concerne les cas où les culs-de-sac, curettés et débarrassés de leurs calculs et de la suppuration, persistent néanmoins).

##### II. — *Paradentose sans cul-de-sac* :

- 1<sup>o</sup> Sans déplacement ni ébranlement des dents :
  - a) sans gingivite ;
  - b) avec gingivite.
- 2<sup>o</sup> Avec déplacement ou ébranlement des dents :
  - a) sans gingivite ;
  - b) avec gingivite.

Dans la classification proposée par la section suisse, je vois deux choses intéressantes. Ce sont les colonnes 1 et 2 et 6 et 7, dans lesquelles on veut marquer les rapports de prédisposition ou de nature que présentent la gingivite et l'atrophie sénile avec la paradentose ; mais la gingivite *préparadentosique* ne se distingue en rien (le tableau proposé le constate) de la gingivite pure, et si ce processus inflammatoire prépare le terrain local, il ne crée pas la paradentose, celle-ci n'évoluant que sous l'influence d'une modification humorale diathésique entraînant le processus dystrophique du paradentium. D'autre part, l'atrophie précoce est une *dystrophie*, contrairement à l'*atrophie* sénile qui, si elle est identique dans son aspect clinique, est, elle, une véritable *atrophie*, puisqu'elle marque une diminution progressive physiologique de la vie.

C'est pour ces raisons que, tout en reconnaissant l'intérêt qu'elles présentent, je crains que l'introduction de ces deux catégories : gingivite et atrophie sénile dans un tableau de la paradentose ne soit susceptible d'établir quelque confusion dans les esprits.



## REVUE ANALYTIQUE

ABOULKER (R.). — **Les abcès de la langue.**

Les abcès de la langue comprennent les collections purulentes survenues au cours d'un épisode aigu dans l'épaisseur du corps de la langue.

Nous les distinguerons en abcès de la pointe siégeant dans le tissu musculaire de la pointe de la langue et en abcès ou phlegmons de la base qui siègent dans les interstices cellulaires de la base de la langue.

Les premiers sont d'origine traumatique par blessure de l'organe, soit par un agent extérieur de nature très variable, soit par une aspérité dentaire.

La riche défense lymphatique et la vascularisation de l'organe expliquent leur rareté et ils doivent pour être produits profiter d'une recrudescence de la virulence des nombreux microbes saprophytes de la bouche ou d'une faiblesse passagère ou constitutionnelle de l'organisme.

Les phlegmons de la base surviennent le plus souvent à la suite d'infections aiguës du voisinage (angines) ou à la suite de maladies graves et anergisantes. Ils apparaissent au début de la maladie (scarlatine) et d'autres fois au décours (variole). Ils peuvent plus rarement compliquer un abcès de la pointe. Dans l'ensemble, ils apparaissent comme produits par la propagation lymphatique d'une lésion de voisinage.

Tous les microbes banaux de la suppuration ont été retrouvés dans le pus de ces collections. Leur symptomatologie est bruyante, quelquefois dramatique à cause des troubles fonctionnels (dysphagie, dyspnée, douleur) qui s'installent rapidement. Le signe capital qui les fait distinguer des lésions du plancher de la bouche et des autres lésions suppurées du voisinage est la perte de la protusion de la langue, c'est-à-dire de la faculté pour le malade de tirer la langue hors de la bouche.

Cette immobilisation de la langue fixée par l'inflammation aiguë suffit pour faire le diagnostic. Le traitement de choix est l'incision par les voies naturelles. Une ponction exploratrice précise le siège de la collection, une boutonnière au bistouri sur la muqueuse anesthésiée par badigeonnage livre passage à une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon qui va au-devant de la collection et qui, retirée ouverte, livre facilement passage au pus.

Une mèche de gaze maintient les lèvres de la plaie ouverte pendant quarante-huit heures. Les mouvements de la langue revenus très vite facilitent le drainage. La guérison en quatre ou cinq jours est la règle.

La vaccinothérapie, encore qu'elle n'ait pas été employée systématiquement, semble donner de bons résultats.

(Thèse de Paris, 1932).

SABRAZÈS, JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. — **Les tumeurs des os. — Tumeurs bénignes ; Tumeurs malignes ; Tumeurs à cellules géantes ; Kystes osseux ; Dystrophies ostéokystiques.**

Dans cet important traité se trouvent exposées les notions récentes concernant ces tumeurs avec la classification suivante :

*Tumeurs bénignes des os.* — Les chondromes, les ostéomes, les exostomes sont plus fréquents aux maxillaires que les lipomes, myxomes ou angiomes. Leur description est classique.

*Tumeurs des os à cellules géantes. Kystes des os. Ostéite fibreuse.* — Les auteurs

donnent en particulier une courte étude des épulis et les idées actuelles sur la thérapeutique de ces lésions ainsi que des tumeurs à myélopaxes (traitement radiothérapique). Si les kystes osseux n'intéressent pas le spécialiste, il lira par contre, avec profit, les dernières données sur l'ostéite fibreuse localisée ou généralisée.

*Tumeurs malignes des os. — A. Primitives.* — Le sarcome ostéogénétique des maxillaires entre autres est bien classique, son traitement, d'ailleurs décevant, reste chirurgical (résection). Pour les myélomes il faut retenir l'action heureuse de la radio ou radiumthérapie. Le sarcome d'Ewing, le chloromyélome (cancer vert d'Arran), le fibrosarcome périostique se localisent exceptionnellement sur les maxillaires.

*B. Secondaires et métastatiques.* — L'épithéliome des maxillaires propagé par contiguïté des parties molles à l'os est un des plus fréquents.

Les tumeurs métastatiques peuvent être secondaires à des tumeurs primitives siégeant dans les os, ou plus souvent à des tumeurs primitives siégeant hors de l'os ; ce sont des cancers épithéliaux et glandulaires (sein, prostate, thyroïde, rein par ordre de fréquence), qui sont au-dessous des ressources thérapeutiques. (Edité à Paris, chez Massère, 1932).

#### TOURNEUX (I.). — La tuberculose de la langue.

La tuberculose de la langue n'est pas douloureuse à l'origine et l'ulcération se forme souvent à l'insu du malade. Sur un fond un peu rouge apparaît une plaque jaunâtre, arrondie, de deux à trois millimètres de diamètre. Au bout de quelques jours l'épithélium tombe et l'ulcération est constituée. D'autres fois, au lieu d'une plaque, c'est un semis de petites granulations miliaires de la grosseur d'une tête d'épingle qui par suite de la chute de leur épithélium arrivent à se creuser en petites ulcérations. Ces ulcérations sont allongées, fissuraires, arrondies, ovulaires, presque toujours à direction antéro-postérieure. Les dimensions et la profondeur sont variables, les bords minces, décollés, flottants, violacés, irréguliers, festonnés. Le fond détergé des détritits caséux qui le masquent, est irrégulier et raviné. A la palpation pas d'induration, mais une adénopathie sous-maxillaire et carotidienne. Légère ou inexistante au début, la douleur peut s'intensifier au point de constituer le symptôme presque essentiel de la maladie. La perte de substance et ses bords sont infiniment sensibles, le moindre contact est douloureux avec irradiation vers l'oreille. La mastication, la déglutition, la phonation sont gênées. La salivation est souvent abondante et parfois la salive s'écoule constamment de la bouche. L'haleine est fétide. L'évolution est lente, il existe cependant des formes aiguës.

Le pronostic de l'ulcération primitive est plus favorable bien qu'elle forme un foyer de dissémination de bacilles dont le danger n'est pas négligeable. Quant à l'ulcération secondaire, elle est liée à l'état des lésions pulmonaires qu'elle aggrave à son tour par la gêne de l'alimentation et l'absence de sommeil. Il ne faut pas oublier non plus que la présence dans la bouche d'une ulcération suppurante contribue encore à l'empoisonnement de l'organisme.

Dans l'ulcération primitive c'est le traitement chirurgical qui est maître et non pas la cautérisation qui ne saurait atteindre la partie profonde.

M. Tourneux conseille l'extirpation cunéiforme de toute la masse tuberculeuse et il insiste sur la nécessité de faire large et de dépasser les limites de l'ulcération d'un bon centimètre. Quant à l'adénopathie, elle sera négligée si elle est discrète, mais il convient d'intervenir contre une adénopathie accentuée.

Dans l'ulcération secondaire, le traitement chirurgical convient également si les bords sont bien limités et si l'atteinte pulmonaire n'est pas avancée. Sou-



vent le traitement médical suffit : lavages de bouche avec solution de bicarbonate, décoction de racines de guimauve et tête de pavots. Cautérisation avec acide lactique en solution glycinée à 40 % deux fois par semaine. Si les rayons ultraviolets réussissent peu, par contre la Roentgenthérapie a valu de nombreux succès. Elle entraîne d'abord la disparition de la douleur, puis active la cicatrisation. Le traitement général sera celui de la tuberculose.

(*Journal des Praticiens*, 16 juillet 1932).

André-Pierre TERRIER. — **De l'influence des glandes endocrines sur le système dentaire.**

Après avoir insisté sur le grand nombre d'inconnues que l'on rencontre encore dans la pathologie endocrinienne et dans la question du métabolisme du calcium, l'auteur a cherché dans l'abondante littérature française et étrangère de quelle manière ont été envisagées les interdépendances entre le fonctionnement endocrinien, les dystrophies dentaires, les troubles de l'éruption dentaire et les polycaries. Sous réserve de nouvelles recherches, voici ce qu'il ressort de ces travaux :

L'*hypothyroïdisme* se traduit chez l'enfant par un retard très net de l'éruption dentaire, une grande fréquence de carie de la première dentition, avec une denture permanente normale et saine si le malade est traité suffisamment à temps, des dents petites, irrégulièrement disposées et parfois atrophiées, de l'atrophie des mâchoires avec voûte ogivale. Josephson a trouvé des dents d'Hutchinson chez un hypothyroïdien non syphilitique. Les hypothyroïdiens adultes ont tendance aux arthrites dentaires, au déchaussement précoce des dents.

L'*hyperthyroïdisme* aboutit à une éruption précoce de dents volumineuses, de couleur blanc bleuâtre, avec tendance à la décalcification massive, par exagération des échanges.

Dans l'*hypoparathyroïdisme*, les troubles de l'émail paraissent constants (L. Lévy). Ils ont été retrouvés chez les personnes ayant présenté de la tétanie infantile (Fleischmann) et l'expérimentation a confirmé ces faits.

L'*hypothyrmie* provoque un retard de l'évolution dentaire. Chez les hypothyrmiques, les dents sont fragiles, d'un blanc laiteux, festonnées sur le bord libre, affectant parfois la forme des dents en demi-lune.

L'*hypofonctionnement de l'hypophyse* semble surtout retarder la dentition et agir sur le développement de la mandibule. Les malformations dentaires affecteraient surtout les incisives centrales. L'*hyperpituitarisme* entraîne l'épaississement des lèvres, le prognathisme mandibulaire, l'écartement des dents, qui sont larges, volumineuses, de couleur jaune grisâtre.

Dans l'*hyposurrénalisme*, le retard de la dentition porterait surtout sur les canines. Celles-ci à pointe abrasée ressembleraient à des incisives.

Peu de faits dentaires concernant l'*hypogénitarisme*, si ce n'est des troubles affectant les incisives latérales supérieures.

Les perturbations de l'*activité ovarienne* se traduiraient au moment de l'établissement des règles par des polycaries; pendant la grossesse par des caries multiples et des troubles gingivaux; au moment de la ménopause par l'arrêt de la carie et l'établissement de la pyorrhée alvéolaire.

(Edité à Paris, chez Le François, 1931).

DE COSTER. — **Une technique systématique d'appareillage orthodontique en acier inoxydable.**

L'auteur a employé le premier en 1924 un arc de Wipla, ayant seulement 0 m. 5 de diamètre. Après avoir employé d'abord un arc vestibulaire, puis un



arc lingual, il emploie actuellement un arc qui, lingual en principe, passe dans le vestibule s'il est nécessaire.

L'acier inoxydable est inaltérable, très résistant, très élastique ; il n'irrite pas les tissus mous, ne colore pas l'émail, est d'un prix peu élevé.

Les bagues sont faites en métal Hanox livré en rubans de 5 à 6 millimètres de large sur 0 m. 07 d'épaisseur. De Coster applique pour leur confection la technique de Rubbrecht. Pour éviter le soudage du verrou, il se sert d'un porte-verrou spécial, facile à construire.

Le verrou est façonné avec l'extrémité du fil principal ; des schémas clairs et bien faits montrent le travail du fil à la pince. L'arc lingual est fait d'un fil de 0 m. 06 de diamètre. Ce fil est dur si une action élastique est nécessaire, mou si l'arc doit resté inerte. Les ressorts auxiliaires sont construits avec du fil de 0 m. 04 ; ils sont fixés sur l'arc par plusieurs tours ; le soudage est fait en surface.

L'appareil de De Coster permet de traiter de nombreuses anomalies (Traitement d'une prognathie supérieure avec endognathie, traitement d'une endognathie avec ectopie canine et rétrognathie de la région incisive).

Cette nouvelle utilisation de l'acier inoxydable mérite d'être prise en considération, mais il ne pourra supplanter l'or platiné qui se prête si facilement à toutes les combinaisons.

(*La Province Dentaire*, n° 4, 1931).

FREIDEL (CH.). — **Traitement des fractures du corps du maxillaire inférieur.**

L'auteur étudie plus particulièrement les fractures du corps du maxillaire parce qu'elles sont fréquentes et parce que cette portion dentée du maxillaire, assez exposée, donne des fractures ouvertes.

Après avoir défini l'articulé normal, il étudie les caractères anatomiques des fractures. Pour chaque trait de fracture, les déplacements dépendent de la violence et du sens du traumatisme, de l'obliquité du trait, de la présence ou de l'absence des dents antagonistes, de l'action des groupes musculaires.

Pour les variétés possibles de fractures à un, deux ou trois traits, des schémas ou des radiographies montrent les déplacements et éclairent le texte.

Il étudie ensuite l'étude clinique de ces cas et leur évolution naturelle, s'ils ne sont pas correctement traités.

Enfin l'auteur aborde la partie principale de son travail qui est l'étude des méthodes de traitement :

1° La lutte contre l'infection avec les soins des plaies cutanées et des lésions muqueuses ; la désinfection mécanique du milieu buccal, et l'extraction des corps étrangers, des esquilles libres, des dents et racines cariées comme des dents siégeant dans le foyer de fracture. La radiographie est indispensable.

2° Le problème orthopédique dans la solution sera la conservation d'un arc mandibulaire et la conservation de l'articulé dentaire ; pour cela on peut utiliser deux méthodes, la méthode prothétique ou la méthode chirurgicale.

a) La méthode prothétique qui comprend : la contention monomaxillaire ; la contention intermaxillaire ; la contention cranio-maxillaire. Pour les deux premières, l'auteur se montre très partisan des ligatures simples (Ponroy et Psaume), ou de l'emploi de l'arc fileté (arc de Sauer avec bagues d'Angle). Les gouttières dont il reconnaît l'excellence lui paraissent d'un emploi moins pratique. Pour la contention intermaxillaire spécialement, l'auteur recommande les ligatures par le procédé d'Ivy, avec un fil de maillechort au 5/10°.

La contention cranio-maxillaire peut se faire, soit avec une fronde réservée aux cas sans déplacement, soit avec le casque de Darcissac.

b) Les méthodes chirurgicales sont des méthodes d'exception. L'ostéosynthèse produit un foyer d'ostéomyélite chronique. Le procédé de Lenormant

et Darcissac est destiné à réduire la bascule des branches montantes. La greffe osseuse n'est indiquée que tardivement et pour réparer les pertes de substance importantes.

Tout un chapitre est réservé aux indications respectives de ces diverses méthodes de traitement. Index bibliographique. (*Thèse de Lyon, 1931*).

#### LE DENTAL COSMOS

*Résumé des articles d'août 1932*

W. T. COUGHLIN. — **Névralgie du trijumeau. Tic douloureux. Névralgie trifaciale. Névralgie de la 5<sup>e</sup> paire.**

Après un court historique de la névralgie faciale, l'auteur décrit un moyen d'arriver à un diagnostic sûr, puis expose la technique actuelle, acceptée généralement comme la seule assurant un degré réel de soulagement. L'opération consiste dans une section du nerf, dans certains cas d'une portion seulement du nerf et est accompagnée de photographies et de figures. Tandis que l'opération est vraiment de la grande chirurgie, elle semble relativement exempte de danger et est la seule qui procure réellement du soulagement.

DAVID W. MAC LEAN. — **Facteurs intervenant dans la prévention et le traitement des difformités d'occlusion.**

Cet article est en somme la suite de celui qui a paru dans notre fascicule d'avril sur la restauration complète des bouches. Le rétablissement de l'articulation et de la totalité du plan occlusal est traité à fond. Si l'opération est exécutée comme l'indique l'auteur, elle ne peut donner que des résultats satisfaisants. La technique est illustrée et exposée en détail.

PHILIPPE S. HALEY. — **Le traitement de la paradentose par les médicaments.**

L'article contient une description détaillée du traitement de la pyorrhée alvéolaire par une modification de la méthode Ward qui est appliquée avec succès par de nombreux praticiens de la Côte du Pacifique. L'auteur emploie la nomenclature relative à la pyorrhée adoptée en Europe, qui, croyons-nous, désigne avec plus de précision cette affection.

GEORGES D. KUBLER. — **Rapport des infections focales avec les maladies constitutionnelles.**

C'est une revue de la littérature de l'infection focale, consacrée plus spécialement à l'œuvre de Rosenow sur ce sujet. Cette étude le conduit à conclure à la nécessité de nouvelles recherches et expériences avant de préciser des faits positifs.

HARRY L. BISNOFF. — **La lumière et la chaleur en thérapeutique dentaire.**

L'emploi de l'actinothérapie en dentisterie se répand rapidement et, après un rapide historique de la question, l'auteur expose une technique de son emploi dans tous les cas où elle est applicable en dentisterie, en indiquant la fréquence du traitement. Il rapporte plusieurs cas traités ainsi.

EDWARD PODOLSKY. — **Le calcium et les dents.**

C'est une étude du métabolisme calcaire dans ses rapports avec la carie dentaire. Ses idées sur ce métabolisme pendant la grossesse doivent fournir matière à réflexion à tous ceux qu'intéresse cette phase de traitement.

J. L. T. APPLETON. — **Valeur clinique du contrôle bactériologique du traitement de l'infection périapicale.**

Etude et analyse d'une série de cas rapportés par Rhein, Krasnow et Gier (1926), au point de vue bactériologique. L'auteur conclut à l'utilité de recourir à ce contrôle dans tous les cas où l'on s'efforce de conserver une dent sans pulpe.

## SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 8 novembre 1932

PRÉSIDENTIE DE M. LE D<sup>r</sup> DESFORGES

La séance est ouverte à 21 heures.

#### I. — CORRESPONDANCE

*Le Président* présente les excuses du D<sup>r</sup> Bonnet-Roy, empêché.

M. G. Villain annonce la maladie du D<sup>r</sup> Aguilar, président d'honneur de la F. D. I., auquel la Société adresse des vœux de prompt rétablissement.

#### II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

*Le Président* prononce le discours suivant :

Mesdames,  
Mes chers Confrères,  
Mes chers Collègues,  
Mes chers Amis,

Malgré les démarches et les pressantes sollicitations de mon collègue et ami le D<sup>r</sup> Solas, j'ai dû, à mon très grand regret et cela depuis plusieurs années, refuser la présidence de notre *Société scientifique*.

Les causes en furent multiples et surtout d'ordre matériel. Mais, j'aurais mauvaise grâce à en invoquer le monopole car tous, pendant et depuis la fin de la grande guerre, nous avons été contraints de faire face à des obligations militaires et à de multiples charges professionnelles dont le nombre, hélas ! s'accroît tous les jours.

En ce qui me concerne, ajoutez à tout cela un fâcheux et stupide accident d'automobile, dont nous conservons, ma femme et moi, encore diverses séquelles et vous comprendrez pourquoi je fus obligé de prendre la grave décision de rester, momentanément, en dehors de notre grand mouvement scientifique.

Cette année, c'est-à-dire en juin dernier, mon collègue et ami M. Lubetzki, président sortant, revint à la charge et dans une lettre très amicale, dont je fus très touché, insista à nouveau et me pria de prendre sa place à la présidence.

Que faire ? Me dérober plus longtemps ? Je ne le pouvais... Mon état de santé s'étant amélioré, une nouvelle embuscade eût été mal interprétée par vous tous, Messieurs, et c'est non sans raison que vous m'eussiez classé définitivement parmi les traîtres à la *Science Odontologique*.

Donc, quand le Bureau sortant m'informa, par la voix de son président, qu'il me proposait à nouveau à vos suffrages, ce ne fut une surprise pour moi et, ce soir, je tiens à lui exprimer toute ma gratitude. En prenant une telle



décision il voulut, j'en suis certain, me témoigner sa confiance et m'assurer de sa plus profonde sympathie.

Et vous aussi, Mesdames et chers Confrères. Merci de tout cœur. Par votre approbation vous m'avez jugé digne d'occuper ce poste élevé, si convoité de *Président de la Société d'Odontologie* et je ne puis, ce soir, vous cacher toute ma joie, vous dire toute mon émotion, car je me sens profondément touché.

Enfin, c'est pour moi, vous ne pouvez en douter, le grand couronnement de ma carrière professionnelle et soyez certain que j'en resterai fort honoré.

En occupant un tel poste, faire son examen de conscience s'impose et devient un devoir. Je me vois contraint de vous confesser que je me sens tout confus de prendre place ce soir, dans ce fauteuil, pour présider, pendant l'année scientifique qui s'ouvre, aux débats de notre société, débats, dont le principal but sera, en suivant l'exemple tracé par mes honorables et savants devanciers, *de poursuivre en commun l'étude approfondie dans tous ses domaines et sous tous ses angles, de l'Art et de la Science odontologiques.*

Mais n'ayant garde d'oublier que la « *Science n'a pas de patrie* », notre idéal aura pour but de favoriser son avancement et son extension non seulement dans le domaine « *national* », mais aussi dans le domaine « *international* ».

Mes chers Confrères, je dois aussi vous confesser que malgré tout et quoi qu'il arrive, j'ai accepté ce poste avec sérénité, tant je sais que, grâce à l'impulsion donnée par mes éminents prédécesseurs, grâce à l'émulation qui anime nos collègues, grâce au dévouement sans limite des membres du Bureau et en particulier de notre actif et distingué secrétaire général M. Rivet, grâce à votre concours dévoué et désintéressé, Messieurs et chers Confrères, la tâche de président de nos séances semble devenir aisée et ne comporter que des agréments et des joies.

Mais, comme partout et dans tout, il y a le revers de la médaille ; ces précieux avantages ne peuvent me faire oublier la lourde charge que vous me confiez et que j'assume sans regret, ni arrière-pensée, sûr d'avance que vous ne me refuserez ni votre bienveillance, ni votre indulgence, si je ne suis pas à la hauteur de ma tâche.

En jetant un regard dans le passé, même lointain, et cela jusqu'en 1881, je me vois succédant à des confrères éminents, à des maîtres dont beaucoup sont encore des célébrités odontologiques et des savants. C'est vous dire, que fort heureusement, nous avons la joie et l'ultime bonheur d'en compter encore le plus grand nombre parmi nous. Nous profitons ainsi de leur longue expérience et ils nous aident de leur grande autorité.

A tous ces maîtres, à tous ces savants à qui nous devons et notre situation et notre bagage scientifique, vont tout d'abord nos plus chaleureux remerciements et notre profonde gratitude.

Mais hélas ! Bon nombre ont disparu et notre première pensée est aussi et surtout pour tous ces maîtres dévoués de l'Ecole Dentaire de Paris, des Hôpitaux, des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Paris. Nous ne pouvons oublier que, grâce à leur précieux enseignement, à leur dévouement sans limite, nous avons le très grand honneur d'être là ce soir pour présider

vos débats et très respectueusement nous saluons leur mémoire en les assurant de notre profonde reconnaissance.

Nous citerons parmi ces maîtres trop tôt disparus : les D<sup>r</sup> Charles Gordon, les Martinier, les Ronnet, les Choquet, les Mendel-Joseph, les d'Argent, les Delair, les D<sup>r</sup> Sauvez, les D<sup>r</sup> Marie, les D<sup>r</sup> Grimbart, les Gasselin, les Moissan, les Guinard, les Bourquelot, les Riche, les Bouchardat, les Villiers, etc...

Je m'excuse si j'en oublie... et pour terminer cette trop longue liste, je n'aurai garde d'oublier mon très vénéré et meilleur maître le D<sup>r</sup> Aimé Guinard, chirurgien des Hôpitaux, dont je salue la mémoire avec une respectueuse émotion. Nous avons encore, hélas ! présente devant nos yeux sa fin tragique à l'Hôtel-Dieu en 1911. Assassiné par un fou, sa mort fut celle d'un héros en plein champ de bataille.

C'est en 1898, alors que j'avais le très grand honneur d'être son interne en pharmacie, que ce maître dévoué, rempli de sollicitude pour son élève, me conseilla l'étude des sciences odontologiques et de la Médecine. Pendant le cours de mes études, puis dès le début de ma carrière professionnelle jusqu'à sa mort, ce maître vénéré me soutint et me seconda de ses conseils éclairés et paternels. Aussi toute ma vie dois-je lui réserver, avec mon plus profond respect, ma plus vive reconnaissance.

Que dirais-je de mon regretté ami V.-E. Miégevill, lui aussi trop prématurément disparu et dont je ne puis ce soir ne pas rappeler le souvenir, tant nous nous estimions et tant nous nous aimions !

Je le vois encore parmi nous avec sa haute stature, sa belle physionomie, franche et loyale. V.-E. Miégevill était toujours souriant, toujours prêt à rendre service et à se rendre utile, car il était serviable et bon. Il fut pour toute la profession, pour l'École dentaire, pour l'Association, pour ses confrères et amis, une noble figure sachant se dépenser sans compter, sans en chercher quelque profit, même au détriment de sa santé, et tout cela pour le bien commun et le succès de la Science odontologique.

V.-E. Miégevill restera parmi nous un exemple d'intelligence, de travail et de bonté, car ce fut un homme de science et un vrai praticien doublé d'un cœur d'or.

Sa perte est irréparable pour tous et j'avoue que moi-même, je ne puis me consoler. Pendant plus de 30 ans, ensemble nous parcourûmes les plus dures étapes de notre existence. A la Faculté de Pharmacie, à l'internat des Hôpitaux, à l'École dentaire de Paris et dans les examens et les concours, partout nous nous sommes côtoyés et aimés.

Aussi V.-E. Miégevill fut mon plus sûr, mon plus sincère, mon plus fidèle ami et sa mémoire restera, à vie, gravée profondément dans mon cœur.

Mesdames,  
Mes chers Confrères,  
Mes chers Collègues,

S'il est d'usage, dans une société scientifique comme la vôtre, qui a un long passé, un règlement, des statuts et dont le but principal est de « *vulga-*



*riser des connaissances acquises ayant rapport à l'Art et à la Science dentaires et, de plus, produire et discuter des faits nouveaux ».*

S'il est d'usage de n'apporter aucun changement dans son orientation, ni un programme nouveau, sous peine d'apparaître un esprit frondeur et par trop téméraire, nous pensons que le *champ d'action est souvent limité* à ceux qui, après un long effort, viennent apporter le fruit de leurs recherches ou le résultat de leurs travaux et de leur pratique personnelle, c'est-à-dire aux confrères ardents, chercheurs, *que seuls les faits nouveaux intéressent*.

Aussi nous formulons le vœu de voir évoluer notre société dans le cadre et en fonction des exigences de la science et de la vie moderne et *tout en conservant sa raison d'être : un centre de production et de discussion de faits nouveaux, d'intensifier son champ d'action scientifique vers la révision, le perfectionnement, la vulgarisation des connaissances acquises ou des faits anciens tombés dans le domaine des procédés dits « classiques ».*

Mon prédécesseur, mon ami M. Lubetzki et ses collègues du Bureau ont, avant moi, fort bien compris qu'il fallait évoluer dans ce sens et bien sincèrement nous les en félicitons.

N'ont-ils pas inscrit dans l'ordre du jour de la réunion du 2 février 1932, une question classique d'un intérêt capital et pour la santé de nos malades et pour l'avenir de notre profession ? « *Organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les établissements d'enseignement dentaire.* »

Cette question magistralement traitée, aussi bien sur le terrain pédagogique que sur le terrain scientifique, remporta un réel et vif succès, grâce aux rapports très étudiés et documentés de MM. Georges Martinier, Dr Pont, Raton et Marmasse, et fut d'un très grand profit pour la profession tout entière.

A tous ces savants confrères nous adressons aussi nos bien vives félicitations.

Vers 1250, un moine anglais, esprit essentiellement novateur, Roger Bacon, surnommé le Docteur admirable : « *Ne veut pas qu'on suppose la science achevée, qu'on arrête tout effort et tout essor de la pensée et de l'étude, au nom du respect dû aux anciens* ».

Quelques siècles plus tard, vers 1620, un non moins célèbre philosophe et vraisemblablement de même souche, François Bacon écrivait : « *C'est en vain qu'on espère un grand profit dans les sciences, en greffant toujours sur le vieux tronc que l'on surcharge. Il faut toujours renouveler jusqu'aux plus profondes racines, à moins que l'on veuille perpétuellement tourner dans le même cercle avec un progrès sans importance et presque digne de mépris.* »

Plus tard, Nicolas Boileau, dit Despréaux « ne cesse d'apprendre à ses contemporains la « *nécessité du travail* » et de leur rappeler que : « *les plus heureux dons acquis ne peuvent avoir de prix, qu'à la condition d'être fécondés par un travail permanent* », et n'avait-il pas raison d'écrire en 1674 dans son *Art poétique* : « *Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage, polissez-le sans cesse et le repolissez.* »

Eh bien, relisons souvent et méditons longuement les profondes paroles de ces grands penseurs, philosophes et hommes de science en même temps,



car nous nous rendrions coupables envers nous-mêmes, envers nos semblables et aussi envers la *science*, si volontairement nous feignons d'ignorer un tel enseignement et si nous omettions d'en faire notre profit dans le sein de notre société scientifique, d'en tirer les directives et les conclusions qui s'imposent.

Mais hélas, pour arriver au but que nous souhaitons tous et que nous poursuivons sans relâche, but que nous nous sommes tracé pour maintenir toujours plus haut le niveau *intellectuel et moral* de notre profession, il ne suffit pas d'avoir de la bonne volonté ni de vouloir bien faire. Il ne suffit pas d'avoir ancré en soi l'amour du travail, ni d'être animé de cette flamme, rare aujourd'hui : *la foi scientifique*. Il faut que, tous : *jeunes et vieux* dans une *union* la plus complète, nous cristallisions nos efforts et que très décidés à la lutte, nous soyons capables de déclancher à tout moment sur le terrain scientifique une offensive sans arrêt, attirés comme un aimant vers le même pôle d'attraction : c'est-à-dire la défense, la consolidation et l'embellissement de l'édifice de *notre belle science odontologique*.

Mais, que voyons-nous autour de nous et cela surtout depuis la fin de la grande guerre ?

Au lieu d'un bloc, unis et forts, animés de la meilleure bonne volonté dans l'effort et le travail, au lieu d'une féconde union — que si ardemment nous souhaitons tous — tous les jours nous assistons aux attaques réitérées de nos soi-disant adversaires.

Les uns, les mauvais bergers, sortent de nos rangs, ne rêvant que gloire et profit ; des titres pompeux les enchantent et sans trop de mal, par n'importe quels moyens, ils cherchent à les acquérir, dussent-ils sacrifier le patrimoine scientifique et l'avenir de toute une profession. Les autres appartiennent à la grande famille médicale. Ils semblent oublier ce que nos devanciers les Dentistes d'abord, puis les Chirurgiens-Dentistes ensuite, ont fait, démontré, échafaudé depuis 1881 surtout, *en créant des Ecoles, organisant un Enseignement, fondant des Sociétés scientifiques et publiant sans arrêt de savants et nombreux travaux*. Ils semblent — ou plutôt veulent oublier — *que l'Art et la Science odontologiques, véritable propriété scientifique des Dentistes, nés dans l'autonomie doivent rester, dans leur évolution, un art et une science autonomes*.

Tout le problème de notre orientation professionnelle est là et, sans nous opposer à une *évolution normale*, que nous souhaitons même rapidement, nous voulons cette évolution dans le cadre d'un *solide apprentissage technique*, consolidé par des études médicales et pharmaceutiques, cliniques et biologiques, judicieusement organisées en vue de l'exercice de notre spécialité, dans le but supérieur de ne pas nuire et d'être utile ; évolution consacrée par un *diplôme de spécialité médicale*, mais dans son vrai cadre autonome médico-dentaire ou odonto-stomatologique.

C'est dire, pour nous résumer, que le dentiste futur devra, pour l'exercice de sa profession, être tout d'abord *un simple et habile artisan*, doublé par la suite d'un *homme scientifique complet*, que la science servira dans son application pratique, et qui n'aura surtout garde d'oublier « *qu'aujourd'hui, un*

*diplôme n'est pas un certificat de compétences, c'est un palier, point de départ pour une ascension vers des connaissances nouvelles.* » (Professeur Forgue.)

Messieurs et chers Confrères,

Depuis 40 ans, la technique médicale, la technique chirurgicale, comme d'ailleurs la technique dentaire, se sont enrichies et singulièrement compliquées.

Au cours de ses études, si vastes et sans limites, le médecin ne peut plus en sonder tous les domaines, en assimiler les règles et en acquérir toute la pratique. Il faudrait dix années, et encore... Aussi voyons-nous depuis quelque temps la Médecine évoluer de plus en plus vers la *technicité* et la *spécialité*.

Des stages d'apprentissage, l'internat obligatoire, une 6<sup>e</sup> année essentiellement pratique sont réclamés par les syndicats de praticiens : ils n'ignorent pas que des procédés techniques d'investigation remplacent avantageusement de savants diagnostics. L'Académie de Médecine, de son côté, réclame des *diplômes de spécialités avec certificats obligatoires*. La chirurgie, comme la médecine, est elle-même en pleine évolution et, dans le dernier Congrès de chirurgie, M. le Professeur Duval, proclame qu'une nouvelle orientation s'impose et il la veut non seulement technique, mais biologique. Comme Roger Bacon, il défend la *science expérimentale*,

*« La science expérimentale ne reçoit pas la vérité des mains des sciences supérieures ; c'est elle qui est la maîtresse, et les autres sciences sont ses servantes. »* (Roger BACON).

et demande que le futur chirurgien fasse un stage dans les laboratoires de *médecine expérimentale*.

Comme conclusion : vu la nécessité d'un surcroît d'expérience, vu les responsabilités et la fonction si spéciale du chirurgien, il réclame la *création d'un nouveau diplôme : le Doctorat en chirurgie*.

Tout le monde médical et chirurgical est donc unanime à proclamer que : *l'outillage et la science importent avant tout* et que c'est réellement à cette école technique et scientifique que le futur *médecin spécialiste ou l'omnipraticien* deviendra le *vrai praticien*, c'est-à-dire un homme qui exerce son art et qui a la connaissance et l'usage des moyens pratiques.

Eh bien, soyons logiques et pourquoi des esprits chagrins voudraient-ils qu'il en fût autrement dans l'orientation et la formation futures du praticien de la *science dentaire* et dans l'évolution de son art et de sa technique si spéciale et déjà sans limite, car, comme en médecine, des spécialités éclosent tous les jours : l'orthodontie, la chirurgie et la prothèse maxillo-faciale, l'électro-radiologie, l'anesthésie, etc. Nous proclamons donc que l'Art dentaire, l'Art médical et l'Art chirurgical doivent évoluer synchroniquement et sur des bases identiques.

Ayons donc foi dans l'avenir, car le temps travaille pour nous et, forts d'un long passé, fiers du *solide patrimoine légué par nos pères*, qu'importe l'agitation stérile de tous ces mauvais bergers égarés au milieu d'orages et de pièges sans nombre. La vérité suit son cours, rien ne pourra l'arrêter dans son ascension vers le Progrès et la Justice, et en attendant l'heure décisive, nous

enregistrons avec la plus légitime satisfaction plusieurs victoires dont la dernière (décret du 27 juillet 1932) marque une avance considérable dans l'évolution de notre art et de notre enseignement professionnel qui, officiellement, rentre dans le cadre de l'enseignement supérieur de l'Université.

Aussi, parce que, Odontologistes d'abord, nous sommes heureux de cette victoire qui renforce notre autonomie et consacre une fois de plus les directives de l'Académie de Médecine qui, à une grosse majorité, a voté l'amendement de M. le Prof. Marfan :

1<sup>o</sup> La suppression du titre de chirurgien-dentiste ne paraît pas justifiée.

2<sup>o</sup> Le diplôme de bachelier doit désormais être exigé.

Avant d'ouvrir cette séance, soyons donc unanimes pour exprimer notre vive gratitude et nos plus chaleureux remerciements à M. le Ministre de l'Éducation Nationale et aux savantes sommités de l'Académie de Médecine, qui ont su prendre leurs responsabilités et mettre fin à toutes ces rivalités de Groupements en faisant droit à nos vœux les plus légitimes.

A côté de ces déplorables luttes fratricides, que voyons-nous encore ?

Nous voyons grandir une *action syndicale* étalant ses nombreuses tentacules dans de vastes champs d'action, qui parallèlement et à côté de notre Groupement scientifique, mène une campagne ardente dont le seul but est de défendre collectivement notre *patrimoine économique et moral*.

Nous admirons l'activité inlassable de ces pionniers de l'action syndicale, qui sans compter, se dépensent pour l'avenir de la collectivité, sachant que pour vivre désormais, il y a un gros programme commun à exécuter et de légitimes intérêts à défendre.

Depuis la guerre, la lutte contre les illégaux s'est intensifiée, de nombreuses lois sociales sont nées (assurances sociales en particulier), les rouages de la comptabilité fiscale se sont compliqués, l'inquisition fiscale nous menace, la pléthore et les nombreux litiges en responsabilité professionnelle nous inquiètent. Bien plus fort, un groupe de mécaniciens n'a-t-il pas la prétention de pénétrer, par des voies détournées, dans notre domaine, en réclamant le droit à la prise d'empreinte ? C'est alors que nous ferions un recul de plus de 50 ans en arrière pour revivre tous les dangers du charlatanisme et de l'empirisme !

Jusqu'ici, cette *action syndicale* a eu comme résultat, en solutionnant des problèmes urgents, de dessiller les yeux de beaucoup de nos confrères et de leur faire comprendre que, du maître le plus réputé au plus modeste praticien, tous nous sommes menacés dans notre foyer, dans *nos libertés*, et que dès lors le syndicalisme s'imposait, pour se soustraire à un *fonctionnarisme menaçant* et s'opposer aux prétentions d'une *Mutualité* qui, si elle réalisait ses désirs, créerait une formidable puissance dont le premier geste serait l'*asservissement d'une très grosse majorité du Corps dentaire*.

Même sur ce terrain, il y a comme sur le précédent le revers de la médaille et, hélas ! nous assistons à certaines rivalités que nous serions désireux de voir cesser au plus tôt, dans le sein de notre grande famille. Les questions de boutiques et de chapelles, les questions de personnes et de doctrines doivent s'effacer devant l'intérêt général.



Tous les praticiens de l'Art dentaire, s'ils comprennent leur devoir, doivent désormais communier dans les mêmes sentiments de parfaite amitié et, *dans une confiance réciproque, s'unir et fraterniser* pour le plus grand bien de la profession tout entière, et c'est le vœu que nous formulons ce soir.

A côté de ce syndicalisme triomphant, mais encore désuni, vrai défenseur des intérêts moraux et matériels, syndicalisme qui englobe maintenant, même ceux qui, par phobie, restaient à l'écart, nous assistons à l'*incrustation massive* dans notre vie professionnelle de *charges* et d'*exigences*, hélas ! tous les jours croissantes, qui font que la majorité de nos confrères — et surtout ceux appartenant à la jeune génération — n'ont plus le temps matériel, ni même le goût de continuer à s'instruire.

Ajoutez à cela la *défense de la Santé publique* et, dans ce domaine si vaste où tout est à l'état embryonnaire, où la révision de la loi du 15 février 1902 s'impose, de nombreux et savants confrères, à la tête desquels se trouve mon collègue et ami M. Ferrand, se dépensent, s'efforcent d'organiser et d'assurer la défense sanitaire du pays, en essayant de répandre utilement les bienfaits de la prophylaxie et de l'hygiène dentaires dans le peuple, dans les écoles, dans les casernes, etc...

Tâche immense, et nous félicitons ces hommes d'action et de bonne volonté.

Sur ce terrain encore, nous assistons à des rivalités de personnes, que nous serions heureux de voir cesser.

Malheureusement, le *contre-coup* du régime que nous vivons, que je viens d'esquisser rapidement, et dans lequel tous nous devrions vivre, sûrs du lendemain et *en plein accord*, se fait nettement sentir dans nos écoles, dans nos groupements scientifiques *en nuisant au bon fonctionnement de nos centres d'instruction et d'études*.

Par son essor rapide, voire même brutal, ne paralyse-t-il pas les progrès de la science odontologique en stérilisant notre potentiel scientifique ?

Aussi, comme résultante, une très grosse majorité de nos membres les plus fidèles — j'ai nommé les « *Anciens* » — qui autrefois se donnaient sans compter et apportaient à nos séances une collaboration complète et le meilleur de leurs travaux, ne peuvent désormais, *pris et tiraillés de tous côtés*, nous apporter leur précieux concours. Nous le déplorons, car trop souvent nous sommes privés dans nos discussions de leur haute compétence, de leur grande autorité morale et surtout de leur expérience consommée.

Les « *Jeunes* », eux aussi, donnaient avant guerre, en dehors de leur vie professionnelle, l'exemple d'une grande activité scientifique. Partout, on les voyait, dans les concours, dans nos écoles, dans nos sociétés savantes. Maintenant, orientés sur des pistes toutes différentes, ils trouvent rarement le temps de parfaire l'instruction acquise durant leur trop courte scolarité et, sans mauvaise volonté, ils oublient trop facilement de suivre la trace de leurs aînés et de les aider dans leur dure tâche.

Aussi assistons-nous à une véritable crise de croissance dans notre champ d'action scientifique qui pourtant ne demande qu'à être ensemencé et à produire.

Crise de croissance provoquée par une carence presque complète et un mauvais métabolisme basal dans notre activité scientifique.

En présence de ce danger, il faut réagir sans tarder et aborder, avec la foi qui nous anime, le problème en face, car d'urgence, une thérapeutique énergique s'impose et peut-être la trouverons-nous dans le cadre de notre activité et de notre orientation scientifique.

Adressons donc tout d'abord un pressant appel d'*Union et de Paix* à tous nos confrères. Convions-les non pas à abandonner ce qu'ils adorent, mais à se mettre avec nous sur les rangs, ils suivront ainsi les exemples de leurs anciens. Prions-les, de plus, de féconder par un travail permanent ce qu'ils ont appris et de nous apporter, sans fausse honte, le fruit de leurs travaux.

Qu'ils sachent bien qu'auprès de nous l'accueil le plus paternel leur est réservé et que toujours nous recevrons, avec bienveillance, les travaux les plus modestes, mêmes incomplets. Ne sont-ils pas souvent le point de départ de discussions fertiles et d'un enseignement profitable ?

Allons, que notre appel ne soit pas vain. Faites un effort, car nous attendons de chacun de vous la plus modeste offrande ; il faut que la flamme qui anime notre art scientifique brille d'un parfait éclat et ne s'éteigne jamais.

C'est ainsi qu'en suivant l'exemple de nos devanciers, qui avaient pour devise « *vivre pour autrui* », nous aurons à cœur de leur rendre l'hommage qui leur est dû.

Enfin, mes chers confrères, il faut, pour conclure, que notre société, comme je le disais au début, soit non seulement un *centre de production et de discussion de faits nouveaux*, mais aussi — et surtout — un *centre de revision, de perfectionnement, de vulgarisation des sciences acquises où les plus profondes racines seront renouvelées et fécondées dans un travail permanent*.

Tous, mes chers confrères, et les jeunes surtout, vous aurez à cœur et vous considérerez comme un *devoir* de venir vous instruire très régulièrement à nos séances ; vous trouverez au contact de vos aînés l'expérience, les conseils et le stimulant nécessaires.

Vous aurez à cœur aussi *de ne rien ignorer de ce qui est connu* dans notre art et dans les sciences qui s'y rattachent, et vous vous ferez un devoir de conserver et d'étendre, par votre travail et vos recherches personnelles, la somme des connaissances déjà acquises, imbus de cette vérité fondamentale :

« *La sphère de nos connaissances grandit sans cesse, mais à mesure qu'elle grandit, le nombre des points de contact avec l'inconnu s'accroît.* » (ANATOLE FRANCE.)

N'oubliez pas, Messieurs et chers Confrères, que c'est par vos travaux, le nombre et l'intérêt de vos communications, par vos nombreuses et utiles discussions, que vous infuserez à notre Société un sang nouveau et une vie nouvelle qui la classera parmi les plus importantes des sociétés savantes.

Sur elle, alors, se pencheront les regards de ceux qui, pour en tirer un certain profit, ont rêvé sa destruction.

Ce sera là la meilleure réponse à leur opposer, en démontrant et en publiant, dans un effort scientifique commun, que les progrès réalisés chaque jour dans le domaine de la Science Odontologique — et cela depuis 1881 —

pour le plus grand bien de l'humanité, sont bien le miroir fidèle de l'évolution de notre spécialité.

Vous voudrez bien m'excuser, si dans cette allocution, peut-être un peu longue pour mes auditeurs, j'ai puisé mon argumentation dans un terrain qui semble plutôt du domaine de la pure polémique, mais il était indispensable, pour défendre la thèse que je soutiens et tirer les conclusions nécessaires, que je sorte quelque peu du domaine scientifique. La politique professionnelle ne conditionne-t-elle pas la vie scientifique d'un groupement ?

Je suis sûr que vous m'approuverez et vous remercie de la bienveillante attention que vous venez de me témoigner, attention qui démontre une fois de plus le très grand intérêt que vous portez au progrès de notre profession et à l'œuvre commune que nous poursuivons : consolidation, évolution, diffusion et avancement de la science dentaire.

En terminant et avant de donner la parole aux orateurs inscrits, je formule le souhait que la session 1932-33 ne soit pas inférieure, comme moisson scientifique, aux sessions qui l'ont précédée.

La tribune de la société tend les bras à toutes les bonnes volontés ; c'est un champ libre et vaste que tous vous pouvez affronter sans souci et sans crainte.

Je compte donc sur votre dévoué concours, mes chers Confrères, pour assurer la vitalité et la prospérité de notre œuvre commune et c'est sans réserve que vous me l'accorderez.

Il faut que cette année 1932-33 vienne, comme ses devancières, s'inscrire brillante au fronton de la science odontologique française.

### III. — THÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR, par M. le Dr PIERRE ROLLAND.

M. le Dr Pierre Rolland donne lecture de sa communication. (V. p. 783).

#### *Discussion*

M. le Président. — Personnellement je serais, mon cher ami, heureux de savoir si ce nouveau médicament que tu viens de nous signaler, outre ses propriétés hypnagogue et antithermique, possède la même action sur les nerfs conducteurs et sur les extrémités périphériques nerveuses, comme les antinévralgiques et les anesthésiques locaux. Le système nerveux étant le conducteur de toute sensation douloureuse, veux-tu me dire si cette section physiologique ou thérapeutique des nerfs part de l'extrémité périphérique ou des centres.

M. le Dr Rolland. — Lorsqu'à l'heure habituelle du sommeil on ingère ou injecte l'Hypalène, lorsqu'on le prend en suppositoires — car il agit admirablement en suppositoires — on provoque les trois actions que nous venons de décrire, c'est-à-dire sédatif, hypnagogue et analgésique. Si au contraire on le prend dans la journée, il est extrêmement rare de constater de la somnolence, il agit seulement comme sédatif et comme analgésique ; on pourrait presque dire qu'il ne provoque le sommeil que lorsqu'il est pris à l'heure habituelle du sommeil. Au moment du réveil, au lieu d'avoir une barre, un casque sur la tête, on ne perçoit pas de sensation désagréable, si



ce n'est cette tendance à la somnolence que l'on remarque avec les hypnotiques qui provoquent des effets accumulatifs ou qui s'éliminent extrêmement lentement, comme le véronal qui est un de ceux dont l'élimination est la plus lente. Les empoisonnements par le véronal sont toujours dangereux. Sur deux ou trois cas que nous avons vus à l'hôpital, il n'y en a qu'un qui ne se soit pas terminé par la mort.

Avec les hypnotiques qui ont une tendance à se détruire beaucoup plus rapidement, et c'est le cas de celui-ci, les dangers sont beaucoup moindres.

*M. le Président.* — Mes chers confrères, il ne me reste qu'à remercier très chaudement mon ami le Dr Rolland pour la savante communication qu'il vient de nous faire. Je ne sais s'il l'a fait exprès, mais j'ai insisté tout à l'heure pour que nous ayons dans nos Sociétés savantes des sujets ayant rapport aux « faits anciens ». Pour la première réunion, je suis bien servi, car sur la genèse de la thérapeutique douleur, le Dr Rolland est remonté à plusieurs centaines d'années avant Jésus-Christ, puis il a continué par une étude très détaillée des agents médicamenteux utilisés jusqu'à nos jours, sachant fort bien que le phénomène « douleur » joue un si grand rôle dans notre spécialité.

#### IV. — NOMENCLATURE ET SYSTÉMATIQUE DES PARADENTOSES, par M. C. HULIN.

*M. Hulin* donne lecture de sa communication. (V. p. 792).

##### *Discussion*

*M. Brochier.* — M. Hulin vient de nous présenter un excellent essai de classement, qui déjà présente au moins deux avantages.

Il permettra à ceux que l'on pourrait qualifier de profanes, en regard des spécialistes, de mieux comprendre les leçons de ceux-ci en ne s'égayant pas sur le sens exact des mots. Il permettra de rattacher plus facilement les causes aux effets et *vice versa*.

Mais je veux lui poser une question à laquelle il est souvent difficile de répondre : Où finit la gingivite ? Où commence la paradentose ?

*M. Hulin.* — Pour répondre à M. Brochier, je lui dirai en deux mots que les gingivites se distinguent par leur caractère fugace et les paradentoses par leur caractère chronique. Les unes disparaissent avec la cause, les autres résistent aux traitements habituels.

*M. le Dr Delater.* — Je ne voudrais apporter aujourd'hui qu'une petite critique. Je crains qu'en maintenant l'appellation de paradentose, on ne se trouve un jour en contradiction avec la terminologie de la médecine générale. Dans celle-ci en effet, les termes qui se terminent en *ose* sont réservés aux affections d'étiologie non inflammatoire et celles en *ite* aux affections qui sont de nature inflammatoire. Ainsi voyons-nous les dermatoses répondre à des troubles trophiques de la peau, les dermatites à des troubles de cause microbienne ; nous voyons appeler arthroses des affections articulaires d'origine dystrophique, arthrites des affections d'origine microbienne, leur ensemble constituant le groupe des Arthropathies.

Or, si la pyorrhée alvéolaire désigne parfois, je le veux bien, des désordres primitivement dystrophiques, il ne me paraît pas contestable qu'elle désigne surtout des désordres où les microbes ont joué le rôle de cause provocatrice, de cause première ; où la perturbation générale a joué celui de cause favorisante, de cause seconde.

Je proposerais qu'on appelât les affections du parodonte, dans leur ensemble, des parodontopathies, en réservant à celles qui s'avèreront n'avoir pas une cause première inflammatoire le nom de parodontoses ; à celles qui s'avèreront microbiennes et qui un jour seront démontrées de plus en plus nombreuses, celui de parodontites. Ceci serait en conformité avec les appellations de la médecine générale.

*M. Hulin.* — Je dois vous dire que le terme de Paradentose a été créé bien avant son utilisation en France. Il a été ensuite admis par la F. D. I., puis par le Congrès de Paris. M. Housset, d'ailleurs, au sujet de ce terme, a soulevé le lièvre ; il est évident que d'après l'étymologie, c'est un sandwich latin-grec. Weski nous dit, d'autre part, en nous retournant le compliment, que c'est Malassez qui en est le père avec ses débris paradentaires.

J'ai d'ailleurs là une liste de mots semblablement bâtis par des Français.

Weski n'a considéré au début que le trouble dystropho-atrophique du conjonctif, c'est pourquoi il a préconisé un terme en *ose* ; plus tard il a été obligé d'admettre qu'il y avait aussi des formes inflammatoires, et la preuve, c'est qu'il a, au cours de sa classification, réservé une classe qu'il dénomma parodontose, forme exsudative. Je lui ai fait remarquer qu'un exsudat est une excrétion cellulaire normale et nous sommes arrivés à un accord très récemment. Il est évident que cette terminologie est susceptible d'être remaniée, mais il nous fallait à Zurich, et plus récemment faire le point, puis orner de noms ces états disparates cliniquement.

*M. le Dr Delater.* — Avant que la consécration officielle soit arrêtée, je crois qu'il faudrait proposer d'appeler la pyorrhée alvéolaire : parodontopathie, en réservant parodontose aux affections d'origine non inflammatoires, parodontite aux affections d'origine microbienne.

*M. le Dr Roy.* — Je ne puis discuter dans le détail la classification présentée par M. Hulin, car je ne puis en lire les détails sur le tableau où il l'a exposée ; néanmoins je veux lui dire, et il le sait par le petit exposé que j'ai envoyé à Zurich à la réunion de l'A. R. P. A. à laquelle je n'ai pu assister, que je suis partisan d'une classification beaucoup plus simple.

Je ne crois pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, il soit possible de faire une classification étiologique de la pyorrhée. J'estime qu'il y a une seule chose d'établie d'une façon certaine à ce sujet, c'est que la maladie est une dystrophie de cause générale et je pense, contrairement à ce que disait tout à l'heure M. Delater, que s'il y a des phénomènes inflammatoires sans dystrophie, ce n'est pas de la pyorrhée, c'est de la gingivite purement et simplement. La résorption alvéolaire dystrophique, cause de la pyorrhée, peut s'accompagner de phénomènes inflammatoires et ceux-ci ont pour conséquence le développement du cul-de-sac pyorrhéique ; or, ce cul-de-sac

apporte un élément d'aggravation considérable de la maladie et c'est pour-quoi, dans la classification que j'ai proposée, c'est l'existence ou l'inexistence de cette complication qui est la base des deux grands groupes cliniques que je propose d'établir avec les subdivisions répondant aux diverses modalités qui peuvent se présenter.

(Voir p. 801 la classification proposée par M. Roy.)

M. Ch. Hulin. — Pour répondre à M. le Dr Roy au sujet de la classification que nous proposons ce soir, il faudrait nous entendre, car la classification en question se trouve portée à la partie inférieure de notre tableau et se trouve réduite à son minimum, puisque nous n'y voyons que deux grandes classes divisées en quatre types cliniques.

M. le Dr Roy. — Je n'en vois pas un mot d'ici.

M. Hulin. — Vous pouvez y voir, pour répondre justement à votre désir de simplification, qu'il n'y a plus que deux grands groupes, un dans lequel le début et l'évolution entière de la maladie sont dominés par l'état inflammatoire, l'autre au contraire est dominée par l'atrophie.

Je sais que M. Roy ne veut pas admettre qu'il y ait un état pyorrhéique à début inflammatoire et, pourtant, je crois que la question est maintenant tranchée.

M. le Dr Roy. — Voulez-vous me permettre de vous expliquer comment je fais la différenciation. Cet état inflammatoire peut précéder la pyorrhée, mais ce n'est pas lui qui constitue la pyorrhée. Pour vous le montrer, je vais prendre la forme absolument typique de ces états-là ; c'est celle-ci : un individu ne se brosse pas les dents ; il a de la gingivite depuis que celles-ci sont poussées et il conserve cette gingivite pendant 20, 30, 40 ans, sans que ses dents, saleté à part, présentent de caractères anormaux apparents. Un beau jour ses dents se mettent à remuer, présentent le caractère de la pyorrhée ; ce n'est pas l'inflammation qui a amené ces phénomènes-là, car il avait de la gingivite depuis 20, 30, 40 ans ; il est devenu pyorrhéique le jour où son état général a subi une modification, du jour où il a fait de la résorption alvéolaire, non pas d'origine inflammatoire comme dans la gingivite, mais par suite d'une modification cellulaire diathésique, qui tient à des causes générales que personne actuellement ne peut préciser.

Si ce trouble humoral n'était pas survenu, cet individu, qui avait de la gingivite depuis toujours, serait resté pendant toute son existence, comme tant d'autres de ses semblables, avec de la gingivite, mais sans pyorrhée alvéolaire. Donc, ce n'est pas la gingivite qui constitue la pyorrhée ; elle n'en est qu'un phénomène accessoire, mais, dans le cas envisagé, et c'est le plus fréquent, c'est une complication, si je puis dire, avant la lettre, d'où la confusion que ce fait peut créer dans votre esprit. Mais il en est d'autres qui ne feront de la gingivite qu'après l'apparition de la pyorrhée, il en est d'autres qui n'en feront pas. Le phénomène essentiel de la maladie, c'est la résorption alvéolaire qui se produit par une cause générale indépendante de la cause locale, car il est incontestable que cette résorption alvéolaire peut se développer sans aucune cause locale, et par conséquent en rapport avec un trouble humoral d'ordre général.



*M. Hulin.* — Il y a sur ce tableau deux états particuliers qui sont cités et les chercheurs sont là sur la bonne piste pour démontrer qu'il y a deux formes : l'une inflammatoire, l'autre atrophique. Je veux parler du trouble du système réticulo-endothélial et du trouble du système fibro-fibroblastique.

*M. P. Housset.* — M. Hulin présente une classification étiologique, alors que celle préconisée par le Dr Roy est d'ordre clinique, la première est par conséquent plus compliquée que la seconde ; n'ayant pas les mêmes bases, elles ne peuvent guère se comparer.

Si, *a priori*, le tableau de M. Hulin paraît chargé, c'est qu'il comporte tous les éléments qui peuvent permettre d'établir un diagnostic étiologique et un diagnostic positif.

Il procède donc actuellement par analyse, une synthèse interviendra sans doute par la suite pour grouper ou coordonner des causes qui paraissent actuellement séparées.

Il est évident que nous ne pouvons plus nous contenter du terme de pyorrhée et que cette grande simplicité d'appellation n'incitait pas à mieux comprendre et par suite à rechercher davantage les différents facteurs de causalité.

Les recherches et les essais de terminologie des Allemands nous obligeaient d'ailleurs à tenir compte de leurs propositions en cherchant une unification. Il est très difficile de mettre d'accord tous ces essais de terminologie, puisque nous avons de multiples conceptions et tant de confusion dans leur confrontation, faute de recherches fondamentales suffisamment précises.

C'est ainsi que, dans un récent et remarquable travail, Tellier élargit la question en appliquant la notion des maladies de tissus aux paradontoses, l'école allemande, selon lui, considérant surtout les maladies d'organes. On ne peut cependant opposer l'école française à l'école allemande, car chez nous il n'existe pas d'unification et nous venons encore de constater ce soir que les divergences sont nombreuses.

Ce tableau est certainement très utile et s'il paraît trop chargé avec ses néologismes, il apporte une première classification des éléments. Dans l'avenir, il permettra des groupements et des simplifications terminologiques.

M. Delater a fait une remarque importante au double point de vue médical et étymologique et certes le terme paradontopathie, bien qu'il soit un peu lourd, pourrait permettre la subdivision en paradentose et paradentite, mais encore là l'étiologie et la pathogénie auront à intervenir.

Dans ces essais de classification nous procédons beaucoup par intuition, raisonnée certes et bien conforme à la méthode cartésienne. M. Hulin à ce sujet a fait quelques citations opportunes.

*M. Hulin.* — Je demanderai aux membres de l'A. R. P. A. de mettre leurs idées sur le papier afin de les transmettre à M. Jaccard, au Bureau International de Genève.

*M. le Président.* — Je me permettrai de demander personnellement à M. Hulin s'il a constaté un rapport entre une maladie qui s'appelle le tabès

supérieur, qui se manifeste par une résorption alvéolaire à des stades tout à fait différents avec ou sans suppuration, chute de dents, mal perforant, etc... Est-ce que la paradentose débute par une ébauche de sclérose des noyaux centraux du côté du nerf trijumeau ? Avez-vous étudié cette possibilité de sclérose dans cette maladie ? Il y a là une grosse question à élucider et que je serais heureux de voir trancher.

*M. Hulin.* — Il est évident que les grandes scléroses peuvent occasionner la chute prématurée des dents, mais cette chute, semblable par les résultats, n'est pas semblable par les moyens.

Somme toute, si l'on veut bien regarder le problème dans son ensemble, la pyorrhée n'existe pas, puisque la chute des dents est fatale ; cette affection ne fait que précipiter un phénomène normal qui fatalement se produira. La maladie ne devrait être considérée comme telle, seulement lorsqu'elle se manifeste dans le jeune âge.

*M. le Président.* — Il y a d'abord résorption alvéolaire dans la majorité des cas.

*M. Hulin.* — Chez l'individu qui vieillit, évidemment c'est habituellement ce que l'on constate cliniquement, puisqu'il suffit de prendre de l'âge pour voir cette résorption se manifester.

*M. le Président.* — Nous n'avons plus qu'à remercier M. Hulin de sa brillante communication qui a déclenché une discussion très serrée et des plus instructives, j'espère que, tôt ou tard, une lumière rapide se fera dans le traitement de cette maladie qui décime les plus belles dentitions, comme vous le savez.

Vu l'heure avancée, je me vois obligé de remettre la communication de M<sup>me</sup> Caen-Kanéko à la prochaine séance ; je m'en excuse et la prie de ne pas nous en tenir rigueur.

La séance est levée à 23 h. 30.

*Le Secrétaire général : Jean RIVET.*

\* \*

*Séance du 6 décembre 1932  
(Résumé)*

La séance est ouverte à 20 h. 45, sous la présidence du D<sup>r</sup> Desforges, Président.

*Le Président* annonce le décès du D<sup>r</sup> Siffre, retrace sa carrière professionnelle et demande à l'assistance d'observer une minute de silence afin d'honorer sa mémoire.

Il adresse ensuite ses félicitations au D<sup>r</sup> Solas, ancien Président de la Société d'Odontologie de Paris, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

La parole est donnée au D<sup>r</sup> Gernez, chirurgien de l'Hôpital Tenon, qui traite de l'*Electro-coagulation et de son association avec la Radiumthérapie pour le traitement des cancers buccaux* ; il insiste particulièrement sur ce mode opératoire, qui, ouvrant de nouvelles possibilités d'interventions chirurgicales, évite aux patients les hémorragies et les douleurs post-opératoires. Puis il cède la place au D<sup>r</sup> Mallet, qui expose la technique des appareils porte-radium transcutanés et intra-buccaux. Un film montre les temps opératoires.

M<sup>me</sup> Caen-Kaneko fait projeter et commente une série de radiographies occlusales et extra-buccales.

M. Puthod présente un canalomètre et un pivomètre à repérage automatique et une instrumentation adaptée à ce procédé.

M. H. Villain insiste sur l'ingéniosité de ce procédé.

Parmi les incidents de la pratique journalière, M. G. Villain rapporte ensuite un curieux cas de résorption radiculaire sous-gingivale.

La séance est levée à 23 h. 30.

Le Secrétaire général : Jean RIVET.

## SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance mensuelle du 25 octobre 1932

La Société Odontologique de France s'est réunie le 25 octobre 1932, sous la présidence du D<sup>r</sup> G. Maurel, Président.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté, la parole est donnée à M. Fourquet, qui fait un compte rendu moral du LVI<sup>e</sup> Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences et, en particulier, de la XIV<sup>e</sup> Section dont il fut le Président.

M. Fourquet remercie les nombreux Confrères français et étrangers qui, par leur présence, donnèrent un éclat tout particulier à cette grande manifestation ; d'autre part, il adresse ses remerciements aux membres du bureau qui ont collaboré activement à l'organisation de ce Congrès.

Le D<sup>r</sup> G. Maurel adresse ses félicitations au rapporteur pour le magnifique succès qu'il a obtenu.

Le Président donne ensuite la parole à M. Max Filderman pour sa très intéressante communication sur les indications respectives du traitement conservateur et de l'extraction des dents de sagesse cariées. L'auteur s'est attaché à démontrer que les dents de sagesse cariées du maxillaire supérieur sont la plupart du temps d'un abord extrêmement difficile et ne peuvent être traitées d'une façon rationnelle. De ce fait, elles sont justiciables de l'avulsion. Par contre, les dents de sagesse du maxillaire inférieur se trouvent dans un champ opératoire infiniment plus accessible et peuvent bénéficier d'un traitement conservateur.

Prennent part à la discussion : M. Seimbille, D<sup>r</sup> Frison, MM. Lebrun, Chapoy, D<sup>r</sup> Maurel.

Les affections du tube digestif, dans certains cas, ont une répercussion sur le système bucco-dentaire ; aidés d'observations, le D<sup>r</sup> Dreyfus et M. Sapet apportent des preuves cliniques sur cette importante question.

Prennent part à la discussion les D<sup>rs</sup> Rolland et Grandclaude, MM. Frison, Fourquet, le D<sup>r</sup> G. Maurel.

Le D<sup>r</sup> Bernard fait une étude sur l'emploi du formol en thérapeutique dentaire. L'auteur met sur le compte de ce produit divers accidents et en particulier la formation de granulomes.

Prennent part à la discussion : M. Fourquet, D<sup>r</sup> G. Maurel.

La séance est levée à 11 h. 45.

Le Secrétaire des Séances : M. VABOIS.



## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### VII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE

*Nous avons annoncé, dans notre fascicule d'octobre, que le VII<sup>e</sup> Congrès Français de Stomatologie s'est tenu du 3 au 8 octobre dernier, à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence du D<sup>r</sup> A. Bozo.*

*A signaler les travaux suivants, parmi ceux qui ont été présentés :*

D<sup>r</sup> FREY. — *Considérations pathogéniques sur la « lacune cunéiforme » et sur la « mylolyse ».*

Sous l'influence du trouble des mutations nutritives (arthritisme), la dent peut présenter un état dystrophique appelé *lacune* ou *mylolyse*, suivant son étendue apparente. Il atteint aussi bien les dents à hyaloplasma riche que celles à hyaloplasma pauvre. La lésion est provoquée par le micro-traumatisme à répétition du brossage et de la mastication. Sa pathogénie se trouve enfermée dans les limites d'un trinôme : l'arthritisme qui trouve dans les dents des organes terminaux sensibles aux troubles locaux de la circulation ; le terrain dentaire ; le micro-traumatisme.

Cet état dystrophique est appelé à prendre rang dans la pathologie générale.

D<sup>r</sup> MARCEL DARCISSAC. — *Fausses routes et perforations radiculaires.*

L'auteur décrit une technique personnelle qu'il a eu l'occasion d'appliquer dans dix cas environ de perforations radiculaires et qui lui a permis de conserver en parfait état des dents dont l'avenir pouvait être considéré comme très compromis. Des radiographies confirment la guérison, en montrant la régénération osseuse au niveau des foyers osseux en rapport avec la perforation.

D<sup>rs</sup> MARCEL DARCISSAC, THIBAUT, HENNION. — *Ostéite fibreuse du maxillaire supérieur.*

« A propos d'un cas d'ostéite fibreuse du maxillaire supérieur », les auteurs montrent les bons résultats d'une opération modelante qui leur a permis de corriger la déformation de la crête alvéolaire et d'établir une prothèse complète qu'il avait été impossible d'appliquer avant l'intervention.

D<sup>r</sup> JAMES T. QUINTERO. — *Quelques moyens pratiques d'atténuer les complications post-opératoires dans les interventions intrabuccales et en particulier dans les extractions.*

Laissant délibérément de côté les complications dues au terrain lui-même, l'auteur montre qu'il est facile, en prenant un certain nombre de précautions, d'atténuer dans une très large mesure et souvent même d'éviter totalement des incidents comme les douleurs post-opératoires, des accidents

comme les hémorragies et les infections. Il préconise dans ce but une technique basée sur plusieurs années d'expérience et qui lui a généralement valu d'excellents résultats.

D<sup>r</sup> F. ACKERMANN. — *L'articulé dentaire.*

M. Ackermann, de Genève, présenta un rapport très étudié sur le problème de l'articulé dentaire, qui, selon lui, doit être polytechnique, géométrique, mécanique, mathématique et physiologique. Le rapport du D<sup>r</sup> Ackermann donne de nombreuses conclusions pratiques.

D<sup>r</sup> A. PONT. — *Influence et importance de l'hérédité dans les malpositions dento-maxillaires.*

L'auteur, se basant sur des recherches anthropologiques et sur les expériences de Mendel, démontre qu'à côté des lésions acquises, il existe des malpositions dento-maxillaires par hérédité pure.

Ces notions sont importantes à connaître, non seulement du point de vue scientifique, mais du point de vue pratique, car elles donnent des directives très importantes pour le traitement et la thérapeutique.

L'auteur a délimité six variétés de ces lésions par hérédité pure :

1<sup>o</sup> Le prognathisme inférieur héréditaire qu'il propose d'appeler maladie de Galippe.

2<sup>o</sup> Le rétrognathisme inférieur qui donne au patient un profil moutonnier.

3<sup>o</sup> La bi-protusion des maxillaires ou maladie de Case.

4<sup>o</sup> L'atrésie des maxillaires.

5<sup>o</sup> Les cas d'enfants ayant hérité les dents trop grandes d'un de leurs ascendants et les maxillaires trop étroits de l'autre ascendant.

6<sup>o</sup> Le cas contraire d'enfants ayant des dents trop étroites pour des maxillaires trop grands.

Prof. agrégé C. GRANDCLAUDE et D<sup>r</sup> GÉRARD MAUREL. — *Les tumeurs à myéloplaxes du maxillaire supérieur.*

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer, depuis 7 ans, quatre cas de ces tumeurs rares opérées par l'un d'eux et actuellement guéries. Ils situent ces tumeurs endo-osseuses (tumeurs à cellules géantes, anciens sarcomes à myéloplaxes) à leur véritable place nosologique et insistent sur leurs distinctions cliniques avec les épulis, tumeurs du bord alvéolaire, et leurs différences histologiques et pronostiques essentielles avec les sarcomes vrais du maxillaire supérieur.

---

### III<sup>e</sup> CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

*Ainsi que nous l'avons annoncé, ce Congrès s'est tenu à la Faculté de Médecine de Paris, les 7 et 8 octobre 1932, sous la présidence d'honneur des Professeurs Sebileau, de la Faculté de Paris, Eastman Sheehan (New-York), Corachan (Barcelone), Ricardo Horno Alcorta (Saragosse), Manna (Rome), Jiano (Bucarest), Burian (Prague), et sous la présidence du Dr Dartignes (Paris)*

*Parmi les travaux présentés nous signalerons les suivants :*

Dr Pierre ROBIN (Paris). — *Esthétique du profil facial dans ses rapports avec la denture. Physiologie de la mastication normale chez l'homme.* — Dans un exposé rapide, l'auteur démontre les relations du profil facial et des mâchoires en rapport également avec leur physiologie. Présentation de photographies où s'affirment les différences remarquables obtenues par son traitement. Améliorations physiologiques et esthétiques.

Pr JIANO (Bucarest). — *Résultats opératoires dans l'ankylose temporo-maxillaire.* — L'objet de cette communication est de présenter deux résultats thérapeutiques, obtenus dans l'ankylose temporo-maxillaire, consécutive au typhus exanthématique et à la variole. — *Restauration du pénis et d'urèthre*, chez un malade qui à la suite d'une ulcération phagédénique a perdu presque en totalité son pénis, ainsi que l'urèthre pénien.

Dr BURIAN (Prague). — *Reconstruction autoplastique en cas de perte de substance latérale du nez. Rhinoplastie totale unilatérale.* — L'auteur décrit deux méthodes : méthode à lambeau frontal, et méthode à lambeau brachial tubulé, et montre des photographies de malades ayant eu de bons résultats dans les deux cas.

Pr RACOVEANU (Bucarest). — *Contribution à la chirurgie esthétique du nez.* — L'auteur accorde sa préférence à l'auto-greffe, puis à l'homo-greffe prélevée le plus souvent sur le cartilage costal. A son point de vue, le cartilage est très supérieur à l'os.

Dr Gérard MAUREL. — *Séance opératoire.* — Opération plastique endo-buccale. Présentation de malades opérés : 1) Deux hémi-résections totales du maxillaire supérieur pour tumeurs à myéloplaxes ; 2) Une ankylose temporo-maxillaire guérie ; 3) Un bec-de-lièvre unilatéral total opéré.

Dr DUFOURMENTEL (Paris). — *Le rôle et l'avenir des greffons cartilagineux dans la chirurgie réparatrice de la face.*

---



**FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)**26<sup>e</sup> SESSION*(Zurich, 2-8 août 1932)*

La F. D. I. a tenu sa 26<sup>e</sup> session annuelle à Zurich, du 2 au 8 août 1932, avec l'ordre du jour publié dans notre numéro de juin, p. 404.

Le mardi 2 août, à 21 heures, la Société Suisse d'Odontologie reçut les membres de la F. D. I., au Grand Hôtel Dolder.

M. Walter, président de la Société, souhaite la bienvenue.

M. G. Villain, président de la F. D. I. remercie la Société de son hospitalité et les personnalités présentes d'avoir, en grand nombre, répondu à l'appel du Comité.

Le mercredi 3, à 10 heures, ouverture solennelle de la session, dans la grande salle « Aula », de l'Université.

Ont pris place au bureau : M. G. Villain, président de la F. D. I., qui a laissé le fauteuil présidentiel au Dr Carrière, chef du département fédéral de l'hygiène, remplaçant M. Motta, président de la Confédération Helvétique ; le Dr Streuli, président du Conseil d'Etat du Canton de Zurich ; le Professeur Dr Ludwig Kohler, représentant l'Université de Zurich ; le Vicomte de Casa Aguilar, président honoraire de la F. D. I. ; le Dr P. Walter, président de la Société Suisse d'Odontologie ; M. Nord, secrétaire général de la F. D. I.

Le Dr Carrière apporte les excuses du Président de la Confédération Helvétique, retenu à Berne par les devoirs de sa charge ; puis il souhaite la bienvenue aux membres de la F. D. I., qui groupe aujourd'hui des membres de 42 nations.

Il fait ressortir l'importance de l'Odontologie, qui est une Science véritable et dont le perpétuel développement doit concilier de plus en plus les bienfaits de la technique avec ceux de la culture générale ; c'est dans ce sens qu'évoluent, de leur côté, les pouvoirs publics qui, dans l'actuelle révision des examens fédéraux pour le diplôme de Médecin-Dentiste, allient dans une judicieuse proportion les éléments de connaissances à la fois générales et spéciales.

C'est d'ailleurs, rappelle le Dr Carrière, à un dentiste zurichois, le Prof. Gysi, qu'un jury, composé de nombreux médecins, mais où ne figurait aucun dentiste, attribua le prix Marcel Benoit, institué pour récompenser le savant ayant fait le travail le plus utile à l'hygiène et à la santé des individus.

L'orateur se fait également l'interprète du gouvernement qu'il représente pour signaler l'émotion de l'opinion publique, alertée maladroitement, il en est convenu, par l'annonce du projet de concours qui serait institué par la F. D. I. pour la recherche du meilleur traitement des affections des canaux radiculaires, concours que l'on accuse de devoir sacrifier un certain nombre d'animaux, en particulier des chiens. Le chef du département de l'hygiène suggère, en conséquence, au Bureau de la F. D. I., de faire le né-

cessaire pour éclairer précisément l'opinion publique et dissiper un malentendu dont les échos arrivent aux portes mêmes du Gouvernement Fédéral.

Les travaux sont alors officiellement inaugurés avec les vœux du Gouvernement Fédéral pour leur succès.

Le Dr Streuli, Président du Conseil d'Etat du Canton de Zurich, exprime la satisfaction du Gouvernement Cantonal, de voir la ville de Zurich choisie pour siège de la 26<sup>e</sup> session de la F. D. I.

Le Prof. Kohler assure les membres de la F. D. I. de l'hospitalité de l'Université qu'il représente à cette séance.

M. Walter, président de la Société Suisse d'Odontologie apporte, lui aussi, les vœux de ses confrères Suisses, qui accueillent pour la troisième fois les praticiens de tous les pays réunis sous l'égide de la F. D. I.

M. Geo. Villain, président en exercice, passe en revue ses prédécesseurs et les qualités qui s'attachent à leur mémoire : Godon, de Paris ; Miller, de Berlin ; Paterson, de Londres ; Brophy, de Chicago ; Aguilar, de Madrid ; il veut limiter son ambition à « Servir » de son mieux, la cause odontologique et le développement fraternel des relations dentaires internationales.

Répondant aux objections présentées par le Dr Carrière au sujet du projet de concours qui a si injustement alarmé l'opinion publique, M. G. Villain fait observer que la conscience des savants les place au-dessus du soupçon de sacrifier inutilement des animaux, même quand ce sacrifice est nécessaire, à la recherche d'une meilleure santé de l'Humanité.

Toutefois, si la F. D. I. se propose de poursuivre tous ses efforts, car elle en a déjà fait dans ce sens pour éclairer l'opinion et lui faire connaître la réalité des faits qui ont été systématiquement déformés à ses yeux, elle s'oppose, et son Président le fera de toute son énergie, à ce qu'on limite arbitrairement la liberté de recherche des savants. C'est dans ce sens qu'il fait appel aux gouvernements et spécialement au Gouvernement Fédéral Suisse, pour leur demander de bien comprendre la portée et les conditions réelles du projet de concours encore à l'étude, et de ne pas se laisser influencer par des campagnes tendancieuses ou mal documentées.

Le Président répond ensuite à la bienvenue des autorités et des confrères suisses, leur disant sa joie de se retrouver dans leur pays où ils s'étaient déjà rencontrés, à Genève en 1906 et en 1923. Il rend hommage à la cordiale hospitalité de la ville de Zurich dont les enfants jouèrent un rôle glorieux dans la lutte pour l'indépendance et dans l'histoire de leur Patrie ; Zurich, capitale industrielle et commerciale, douée d'un riche passé, est également une ville des sciences et son Université réunit à la fois l'Ecole polytechnique fédérale, si justement réputée et plusieurs écoles d'application technique. On y respire cette atmosphère si agréable aux cœurs généreux : « Un idéal d'Union dans la Liberté par la Solidarité ».

Le Dr Carrière remercie M. G. Villain de son allocution et fait l'appel des délégués étrangers qui viennent apporter chacun le salut confraternel de son pays respectif, ce sont :

Pour l'Allemagne.....	MM. Linnert.
— l'Angleterre .....	Guy.

Pour l'Autriche .....	MM. Gottlieb.
— la Belgique.....	Joachim.
— le Danemark .....	Haderup.
— l'Espagne.....	Aguilar.
— la France .....	Henri Villain.
— les Pays-Bas.....	Van Hasselt.
— les Indes Néerlandaises (Java)....	Ziegler.
— l'Italie.....	Goia.
— le Grand Duché de Luxembourg ..	Waldbillig.
— la Suisse.....	Jaccard.
— la Tchéco-Slovaquie.....	Cszerny.

\* \* \*

A 11 h. 30 s'est ouverte l'Assemblée générale de la F. D. I.

M. Nord, secrétaire général, donne lecture de la correspondance :

Lettre de la British Dental Association qui propose de remplacer le concours envisagé pour le traitement des canaux radiculaires par l'octroi d'une subvention à des laboratoires spécialisés dans ce genre de recherches, laboratoires dont le nombre restreint ne risquera pas de multiplier inutilement les expériences indispensables, et qui sont soumis à un contrôle scientifique susceptible de rassurer entièrement l'opinion publique à ce sujet.

Le Président propose de nommer une Commission chargée d'étudier cette question et de lui donner la publicité nécessaire.

Le Secrétaire général donne lecture de son rapport.

Il salue la mémoire de plusieurs confrères décédés depuis la dernière session et fait part d'un certain nombre de conclusions adoptées par le Bureau aux réunions de Paris 1931 et de La Haye 1932, relatives notamment aux problèmes financiers soulevés par les traductions, le *Bulletin* et le service de documentation internationale.

Il donne les raisons économiques de l'impossibilité de se réunir à Toronto. Tout en regrettant cette décision, nos confrères canadiens en ont parfaitement admis les motifs et ont proposé de reporter à une date ultérieure l'invitation qui reste toujours valable à leurs yeux.

Il explique l'émotion soulevée dans la presse de nombreux pays, fâcheusement avertie du concours de la F. D. I. par la communication tendancieuse et erronée d'un praticien allemand, parlant sans aucun mandat et dont l'attitude est désavouée par ses compatriotes siégeant à la F. D. I.

Il rend compte également des travaux de la Commission préparatoire du prochain Congrès et fait remarquer, par l'importance de la correspondance échangée avec tous les pays, l'intérêt suscité par le travail et les résultats obtenus sur le plan de la science internationale par la F. D. I.

Il remercie enfin nos confrères Suisses et notamment M. Walter pour leur laborieuse bonne volonté à mettre sur pied la réunion de la 26<sup>e</sup> session.

Le rapport du Secrétaire général est adopté à l'unanimité et des félicitations sont jointes à ce vote sur la proposition de MM. Gilmour et Quintero, en hommage au travail considérable fourni par M. Nord.



La Commission d'étude des propositions relatives au concours pour les traitements radiculaires est désignée avec la composition suivante :

MM. Gottlieb, de Vienne, président de la Commission de Recherches Scientifiques ; Guy et Gilmour, de Grande-Bretagne ; Euler, d'Allemagne Oscar Muller, de Bâle ; le Président et le Secrétaire général de la F. D. I.

Le rapport du trésorier, M. Rowlett, est lu par M. Van Hasselt, vice-Président de la F. D. I. et ancien trésorier, son auteur ayant dû se rendre au Canada. Cependant, M<sup>lle</sup> Rowlett, aimable et dévouée collaboratrice de son père, est demeurée à Zurich, dans le but de donner tous renseignements complémentaires qui pourraient être demandés.

M. Jaccard propose la désignation d'un trésorier-adjoint. Renvoyée à la Commission de législation pour accord avec les statuts.

M. Aguilar donne lecture du rapport du Comité financier chargé de l'administration du capital de la F. D. I.

Il est décidé que, pour les titres, la valeur actuelle devra figurer en face de la valeur d'achat.

Les admissions et démissions sont renvoyées pour examen préalable à la Commission de législation.

La préparation du budget de 1932-1933 est renvoyée à la Commission du budget.

Quatre motions du Comité national polonais sont renvoyées aux Commissions compétentes.

A l'issue de la réunion, M. Goia remet au Président la médaille d'or que lui décerne la Fédération Dentaire Italienne, en hommage de reconnaissance du travail effectué par M. G. Villain, lors du Congrès International de Paris, travail qui en assura l'éclatant succès.

\* \* \*

Au cours des journées suivantes, les Commissions se sont réunies pour accomplir les travaux inscrits à l'ordre du jour.

La Commission de législation s'est adjoint, conformément à l'art. 1<sup>er</sup> du Règlement (travaux des Commissions), cinq membres nouveaux pour compléter sa composition.

Elle a examiné le vœu (1) de la Section XVI du Congrès de 1932 relatif à l'identification internationale par l'estampillage des travaux dentaires, qu'elle n'a pas été d'avis d'adopter, en raison des difficultés que présenterait cet estampillage.

Elle a émis l'avis de l'envoi d'un questionnaire aux Comités nationaux des divers pays pour connaître la situation des mécaniciens en prothèse dentaire par rapport aux praticiens dentistes.

La Commission émet un avis favorable touchant les demandes d'admission dans la F. D. I.

La Commission des relations avec les organisations internationales a tra-

---

(1) Tous les vœux dont il est question dans ce compte rendu ont été publiés dans *L'Odontologie* de novembre, p. 745 à 753.

cé son programme de travail du prochain exercice, a proposé l'envoi de l'archiviste de la F. D. I., comme délégué à la XI<sup>e</sup> conférence internationale de documentation à Francfort-sur-le-Main, a demandé au Conseil exécutif d'accorder son égide officielle à l'A. R. P. A. et a insisté vivement pour que le Conseil exécutif maintienne énergiquement les droits de la libre recherche scientifique.

Elle s'est adjoint douze membres et a nommé trois membres associés.

La Commission d'hygiène s'est adjoint neuf membres et a nommé cinq membres associés, a constitué quatre sous-Commissions (soins dentaires) : a) âge préscolaire ; b) âge scolaire ; c) chez l'adulte ; d) propagande dentaire. Après diverses questions de détail, elle a chargé son Bureau d'entrer en relations avec un éditeur pour la publication d'un journal international consacré à l'hygiène bucco-dentaire à certaines conditions.

La Commission de terminologie a adopté diverses désignations pour la nomenclature dentaire.

La Commission de l'armée, de la marine et de l'air s'est adjoint trois membres, a exprimé le vœu que les Comités nationaux de chaque pays désignent des délégués (dentistes militaires) pour établir l'état actuel de la dentisterie militaire.

La Commission de la presse s'est adjoint sept membres et a désigné un membre associé. Elle a décidé de continuer l'envoi des communiqués aux journaux professionnels et de procéder à un classement de ces journaux, suivant leur nature, pour en faire la base ultérieure d'un annuaire dentaire mondial.

La Commission d'enseignement s'est adjoint 10 membres. Elle a adopté les vœux émis par les 1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> Sections du Congrès de Paris, renvoyé à la Commission de documentation le vœu de la 16<sup>e</sup> Section et à la Commission d'hygiène celui de la 13<sup>e</sup> Section.

Elle a décidé de continuer l'enquête entreprise en la faisant porter en 1933, sur l'anatomie, la prothèse pratique et la métallurgie.

La Commission de documentation s'est adjoint cinq membres et a émis l'avis de dresser un inventaire bibliographique ininterrompu, d'en favoriser la publication et d'accorder son appui moral à une œuvre de ce genre. Elle a désigné l'archiviste de la F. D. I. comme délégué au Congrès de Francfort-sur-le-Main.

La Commission de recherches scientifiques a présenté un programme de travail des prochains Congrès dentaires internationaux relatif à la division en sections, à l'emploi du temps, aux rapports et aux démonstrations. Elle a proposé la nomination d'une Commission de quatorze membres pour les branches de l'art dentaire.

Les propositions adoptées ont été soumises au Comité Exécutif pour ratification.

*M. Fontanel*, trésorier du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, présente le rapport financier arrêté le 30 juin 1932, qui montre un équilibre parfait. Le rapport définitif ne pourra être établi qu'après la publication

et l'expédition des comptes rendus. Tous les autres comptes sont arrêtés et réglés. Le Conseil exécutif statuera donc à la session de 1933.

Il est décidé que la prochaine session (1933) aura lieu en Grande-Bretagne fin juillet pour permettre aux délégués de la F. D. I. de se rendre ensuite au Congrès commémoratif de Chicago.

\*  
\*  
\*

Un programme d'excursions et de visites avait été établi par le Comité local, programme qui fut malheureusement gâté en partie par le mauvais temps persistant.

Cependant, le Comité Directeur des Etablissements de Trey et C<sup>ie</sup>, avait convié les congressistes à visiter leur usine de fabrication, d'emballage et d'expédition des matières d'obturation et produits dentaires (gencivex, dentocoll).

Reçus par M. Emmanuel de Trey, qui leur souhaite la bienvenue, les membres de la F. D. I., divisés en trois groupes, de langue allemande, anglaise et française, visitèrent les usines, ateliers et magasins, sous la conduite des hauts dirigeants de la Société.

A l'issue de la visite, un repas froid fut offert aux visiteurs.

Dans la soirée, nos confrères de la Société Suisse d'Odontologie organisèrent une réception à l'hôtel Sommenberg.

Au nom de ses compatriotes les Neuchâtelois, M. Jaccard dit toute la joie de la section cantonale zurichoise, de la Société Suisse d'Odontologie, d'avoir reçu la mission d'accueillir la 26<sup>e</sup> session de la F. D. I., allocution à laquelle répondit M. Geo. Villain.

Des allocutions furent tour à tour prononcées en italien par M. Guerini ; en allemand, par M. Linnert ; en anglais, par M. Guy ; en français, par le néerlandais M. Van Hasselt ; enfin en français et en allemand, pour la Suisse, par les D<sup>rs</sup> Ulysse et Walter.

Les réceptions de la session se sont terminées par un grand banquet à l'hôtel Dolde, au cours duquel M. Geo. Villain remit à l'archiviste, pour le Centre Documentaire de la F. D. I., le premier exemplaire des comptes rendus du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, broché en 18 fascicules : 1 de rapports généraux, 17 de sections (1 pour chacun).

Le 19<sup>e</sup> fascicule (organisation générale, démonstrations et expositions) fut présenté en épreuves.

Robert CHARLET et H. VILLAIN.

---

### SEMAINE ODONTOLOGIQUE DE 1933

La Semaine Odontologique de 1933 aura lieu au Grand Palais des Champs-Élysées, salles Jean-Goujon, du 25 mars au 2 avril 1933, comme les années précédentes.



# BULLETIN

## de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France

### Intérêts professionnels

#### QUESTIONS FISCALES

Dans l'étude du budget général de 1933, le Gouvernement actuel insiste sur la faiblesse du rendement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, depuis l'institution de l'impôt sur les revenus.

Dans différents articles de quotidiens, on a pu lire que le Gouvernement se propose d'établir le carnet à souches pour tous ces professionnels, c'est-à-dire l'obligation de délivrer un reçu détaché de ce carnet pour toute somme reçue. On citait l'essai de ce mode de contrôle qui fut fait en Belgique et qui fut d'ailleurs très vite abandonné comme insuffisamment efficace.

Devant les protestations des syndicats de médecins, d'avocats, de dentistes, etc., etc..., contre cette paperasserie nouvelle, le gouvernement belge ne donna pas suite à ce projet.

Le gouvernement français vient de donner officiellement son avis dans l'exposé des motifs du budget de 1933.

Nous en détachons l'article 5 qui se rapporte à notre profession et qui est, pensons-nous, de nature à intéresser tous nos confrères :

ART. 5. — *Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. — Substitution de commissions de taxation aux commissions consultatives.* — Aux termes de l'article 59 des lois codifiées (décret du 15 octobre 1926), lorsqu'en matière d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales le contrôleur des contributions directes se trouve en désaccord avec le contribuable sur le montant du bénéfice déclaré par celui-ci, le différend est soumis à l'appréciation d'une commission consultative siégeant au chef-lieu du département.

Cette Commission comprend le Président du tribunal civil du chef-lieu ou, à son défaut, un juge de ce tribunal, président, un avocat, un notaire, un médecin et un inspecteur des contributions directes qui remplit les fonctions de secrétaire-rapporteur avec voix délibérative.

Dans les départements où les professions littéraires, scientifiques et artistiques présentent une importance suffisante, il peut être adjoint à la commission un représentant de chacune de ces professions ou seulement de l'une ou de l'autre d'entre elles.

En outre, les contribuables dont la profession n'est pas représentée en permanence à la Commission ont le droit de réclamer, pour l'examen de leur cas personnel, la présence d'un représentant de leurs syndicats ou associations corporatives.

Enfin l'article 12 de la loi de finances du 31 mars 1932 a appelé à siéger dans les commissions un membre de la Chambre de commerce, un inspecteur des contributions indirectes et un inspecteur de l'enregistrement.

\*  
\*  
\*

L'institution des commissions consultatives, réalisée par l'article 12 de la loi du 4 avril 1926, devait, dans l'esprit des législateurs, améliorer le rendement d'une cédule dont le produit s'est révélé particulièrement faible depuis l'institution des impôts sur les revenus.

Mais cette réforme n'a pas donné les résultats escomptés, comme le démontre le tableau suivant qui indique, par catégorie, le nombre de contribuables des professions libérales imposés en 1930 et 1931 :

CATÉGORIES DE BÉNÉFICES	I PROFESSIONS LIBÉRALES		II CHARGES ET OFFICES	
	Nombre de Contribuables imposés		Nombre de Contribuables imposés	
	en 1930	en 1931	en 1930	en 1931
Moins de 10.000 fr. . . .	(exemption)	(exemption)	3.361	3.145
10.000 à 20.000 fr. . . .	26.154	24.410	2.970	2.832
20.000 à 40.000 fr. . . .	22.920	22.908	3.056	3.002
40.000 à 50.000 fr. . . .	4.791	5.134	860	869
Au-dessus de 50.000 fr.	8.781	9.296	2.545	2.678
<i>Totaux. . . . .</i>	62.646	61.748	12.792	12.526

Sans doute en 1930 et 1931 l'élément administratif dans les Commissions n'avait pas encore été renforcé par l'article 12 de la loi du 31 mars 1932 ; mais comme cette disposition laisse la majorité aux représentants des contribuables, il est permis de douter de son efficacité.

Une réforme véritable s'impose.

Le nouveau système que nous vous proposons modifie le caractère de la commission, sa compétence territoriale, sa composition.

Si elle n'intervient toujours qu'en cas de désaccord entre le contribuable et le contrôleur, la commission cesse d'être un organisme consultatif ; elle devient un organisme de taxation ; c'est elle qui fixe les bases de l'impôt, le contribuable conservant, bien entendu, le droit de contester ces bases devant la juridiction administrative après la mise en recouvrement du rôle. La commission statuera également, s'il y a lieu, sur l'application des pénalités pour insuffisance de déclaration.

Alors que la commission actuelle est départementale et se trouve ainsi trop éloignée des réalités pour avoir la connaissance indispensable des problèmes individuels, la compétence de la nouvelle commission de taxation sera limitée au canton. Toutefois, à Paris, il sera constitué une commission par arrondissement, et, dans la banlieue immédiate de Paris, une commission fonctionnera dans la circonscription de chaque conseiller général de la Seine.

Enfin, la Commission comprendra d'une part, en majorité, des fonctionnaires des Administrations financières, un agent supérieur des contributions directes chargé de la présider, le contrôleur des contributions directes, le receveur de l'enregistrement et le percepteur du canton ; d'autre part, des membres étran-

gers à l'administration, qu'il a paru expédient de choisir parmi les répartiteurs, habitués aux questions d'impôts directs, et qui, en raison de leurs connaissances locales, seront comme les fonctionnaires du canton, aptes à apprécier l'importance des bénéfices réalisés par les redevables appelés devant la Commission. Les répartiteurs sont soumis, comme les fonctionnaires, à l'obligation du secret professionnel.

Rien n'est innové pour la procédure de comparution devant la Commission de taxation. Il est toutefois prévu, d'une manière explicite, que les comparants pourront se faire assister par une personne de leur choix ou déléguer un mandataire muni d'un pouvoir régulier.

\* \* \*

Nous attendons de cette réforme un supplément de recettes de 100 millions de francs au titre de l'impôt cédulaire et de 50 millions de francs au titre de l'impôt général, soit au total 150 millions de francs.

#### ARTICLES DU PROJET DE LOI

Les articles 59 à 62 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) sont modifiés comme suit :

ART. 59, 2<sup>e</sup> *alinéa*. — Si le désaccord persiste, il est soumis à une commission de taxation, siégeant au chef-lieu de chaque canton et dont la composition et le fonctionnement sont réglés par les articles 60 et 61 ci-après :

ART. 60. — La Commission prévue à l'article précédent comprend les membres ci-dessous :

« Un inspecteur principal ou un inspecteur des contributions directes, président ;

« Le contrôleur des contributions directes, le receveur de l'enregistrement et le percepteur des contributions directes du lieu de l'imposition ;

« Deux contribuables désignés par le directeur des contributions directes parmi les répartiteurs des communes du canton n'exerçant pas une profession comprise dans la cédula des professions non commerciales. Ces deux membres sont, comme les agents de l'Administration, soumis aux obligations du secret professionnel prévues par l'article 109 ci-après.

« A Paris, il est constitué une commission dans chaque arrondissement. Dans la banlieue de Paris, une commission fonctionne dans la circonscription de chaque conseiller général de la Seine ».

ART. 61. — « La commission délibère valablement à condition qu'il y ait au moins trois membres présents, y compris le président. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

« La commission se réunit sur la convocation de son président. Convoqués dix jours au moins avant la réunion, les contribuables intéressés sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites. Ils peuvent se faire assister par une personne de leur choix, ou déléguer un mandataire dûment habilité.

« Après avoir entendu les explications du contribuable ou pris connaissance de ses observations, la commission fixe la base de l'imposition. Elle statue également sur l'application de la majoration prévue à l'article 63 ci-après. »

ART. 62. — « La décision de la commission est notifiée au contribuable, qui peut la contester par voie de réclamation après l'établissement du rôle, à charge par lui d'apporter la preuve de son bénéfice réel. » Etc., etc...



Comme nous venons de le lire, le gouvernement trouve insuffisant le contrôle de la commission précédente présidée par le Président du Tribunal civil, dans laquelle siégeait un représentant de chacune des professions libérales dont certains membres étaient convoqués.

Il ajoute :

*La majorité étant laissée aux représentants des contribuables, il est permis de douter de son efficacité.*

*Une réforme véritable s'impose.*

Et il propose une autre commission qui, cette fois, ne serait plus *consultative*, mais bien *taxative*, composée presque entièrement de fonctionnaires des Finances et de quelques répartiteurs soumis, comme ces derniers, au secret professionnel.

Ce qui veut dire en bon français : suppression des représentants des syndicats professionnels qui semblaient trop enclins à défendre leurs confrères contre l'Administration. C'est là une innovation très fâcheuse pour nous, qui peut avoir les pires conséquences.

En effet, dans cette commission consultative réunie au Palais de Justice, nous avons siégé un certain nombre de fois, et comme nous le disions dans notre rapport moral à l'Assemblée générale de l'A. G. S. D. F., du mois d'avril dernier, nous avons pu, à plusieurs reprises, faire rendre justice à certains de nos confrères taxés un peu arbitrairement.

Combien de fois avons-nous discuté et bataillé même avec le Président, l'inspecteur des contributions directes, qui soutenaient qu'un dentiste a toujours 50 % au moins de bénéfice sur le chiffre d'affaires.

Souvent, nous avons pu faire rendre entière justice au confrère incriminé.

Dans cette nouvelle commission, le confrère sera bien entendu, lui ou son représentant comme précédemment, mais ensuite qui le défendra au cours de la délibération ?... Personne, et c'est là le gros écueil. Il faudrait donc obtenir, et c'est là le rôle des syndicats, que ces derniers soient à nouveau représentés dans cette nouvelle commission chaque fois au moins qu'un des leurs sera appelé à comparaître.

Et pour conclure, que faut-il penser de ce nouveau projet ?... Verra-t-il le jour ?... Qui peut le dire ?...

Il doit être étudié et adapté par les commissions des finances des deux Chambres, puis adopté par ces dernières.

D'ici là, il a le temps d'être remanié et même complètement démoli, donc ne nous inquiétons pas trop à l'avance, mais veillons tout de même.

Henri VILLAIN

**DÉCLARATIONS FISCALES POUR 1933**

*Nous croyons utile de publier les indications ci-après, utiles à nos confrères, relativement aux taxations de l'an prochain.*

*Confrères :*

N'oubliez pas d'envoyer à votre contrôleur des contributions directes, vos déclarations fiscales au plus tard le 28 février 1933.

*Déclarez :*

- 1<sup>o</sup> Le montant de vos recettes.
- 2<sup>o</sup> Le montant de toutes vos dépenses (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1932).

Pour faciliter le travail du contrôleur, nous engageons très vivement nos confrères à joindre à leurs déclarations, le détail de leurs frais professionnels :

- Loyer.
- Contributions.
- Téléphone.
- Eau, gaz, électricité.
- Amortissement du matériel (en 9 ou dix ans).
- Achat d'or.
- Achat des fournitures générales.
- Frais de bureau et de correspondance.
- Lingerie.
- Blanchissage (serviettes, blouses, etc...).
- Frais de prothèse : mécanicien ou façonnier.
- Salaires : a) Opérateur.  
b) Assistante.  
c) Domestique.
- Abonnement aux journaux professionnels.
- Cotisations aux sociétés professionnelles.
- Assurances : a) Incendie.  
b) Risques professionnels.  
c) Vie (proportionnelle aux bénéfices).  
d) Sociales (pour le personnel).
- Chauffage.
- Pharmacie.
- Réparations locatives et d'entretien.
- Frais divers.

ATTENTION. — Le contrôleur a le droit de vous demander les pièces justificatives de vos dépenses (reçus, factures, etc.) et cela avec un effet rétro-actif de trois ans.

XXX.

### SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS

L'Assemblée générale annuelle ordinaire de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, a eu lieu le mardi 13 décembre, à 8 h. 30 du soir, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

- 1<sup>o</sup> Procès-verbal de l'Assemblée générale du 8 décembre 1931.
- 2<sup>o</sup> Correspondance.
- 3<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire général.
- 4<sup>o</sup> Rapport du Trésorier.
- 5<sup>o</sup> Remise de médailles à des membres du Corps enseignant.
- 6<sup>o</sup> Election de dix membres du Conseil d'Administration.
- 7<sup>o</sup> Questions et propositions diverses.

*Membres sortants rééligibles :* MM. ANDRÉ, BLATTER, BRUSCHERA, CROCÉ-SPINELLI, GEOFFROI, HALOUA, HOUSSET, LUBETZKI, ROY, H. VIL-LAIN.

Après lecture et approbation du procès-verbal, le Président adresse les chaleureuses félicitations de l'assemblée aux trois nouveaux légionnaires, MM. le Dr Solas, Fontanel et Brodhurst, et les remercie des services qu'ils rendent à la Société.

Les rapports du Secrétaire général et du Trésorier sont adoptés.

Le Président remet la médaille d'or de l'École à MM. le Dr René Miégevill et Louis Viau ; la médaille d'argent à M. Frinault ; la médaille de bronze à M. Lebègue, membres du corps enseignant, en raison de la durée de leurs services, au milieu des applaudissements.

Des plaquettes de bronze sont également remises, à titre de souvenir, à d'anciens membres du corps enseignant, qui continuent de rendre des services à la Société : MM. Lalement (Paris), Zimmermann et Robine, qui sont salués d'applaudissements.

Il est procédé au vote et les membres du Conseil d'administration sortants sont réélus ; toutefois, M. Geoffroi, démissionnaire, est remplacé par M. le Dr Leblan.

. . .

L'Assemblée générale ordinaire été suivie immédiatement d'une Assemblée générale extraordinaire ayant pour objet des *Modifications des Statuts*.

Lecture a été donnée, article par article, des nouveaux statuts proposés, à l'occasion desquels les explications nécessaires ont été fournies.

Les articles ont été séparément mis aux voix et adoptés, ainsi que l'ensemble, à l'unanimité.



## NÉCROLOGIE

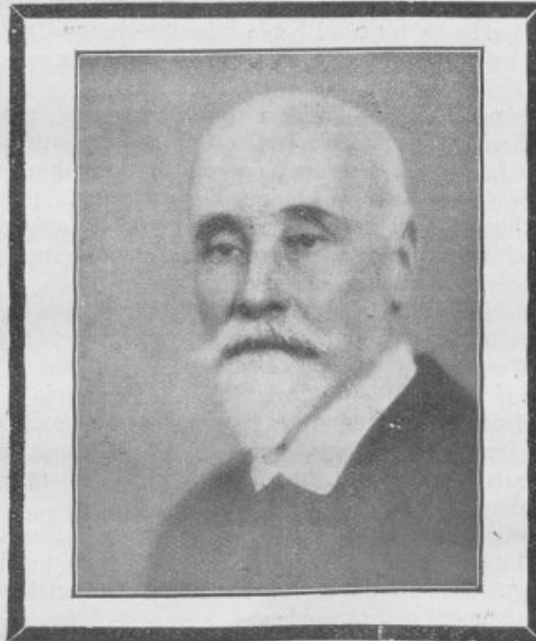
---

### DOCTEUR SIFFRE

---

Avec le Dr Siffre, dont nous avons annoncé le décès dans notre dernier numéro, disparaît un des plus remarquables représentants d'une génération qui commence à s'égrener passablement.

Né en 1860, il avait débuté dans notre profession de la façon la plus



(D'après photo H. Manuel).

modeste, comme apprenti mécanicien-dentiste, à Toulouse, en 1876, et, par son énergie, son travail assidu, s'était progressivement élevé aux plus hauts degrés de l'échelle professionnelle.

Pour suppléer à l'enseignement dentaire, non encore créé en France, à cette époque, il vient à Paris suivre les cours du Dr Delestre, à l'hôpital de La Charité où fréquentaient les meilleurs des praticiens de cette époque, comme Godon et George Viau, pour ne citer que ces deux noms. Puis, tout

en exerçant l'art dentaire, il commence la médecine, et tous ceux qui ont passé par cette épreuve savent la somme de persévérance et de courage qu'il faut pour concilier ces études avec l'obligation de gagner sa subsistance et celle de sa famille par l'exercice d'une profession particulièrement absorbante.

Stagiaire dans le service de chirurgie du Dr Nicaise, il met à profit ses connaissances dentaires pour créer et assurer deux fois par semaine un service dentaire à l'hôpital Laennec, de 1885 à 1887.

Il n'avait pas attendu la fin de ses études médicales pour se mêler au mouvement professionnel et à l'enseignement. Nommé professeur à l'Ecole Odontotechnique, en 1897, il y poursuivit, durant plus de trente ans, un enseignement des plus profitables pour les étudiants, sur les cliniques, la dentisterie opératoire, la pathologie dentaire infantile, qui a laissé la plus vive empreinte chez toutes les générations d'élèves qu'il a formées. Il s'intéressait beaucoup à l'enfance, apporta son concours à de nombreux dispensaires et fonda, en 1901, à l'Ecole Odontotechnique, un cours de chirurgie dentaire infantile, où il exposa ses idées originales sur cette branche particulière.

L'anthropologie était une science qui l'intéressait profondément ; membre de la *Société d'Anthropologie*, il fut chargé de conférences à l'Ecole d'Anthropologie de Paris et consacra à ces questions nombre de ses travaux.

Directeur de l'Ecole Odontotechnique de 1910 à 1912, il en était depuis 1912 directeur honoraire. Directeur de la *Revue Odontologique*, depuis 1905 jusqu'à sa mort, il apporta à celle-ci, outre une collaboration active importante, une impulsion des plus heureuses.

Son activité scientifique a été considérable. Il a présenté environ 300 mémoires à la Société Odontologique de France ; à la Société d'Anthropologie de Paris, qui lui avait décerné le prix Broca ; à l'Académie de Médecine, qui lui avait attribué le prix Magitot ; à la Société d'Anatomie de Paris ; à l'A. F. A. S., dont il suivait presque toutes les sessions ; à la Société de Stomatologie ; à la Société de Pathologie comparée ; aux Congrès nationaux, notamment de Paris en 1897, de Lyon en 1898 ; au III<sup>e</sup> Congrès Dentaire International de Paris en 1900.

On se rappelle qu'il était président de la première Section du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International, mais que la maladie, qui le tenait depuis quelque temps éloigné de nos sociétés professionnelles et scientifiques, l'empêcha d'exercer effectivement cette présidence.

Parmi ses travaux les plus importants, citons, en anatomie, sa branche préférée :

*Identité des arcs temporaires et permanents dentaires.*

*Les caractères carnivores de la denture humaine.*

*La teneur en calcaire des dents à l'état normal et pathologique.*

*Etude sur les dents des tuberculeux.*

*Etude anthropologique des dents des préhistoriques.*

*Désorganisation des dents préhistoriques.*

*Etude des dents de l'homme de La Quina et de La Ferrassie.*

*Coupes d'os et de dents* (Société de Stomatologie, juillet 1903).

*Le Canal radicaire* (A. F. A. S., Congrès de Montauban, 1902).

*Rapports du tissu dentaire et du squelette* (Société de Stomatologie, 1904).

*Rapports de l'os et de la dent. A propos d'une mandibule de gorille fracturée au moment de la formation de la dent de la 3<sup>e</sup> molaire inférieure gauche* (Société d'Anthropologie, 4 octobre 1906 et *Revue Générale de l'Art Dentaire*, juin 1906).

M. Siffre était docteur en chirurgie dentaire de la Faculté de Montréal, *honoris causa* et membre de plusieurs sociétés scientifiques françaises et étrangères.

Officier de l'Instruction publique en 1904, il avait été nommé Chevalier de la Légion d'honneur en 1909.

Engagé volontaire pendant la guerre, malgré son âge, nommé médecin aide-major, Siffre s'occupa, avec beaucoup de dévouement, de la prothèse restauratrice des blessés au Val-de-Grâce, dans le service de Morestin, et à l'Hôpital du Collège Chaptal, dans celui de M. Sebileau.

Esprit original, il défendait ses idées avec fougue, mais était profondément respecté pour la droiture et la sincérité de ses convictions. Il avait un joli talent d'artiste et, dans ses moments de loisir, allait s'installer dans le jardin du Luxembourg, en face de son domicile, ou dans sa campagne, où il peignait avec un charme délicat des paysages pleins de poésie qui faisaient l'ornement des Salons des artistes médecins.

Ses obsèques ont eu lieu le 15 novembre à l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas et l'inhumation fut faite au cimetière Montparnasse au milieu d'un grand concours de confrères, parmi lesquels de nombreux membres du Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, qui avaient tenu à rendre un dernier hommage à l'excellent professeur de l'Ecole Odontotechnique estimé et regretté de tous.

Au cimetière Montparnasse, MM. Rodolphe, Frison, Gérard-Maurel et Fourquet adressèrent un dernier adieu au Dr Siffre, au nom de l'Ecole Odontotechnique et de son Groupement.

Le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris avait envoyé une couronne de fleurs en témoignage de douloureuse sympathie.

Maurice Roy.



## NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Nous avons le très grand plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. le Dr Solas, Professeur à l'École Dentaire de Paris, secrétaire de la Rédaction de *L'Odontologie*.

Nous apprenons également avec un vif plaisir, la nomination au même grade, de M. Brodhurst, ancien président et membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., ainsi que celle de M. Paul Fontanel, trésorier de l'Aide Confraternelle aux Dentistes français et belges victimes de la guerre et trésorier du VIII<sup>e</sup> Congrès Dentaire International.

Nous adressons nos félicitations les plus chaleureuses à ces confrères.

**Concours à l'Ecole Dentaire de Paris.** — Par décision du Conseil d'Administration du 15 novembre 1932, il sera ouvert à l'École Dentaire de Paris, en février 1933, un concours pour un poste de chef de clinique de céramique dentaire.

**Manifestation de sympathie.** — Les Amis et le Comité de l'Association des Elèves et Anciens Elèves de l'École Technique « Scientia », ont offert un vin d'honneur, le 20 novembre 1932, à 17 heures, 23, rue François-Gérard, Paris (16<sup>e</sup>), à M. Charles Hemardinquer, Directeur de l'École Technique « Scientia », professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris, à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Cette manifestation était présidée par M. Ducos, Sous-Secrétaire d'Etat à l'Enseignement Technique.

**Distinction honorifique.** — M. Coën, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, a été nommé commandeur du Dragon de l'Annam.

Nous lui adressons nos félicitations.

**Nomination.** — Le Dr Charles Guébel, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, expert au Tribunal civil de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, vient d'être nommé, par décision du 2 décembre 1932, médecin stomatologiste de la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur et médecin stomatologiste consultant des Maisons d'éducation et de la Société de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos félicitations.

**Association des Femmes Dentistes** (44, rue de la Boétie, Paris). — M<sup>me</sup> Bernard-Niel, présidente de l'Association des Femmes Dentistes, se tient à la disposition des confrères femmes pour tous les renseignements susceptibles de les intéresser.

Elle reçoit sur rendez-vous, le jeudi, de 17 h. à 19 heures, 76, rue Thiers, à Boulogne-Billancourt (Seine) (Porte de Saint-Cloud). Téléphone : Molitor 09-23.

**Mariage.** — Le mariage de M<sup>lle</sup> Janine Ferrand, fille de M. Ferrand, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, avec M. Claude Chadapaux, diplômé de l'Ecole des Hautes Études Commerciales, a été célébré le 1<sup>er</sup> décembre.

La cérémonie religieuse a été suivie, de 4 à 7 heures, d'une réception dans les salons Georges V, rue Pierre-Charron.

Un grand nombre de confrères sont venus apporter leurs félicitations, auxquelles nous joignons nos vœux de bonheur pour les jeunes époux.

**Croisière Médicale Française de Pâques 1933.** — Sous le haut patronage de MM. les Ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique, de M. le Recteur de l'Université de Paris et de M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, partira, à Pâques 1933, la *Troisième Croisière Médicale Française*, sur le paquebot de luxe de 20.000 tonnes *De Grasse*, de la C<sup>1</sup><sup>e</sup> Générale Transatlantique.

Départ de Marseille, le 9 avril pour Bonifacio, avec escales en Sicile à Gardini, Taormina et Syracuse. Le *De Grasse* touchera ensuite Corfou, puis remontera la côte Albanaise en touchant Buthrote, Durrato et Cattaro, d'où une excursion permettra la visite de Cettigne, ancienne capitale du Monténégro.

Courte escale à Raguse. Le *De Grasse* mouillera deux jours à Venise, puis à Spalato, Port d'Empédocle (Agrigente) et terminera par Tunis, d'où il sera organisé une excursion à Carthage.

Le 24 avril, le *De Grasse* sera de retour à Marseille.

Le Comité des *Croisières Médicales Françaises* est heureux d'offrir des places à des *prix extraordinairement bas*, à partir de 1.800 fr. en classe touriste pour un voyage de 16 jours, et en 1<sup>re</sup> classe de 2.500 fr. en cabines à 2 personnes et de 2.900 fr. en cabines à une place. Il a pu obtenir en outre, sur le billet personnel des médecins et des chirurgiens-dentistes, une réduction de 5 % et met à la disposition des élèves des hôpitaux un certain nombre de bourses ramenant le prix des places à 800 francs.

Pour le trajet Paris-Marseille, un train spécial de nuit permettra aux passagers de voyager dans les meilleures conditions avec une réduction de 50 %.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des *Croisières Médicales Françaises*, 9, rue Soufflot, Paris. (Tél. : Odéon 20-63.)

## AVIS

Il a été placé, dans le Hall de l'Ecole Dentaire de Paris, un cadre annonces sur lequel seront affichés tous les avis que nos abonnés voudront bien nous adresser : Ventes et Achats de Cabinets, de matériel, de livres, d'instruments, d'objets divers, etc., etc... Rubrique " Offres " et Rubrique " Demandes ".

Ces petites affiches — réservées à nos Abonnés — ne doivent pas excéder trois lignes ; elles ne porteront qu'un numéro qui leur sera affecté et jamais de nom ; celui-ci ne sera communiqué que sur demande par lettre signée et seulement aux membres de la profession.

L'affichage durera un mois et pourra être renouvelé à la demande du titulaire de l'annonce.

\* \* \*

La Direction de l'Odontologie a décidé, cette année, d'offrir gratuitement à ses abonnés et aux membres de l'A. G. S. D. F. l'insertion d'une petite annonce : achat ou vente de cabinet, demandes ou offres d'emploi, etc.

\* \* \*

Les membres de l'A. G. S. D. F. sont informés que M. René Gentric ne pourra plus, pour raison de santé, se charger du recouvrement de leurs honoraires.

## Index Alphabétique des Matières

### pour l'année 1932

---

#### A

- Abcès** de la langue (Les), p. 803.  
**Abrand** (Jules), p. 339.  
**Accidents** articulaires temporo-maxillaires, p. 541.  
**Acide** sulfurique en dentisterie (L'), p. 240.  
**Aciers** inoxydables (La technique des), p. 579.  
 — — (Technique nouvelle), p. 634.  
 — — (Technique systématique d'appareillage orthodontique en), p. 805.  
**Acolithe** (L'), p. 399.  
**Adénites** et les adéno-phlegmons cervico-faciaux d'origine bucco-dentaire en chirurgie maxillo-faciale (Les), p. 641.  
**Admissions** dans le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., p. 193.  
**A. F. A. S.** (V. Table méthodique).  
**Affections** dentaires (Rhumatismes et), p. 636.  
 — bucco-dentaires (Action thérapeutique des radiations des arcs polymétalliques dans les), p. 650.  
 — oculaires d'origine dentaire, p. 651.  
 — focales et alvéolaires (Contrôle radiographique des), p. 652.  
**Agranulocytose**, p. 308, 686.  
**A. G. S. D. F.** (V. Table méthodique).  
**Allocution** du Dr Desforges, p. 808.  
**Altérations** bucco-dentaires en rapport avec les différents états physiopathologiques chez la femme (Les), p. 378.  
**Alvéolyse** infantile (Un cas d'), p. 468.  
**Amalgame** à durcissement rapide (Citamalgame) (Expériences faites avec l'), p. 727.  
**Amalgames** et caries secondaires, p. 10, 47.  
 — dentaires ? (Le mercure est-il toxique dans les restaurations avec des), p. 89.  
**Amortissement** du fonds de commerce (L'), p. 712.  
**Anesthésie** locale par injection en stomatologie (Contribution à l'étude de l'), p. 235.  
 — — p. 306.  
 — — et atténuation des suites post-opératoires par l'alcalisation des solutions de procaïne, p. 762.  
**Angines** de Ludwig ? (Doit-on opérer les), p. 577.  
**Angine** de Ludwig ayant déterminé la perte de toutes les dents inférieures, p. 641.  
 — de Vincent (Bain de bouche pour le traitement de l'), p. 761.  
 — — (Quelques traitements de l'), p. 763.  
**Anomalie** dentaire d'une tribu indienne, p. 688.  
**Anthrax** graves de la lèvre par le bactériophage (Le traitement des), p. 235.  
**Apolline**, patronne des dentistes (Sainte), p. 544.  
**Arc** métallique à ancrage de Baker modifié pour fracture (L'), p. 90.  
 — orthodontique au point de vue pratique (Mécanisme de l'), p. 686.  
**Arpa** internationale (L'), p. 471.  
**Art** dentaire en Argentine (Décret réglementant l'exercice de l'), p. 482.  
 — — en Yougoslavie (Réglementation de l'), p. 778.  
 — — (Généralités sur la haute fréquence en), p. 658.  
 — — (Radiodiagnostic et radiothérapeutique en), p. 678.  
**Arthrites** et maladies dentaires, p. 91.



**Articulateur** physiologique (Nouvel), p. 653.  
**Articulation** de la face à la naissance (Les), p. 399.  
 — mandibulaire (Dysarthrose et sous-artrose de l'), p. 760.  
**Assemblée** générale annuelle de l'A. G. S. D. F., p. 192.  
**Assurances** sociales, p. 715.  
**Atomiseur** (Traitement des paradentoses par l'), p. 468.  
**Atrésie** et de l'imperméabilité nasale chez l'enfant par la disjonction des os maxillaires supérieurs (Traitement de l'), p. 468.  
**Atrophie** du masséter, du temporal et du ptérygoidien interne gauche, séquelle probable de poliomyélite méconnue (Un cas d'), p. 758.  
**Automobile-Club** dentaire de France, p. 546, 777.  
**Avis**, p. 68, 130, 196, 484, 718, 843.  
**Avulsion** des dents de sagesse inférieures (Technique de l'), p. 701.

## B

**Banquet**, p. 675.  
**Bled**, p. 111.  
**Blessés** maxillo-faciaux, p. 481.  
**Bouche** et des dents (Pathologie de la), p. 54.  
 — (Etat précancéreux de la), p. 89.  
 — et leurs rapports avec le cancer (Lésions dermatologiques de la), p. 167.  
**Bridges** (Couronnes et), p. 308.  
 — de porcelaine, p. 655.  
**Brosse** à dents (La), p. 762.  
**Bulgarie** (En), p. 68.  
**Bureau** (Election du), p. 700.

## C

**Canaux** radiculaires dans les établissements d'enseignement dentaire (Organisation radionnelle du traitement des), p. 168, 341 à 386, 396.  
 — — posée sur une base scientifique (La question des), p. 308.  
 — — (Quelques considérations sur la recherche et la désinfection des), p. 407, 465.  
 — — par le chlorphénol camphré et l'électrostérilisation (Etude comparative du traitement des), p. 685.  
 — — de dents sans pulpe (Obturation des), p. 761.

— pulpaire (Chirurgie des), p. 687.  
 — — (Principes du traitement des), p. 762.  
**Cancer** de la langue, p. 102.  
**Cancers** de la peau et du sein (Types spécifiques de lésions apicales associées aux), p. 89.  
**Canine** supérieure temporaire (Malformation d'origine traumatique d'une), p. 399.  
**Canines** incluses et état général, p. 643.  
**Carie** des dents (Processus de la), p. 142.  
 — dentaire (La réserve alcaline chez les sujets atteints de), p. 309.  
 — — (Théorie nouvelle de la cause de la), p. 761.  
 — — expérimentale chez les rats (La), p. 685.  
 — — (Contribution à l'étude de la pathogénie de la), p. 638.  
 — (Influence grave de l'état puerpéral sur le développement de la), p. 311, 485.  
 — des racines et la radiographie dentaire (La carie), p. 652.  
 — ? (La vitamine B a-t-elle un rôle dans la prévention de la), p. 685.  
**Caries** secondaires (Amalgames et), p. 10, 47.  
 — dentaires (Zone de réaction acide dans la cavité buccale en corrélation avec la présence de), p. 90.  
 — — en période obstétricale (Les), p. 503.  
 — non pénétrantes (Névrites pulpaire consécutives au traitement des), p. 638.  
**Cavité** buccale (Deux cas de tumeurs mélaniques de la), p. 104.  
**Ceux** qui furent oubliés (A propos de), p. 119.  
**Chimiothérapie** (La), p. 642.  
**Chirurgie** dentaire et de Stomatologie de Paris (Ecole de), p. 262.  
 — — dans l'armée portugaise (La), p. 325.  
**Chirurgien-Dentiste** (Revision des titres initiaux en vue du diplôme d'Etat de), p. 483.  
 — — (Examens de), p. 612.  
**Chirurgiens-Dentistes** (Memento mensuel des déclarations fiscales et formalités intéressant les), p. 190.  
 — — d'Autriche pour 1932 (Annuaire du Syndicat national des), p. 323.

- — (Allocations familiales obligatoires pour les), p. 328.
- — de France (Syndicat des), p. 414.
- — du Nord de la France (Syndicat des), p. 129, 546, 714, 780.
- — et Stomatologistes, p. 651.
- Clapier** pyorrhéique (Le), p. 239.
- Comité** des Dames, p. 676.
- Communications** naso et sinuso-buccales, p. 398.
- Communiqué**, p. 126.
- Concours** à l'E. D. P., p. 196, 842.
- Congrès** de Bruxelles (V. Table méthodique A. F. A. S.).
- Congrès** dentaire international (VIII<sup>e</sup>) (V. Table méthodique).
- — — à l'Académie de Médecine (Le), p. 38.
- — — jugé par la Presse professionnelle étrangère (Le), p. 36.
- Stomatologique italien (XX<sup>e</sup>), p. 319.
- de Chirurgie réparatrice (III<sup>e</sup>), p. 826.
- français de Stomatologie (VII<sup>e</sup>), p. 824.
- dentaire turc (I<sup>er</sup>), p. 770.
- Conseil** d'administration de l'A. G. S. D. F., p. 190.
- Corps** étranger d'origine dentaire dans une bronche, p. 308.
- Correspondance** (V. Table méthodique).
- (Société d'Odontologie), p. 527.
- Condyle** (Traitement chirurgical du prognathisme par la résection du), p. 435.
- Cour** d'Appel de Paris, p. 125, 483.
- Couronne** Jacket (Extension de l'emploi de la), p. 655.
- métallique par la méthode de la bande à contours anatomiques (Technique de la construction de la), p. 657.
- Couronnes** et bridges, p. 308.
- métallo-céramiques avec ou sans tenon (Procédé technique de construction et de stabilisation des), p. 655.
- Crampons** (Simplification et stabilisation des), p. 90.
- Croisières** médicales de Pâques 1932 et de 1933, p. 130, 843.
- des grandes vacances en mer Baltique, p. 340.
- C. T. I.**, p. 187, 413.

## D

- Décalcification** alvéolo-dentaire, calcémie et recalcification, p. 306.
- Déclarations** fiscales pour 1933, p. 837.
- Décoloration** (Technique de la), p. 656.
- Dent** fracturée (Réparation d'une), p. 686.
- (Les sillons et les fissures apparaissent-ils à des âges différents dans la même), p. 687.
- Dentier** complet (Bases du fonctionnement d'un), p. 240.
- Dentiers** artificiels (Prise de l'occlusion pour les), p. 241.
- (La mise en service immédiate des), p. 687.
- Dentiste** (Aspects de la syphilis intéressants pour le), p. 90.
- dans la pratique professionnelle moderne (L'hygiène du), p. 324.
- (Le Derviche tourneur), p. 542.
- (Le rôle du médecin et du), p. 686.
- (Le diabète sucré et le), p. 686.
- et l'obstétricien (Considérations importantes pour le), p. 762.
- en gérance (Cabinet de), p. 774.
- Dentisterie** (La diathermie en), p. 166.
- (L'hygiène dentaire et l'alimentation pré-natales en rapport avec la), p. 167.
- moderne aux Etats-Unis (Origine de la), p. 307.
- (Avantages de l'emploi du barbiturate d'éthyle de sodium en), p. 308.
- et de la mécanique dentaire en Pologne (Réglementation de l'exercice de la), p. 603.
- Dentistes** militaires (Nomination de), p. 121, 338.
- des armées de terre et de mer (Fédération nationale des amicales des), p. 429.
- — — — — (Amicale des), p. 275.
- — de réserve de la 17<sup>e</sup> région (Amicale des), p. 336.
- français (Association confraternelle des), p. 335.
- — — — — 18<sup>e</sup> — (— —), p. 547.
- (Sainte Apolline, patronne des), p. 544.
- Dentition** (Malformation de la), p. 91.
- chez les enfants (La), p. 322.
- Dents** (Processus de la carie des), p. 142.

- (Pathologie de la bouche et des), p. 54.
- et les porcelaines dentaires (La lumière et les phénomènes de couleur dans les), p. 763.
- naturelles (L'érosion et l'abrasion des), p. 91.
- surnuméraires, p. 762.
- (Le calcium et les), p. 807.
- temporaires (Résorption des racines des), p. 239.
- naturelles (Perte et remplacement des), p. 241.
- (Médecins, occupez-vous des), p. 241.
- sans pulpe (L'infection dentaire comme facteur étiologique de certaines maladies, par rapport au traitement des), p. 307.
- humaines (La carie des), p. 307.
- des enfants (Traitement des), p. 549.
- — — au-dessous de 6 ans (La prophylaxie dentaire et le soin des), p. 686.
- infectées (Du traitement des), p. 639, 719.
- inférieures (Angine de Ludwig ayant déterminé la perte de toutes les), p. 641.
- de sagesse (Trois variétés d'accidents de), p. 643.
- dans les travaux à pont (L'équilibre proximal des), p. 644.
- sans pulpe (Obturation des canaux radiculaires des), p. 761.
- (Développement de la face chez les enfants, particulièrement en ce qui concerne les), p. 772.
- Denture** (Relations du métabolisme et de la), p. 147.
- Diathermie** en dentisterie (La), p. 166.
- Difformités** buccales associées à la dureté de l'ouïe, p. 762.
- Distinctions** honorifiques, p. 128, 275, 416, 484, 842.
- Duperron**, p. 611.
- Dysarthrose** cranio-faciale (La), p. 575.

## E

- Ecole** dentaire de Newcastle, p. 196.
- — — Paris (V. Table méthodique).
- — — Genève (A 1'), p. 717.
- odontotechnique, p. 484.
- Email** (Constitution de l'), p. 55.

- étudié au microscope (Effet d'acides dilués sur la surface de l'), p. 687.
- Empreinte** (Technique de la pression dans la prise d'), p. 88.
- (La prise d'), p. 710.
- Enseignement** dentaire (Organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les établissements d'), p. 168, 341 à 386, 396.
- Epithélio-granulome** micro-kystique hémorragique (Observation anatomopathologique macro et microscopique d'un), p. 70, 91.
- Epithélioma** du maxillaire inférieur, p. 55.
- adamantin, p. 103.
- Epithéliomas** primitifs des gencives et de la muqueuse de la voûte (Les), p. 703.
- Epulis** congénitale (L'), p. 575.
- Errata**, p. 68, 416.
- Etudes** des métiers français (Le centre d'), p. 55.
- Excursions**, p. 674.
- Exposition** du Travail (III<sup>e</sup>), p. 334.
- Exodontie** ; leur traitement et leur prévention (Complications post-opératoires en), p. 167.
- Exposition** nationale du travail (III<sup>e</sup>), p. 409.
- Expositions** (Les), p. 387.
- Extraction** (Complications intéressantes pendant et après), p. 88.
- Extractions** dentaires pendant la gravité (Les), p. 576.
- au cours des stomatites, p. 397.
- (Précautions à prendre avant, pendant et après les interventions sanglantes intra-buccales et plus particulièrement les), p. 652.

## F

- Face** (Technique radiographique de l'exploration des cavités de la), p. 701.
- Facettes** de porcelaine interchangeables par contre-placage à recouvrement (Protection efficace des), p. 313.
- F.D.I.** (V. Table méthodique).
- Femmes dentistes** (Association des), p. 781, 782, 842.
- Fêtes** et réceptions, p. 672.
- Fiançailles**, p. 717.
- Fibrome** diffus des maxillaires supérieur et inférieur, p. 18.
- Fistule** mentonnière, p. 169.
- Fondation** documentaire dentaire, p. 323.



**Forces** inter-dento-ligamento-maxillaires (Détermination en direction des), p. 643.

**Formulaire** thérapeutique odonto-stomatologique, p. 322.

**Foyer** infectieux dentaire comme facteur étiologique dans les maladies du système génito-urinaire, p. 88.

**Fracture** horizontale haute de la mâchoire supérieure consolidée en position vicieuse (Un cas de), p. 702.

**Fractures** articulaires temporo-maxillaires (Conduite à tenir dans les), p. 576.

— de l'angle de la mandibule (Utilisation des appuis crâniens pour la réduction des), p. 542.

— du corps du maxillaire inférieur (Traitement des), p. 806.

**Frein** lingual anormal (Le), p. 687.

## G

**Gencives** et de la muqueuse de la voûte (Les épithéliomas primitifs des), p. 703.

— et des mâchoires (Blastomycose des), p. 761.

**Gilmer** (Thomas Lewis), p. 275.

**Gingivite** desquamative diffuse chronique, p. 685.

**Glandes** endocrines dans l'évolution dentaire (Rôle des), p. 102.

— sur le système dentaire (De l'influence des), p. 805.

**Gomme** génienne tuberculeuse, p. 468.

**Gommes** syphilitiques du maxillaire supérieur et de la face, p. 104.

**Granulome** apical (Signification biologique du), p. 527, 555.

**Groupe** sportif de l'E. D. P.

**Grenouillette** sublinguale, p. 255.

**Guye** (Paul), p. 483.

**Gysi** (Alfred), p. 114.

## H

**Haute fréquence** en art dentaire (Généralités sur la), p. 658.

— en stomatologie (La), p. 703.

**Hémard** (Raymond), p. 611.

**Hémorragies** graves en pratique dentaire (Les), p. 468.

**Hémostase** par le muscle de poulet, p. 255.

**Histologie** (Précis d'), p. 322.

**Hygiène** dentaire et l'alimentation prénatales en rapport avec la dentisterie (L'), p. 167.

— (Causerie sur l'), p. 320.

— du dentiste dans la pratique professionnelle moderne (L'), p. 324.

— buccale en Palestine (Exposition d'), p. 612.

— dentaire (De la psychotechnie et de la psychopédagogie comme fondements de la propagande d'), p. 653.

**Hypercémentose** (L'), p. 88.

## I

**Impôt** sur les bénéfices des professions non commerciales, p. 773.

**Infection** focale dentaire et de son traitement par la méthode conservatrice (Le problème de l'), p. 110.

— dans certaines psychoses (Rôle de l'), p. 635.

— gingivale fongueuse, p. 166.

— dentaire comme facteur étiologique de certaines maladies, par rapport au traitement des dents sans pulpe, p. 307.

— chronique (Les modalités bactériologiques et cliniques de l'), p. 578.

— périapicale (Emploi du traitement électrolytique de l'), p. 683.

— (Augmentation du drainage dans le traitement de l'), p. 686.

— périapicale (Valeur clinique du contrôle bactériologique du traitement de l'), p. 807.

**Infections** dentaires en canon de fusil, p. 639.

— focales avec les maladies constitutionnelles (Rapports des), p. 807.

**Injection** en stomatologie (Contribution à l'étude de l'anesthésie locale par), p. 235.

**Injections** (La technique des), p. 236.

**Inlays** (Préparation simplifiée des cavités pour), p. 649.

— (Données, matières, conditions, appareils et méthodes, relatifs à l'uniformisation du coulage des), p. 681.

**Institut Pasteur** à Garches (Visite des élèves à l'), p. 170.

**Intoxication** aiguë par le chlorate de potasse (Cas d'), p. 236.

**Iodoformisme** (Un cas d'), p. 399.

**Italie** (En), p. 260.

## J

- Journaux** (Nouveaux), p. 68, 113, 325, 704, 772.  
**Journées** dentaires de Paris (IX<sup>es</sup>), p. 345, 770.  
**Jurisprudence** professionnelle (V. Table méthodique).

## K

- Kyste** paradentaire du maxillaire inférieur, p. 255.  
 — volumineux de la mâchoire inférieure, p. 691.  
**Kystes** fissuraux du maxillaire supérieur, p. 103.

## L

- Langue** (Cancer de la), p. 102.  
 — (Sémiologie de la), p. 640.  
 — (Les abcès de la), p. 803.  
 — (La tuberculose de la), p. 804.  
**Légion d'honneur**, p. 58, 127, 415, 484, 548, 611, 717, 781, 842.  
**Lésions** périapicales (Résultats de traitements classiques des), p. 640.  
**Lèvre** par le bactériophage (Le traitement des anthrax graves de la), p. 235.  
**Livres reçus**, p. 113, 325, 704, 772.  
**Loi de finances** du 1<sup>er</sup> avril 1932 (La), p. 326.  
 — sanitaire roumaine, p. 609.

## M

- Mâchoire** inférieure (Kyste volumineux de la), p. 691.  
 — supérieure consolidée en position vicieuse (Fracture horizontale haute de la), p. 702.  
**Mâchoires** (Blastomycose des gencives et des), p. 761.  
**Maladie** de Recklinghausen, p. 541.  
**Malformation** d'origine traumatique de la couronne d'une canine supérieure temporaire, p. 399.  
 — dentaire (Un cas de), p. 399.  
**Malformations** et aux troubles dentaires (Tolérance des humains aux), p. 541.  
**Malocclusion** (Prédominance générale des symptômes graves de), p. 166.  
**Mandibule** à la suite de la résection bi-condylienne (Réduction et contention de la), p. 441.  
 — (Utilisation des appuis craniens

- pour la réduction des fractures de l'angle de la), p. 542.  
 — (Tuberculose ulcéreuse et ulcéro-végétante de la), p. 701.  
**Manifestations** de sympathie, p. 194, 842.  
**Mariages**, p. 129, 195, 276, 340, 416, 484, 612, 717, 781, 843.  
**Maxillaire** inférieur (Hémangiome carverneux du côté droit du), p. 88.  
 — amenant à constater une tumeur primaire de l'ovaire (Métastase tumorale du), p. 167.  
 — avec correction d'une perte de substance et restauration prothétique (Fracture du), p. 308.  
 — d'origine bucco-dentaire (Abcès sous-périosté du), p. 104.  
 — — (Montage rapide des gouttières pour contention de fractures du), p. 647.  
 — — (Traitement des fractures du corps du), p. 806.  
**Maxillaire** supérieur et de la face (Gommes syphilitiques du), p. 104.  
**Maxillaires** supérieur et inférieur (Fibrome diffus des), p. 18.  
 — (Sinus des), p. 104.  
 — (Tuberculose alvéolaire des), p. 542.  
**Mécaniciens** à la Salle Wagram (Les), p. 479.  
**Mécanique** dentaire en Pologne (Réglementation de l'exercice de la dentisterie et de la), p. 603.  
**Médecine** (Loi Armbruster relative à l'exercice de la), p. 180.  
**Médicaments** synthétiques nouveaux employés dans le traitement pré et post-opératoire, p. 763.  
**Membrane** muqueuse buccale (Pigmentation de la), p. 761.  
**Membres** honoraires (Nomination de), p. 242.  
**Métiers** français (Centre d'études des), p. 130.  
 — (Institut national des), p. 335.  
**Maladie** de Bowen localisée à la muqueuse buccale, p. 103.  
**Mutilés** maxillo-faciaux et le libre choix des praticiens (Les), p. 183, 274.

## N

- Naissances**, p. 129, 276, 340, 416, 612, 717.  
**Nécroses** tropho-infectieuses, pulpaires, ligamenteuses, maxillaires, p. 399.

- Nettoyage**-stérilisation pour la petite instrumentation (Procédé pratique de), p. 563.
- Névralgie** du trijumeau par le trichloréthylène (Traitement de la), p. 168.
- — — (La), p. 239, 807.
- — — et son traitement (La), p. 468.
- Névralgies** graves essentielles du trijumeau (Les meilleurs résultats dans le traitement des), p. 309.
- Névrite** pulpaire, p. 540.
- Névrites** pulpaires consécutives au traitement des caries non pénétrantes, p. 638.
- Nodules** pulpaires et changements calciques, p. 761.
- Noël** en Suisse, p. 718.
- Nominations**, p. 68, 196, 842.

## O

- Obturation** apicales dans les abcès alvéolaires à canal imperméable (Résection et), p. 133.
- (Pour une sélection de nos substances d'), p. 205, 251.
- Occlusion** (Orthopédie de l'), p. 685.
- (Facteurs intervenant dans la prévention et le traitement des difformités d'), p. 807.
- Odontalgies** (Les pseudo-), p. 623, 637.
- Odontologie** (Introduction à l'étude de l'), p. 704.
- (Traité d'), p. 771.
- Odontome** ou parodontome radiculaire, p. 104.
- Odonto-stomatologie** (La pratique de la haute fréquence en), p. 324.
- Office** départemental du placement et de la statistique du travail, p. 119.
- Orthodontie** (Un plan frontal moyen dans les mensurations du profil en), p. 72, 93.
- (Nature et lieu de l'intervention mécanique en), p. 89, 90.
- (Importance de l'observation méthodique en), p. 93.
- Orthopédie** dento-maxillo-faciale (Importance d'une observation méthodique dans l'), p. 141.
- — — faciale (Société française d'), p. 262.
- — — — (Orthophonie en), p. 645.
- de l'occlusion, p. 685.
- Orthophonie** en orthopédie maxillo-faciale, p. 648.
- Os** (Les tumeurs des), p. 803.
- Ostéome** du maxillaire inférieur (Sur un cas d'), p. 642.
- Ostéomyélite** par la radiographie (Reconnaissance d'une), p. 307.

## P

- Paradentose** atrophique précoce (Recherches sur l'étiologie de la), p. 197, 242.
- par des vaccins locaux réinjectés (Traitement de la), p. 398.
- Nécessité d'une association pour les recherches (Sur la), p. 65.
- Paradentoses** par l'atomiseur (Le traitement des), p. 468.
- (Nomenclature et systématique étiologique des), p. 792.
- (Note sur la classification des diverses formes de), p. 801.
- par les médicaments (Le traitement de la), p. 807.
- Parulie**, p. 255.
- Patente** des professions libérales (Projet de réajustement provisoire du taux de la), p. 187.
- Patentes** (La question des), p. 185.
- Pathologie** de la bouche et des dents, p. 54.
- dentaire et crétinisme, p. 640.
- buccale (Emploi et utilité du mannequin propédeutique pour l'enseignement de la), p. 654.
- Pavlousky** (M<sup>me</sup>), p. 128.
- Placement** et de la statistique du travail (Office départemental du), p. 57.
- Poliomyélite** méconnue (Cas d'atrophie du masséter, du temporal et du ptérygoidien interne gauche, séquelle probable d'une), p. 758.
- Porcelaine** plaquée, couronne Jacket coulée, p. 167.
- Prevel** (Alfred), p. 67.
- Prestations** dentaires accordées aux assurés sociaux (Indications sur les), p. 117.
- Principes** de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris (Déclaration de), p. 115.
- Prix** Claude Martin, p. 729.
- Problèmes** dentaires (Application de la psychothérapie aux), p. 89.
- — et médicaux (Corrélation des), p. 91.
- Prognathisme** par la résection du condyle (Traitement chirurgical du), p. 435, 466.



**Promotion**, p. 416.  
**Prophylaxie** dentaire chez les enfants (La), p. 166.  
**Prothèse** pneumatique (La), p. 624, 646.  
 — complète (Conclusions théorico-pratiques concernant les travaux de), p. 645.  
 — partielle moderne (Considérations sur quelques aspects de la), p. 694.  
**Prothèses** amovibles (Rétention, articulation et stabilisation des), p. 646.  
 — (De la contention chirurgicale des), p. 755.  
 — faciales articulées (Quelques cas de), p. 649.  
 — — unilatérales, p. 655.  
**Psychothérapie** aux problèmes dentaires (L'application de la), p. 89.  
**Pulpe** dentaire (Considérations sur la), p. 309.  
 — et des réactions dentinaires (Etude de la), p. 760.  
 — (Obturation de canaux radiculaires des dents sans), p. 761.  
**Pyorrhée** alvéolaire (Traitement de la), p. 459.  
 — — (La réimplantation : traitement thérapeutique de la), p. 524.  
 — alvéolo-dentaire (La haute fréquence en), p. 650.  
 — et cariées (Analyse chimique des racines et des couronnes atteintes de), p. 687.

## Q

**Questions** (fiscales), p. 833.

## R

**Racines** des dents temporaires (Résorption des), p. 240.  
**Radiodiagnostic** et radiothérapeutique en art dentaire, p. 678.  
**Radiographie** dentaire (La carie des racines et la), p. 652.  
**Radiographies** (Mauvaise interprétation des zones opaques dans les), p. 166.  
 — dentaires intra-buccales (Quelques projections de), p. 464.  
**Radiothérapie** dans les lésions cellulaires cervico-faciales d'origine bucco-dentaire), p. 702.  
**Rapport** moral, p. 265.  
 — du Dr Leblan, p. 684, 700.  
**Réception** à l'Hôtel de Ville, p. 677.

**Réceptions** (Fêtes et), p. 672.  
**Récompense**, p. 416, 611.  
**Régime** alimentaire (Modification du), p. 90.  
**Réséction** et obturation apicales dans les abcès alvéolaires à canal imperméable, p. 133.  
**Réséctions** condyliennes unilatérales et bilatérales, p. 542.  
**Résorption** alvéolaire interstitielle comme moyen de reconnaître de bonne heure le diabète sucré, p. 241.  
**Résorptions** radiculaires ou rhinolyses (Les), p. 636.  
**Rétrognathisme** inférieur (Correction du), p. 649.

## S

**Sarcome** de la mâchoire inférieure, p. 55.  
**Scorbut** (Lésions dentaires dues au), p. 763.  
**Semaine** odontologique de 1932 (V. Table méthodique).  
**Services** dentaires scolaires, p. 763.  
**Service de Santé** de la région de Paris (Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du), p. 337.  
 — dentaire dans l'armée portugaise (Le), p. 716.  
**Septicité** bucco-dentaire (Les complications digestives de la), p. 277, 310.  
**Sérostomie** (La), p. 240.  
**Siffre** (Dr), p. 781, 839.  
**Sinus** (Recherche et diagnostic des maladies du), p. 102.  
 — maxillaire et les dents (Le), p. 255.  
**Société** française d'Orthopédie dentofaciale, p. 766.  
 — dentaire américaine d'Europe, p. 770.  
**Société** de Stomatologie (V. Table méthodique).  
**Société** d'Odontologie de Paris (V. Table méthodique).  
**Société** Odontologique de France (V. Table méthodique).  
 — Suisse d'Odontologie, p. 319.  
 — de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris (V. Table méthodique).  
**Soins** aux Gueules Cassées (Gratuité des), p. 775.  
**Stévenin**, p. 611.  
**Stomatite** odontalgique typique, p. 541.

**Stomatites** (Extraction au cours des), p. 397.

**Suçage** du pouce (Le), p. 628, 648.

**Symbiose** fuso-streptococcique d'origine dentaire (Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de la), p. 635.

**Syphilis** des maxillaires, p. 104.

## T

**Technique** orthodontique de Griffin, p. 763.

**Thérapeutique** de la douleur (La), p. 783.

— dentaire (La lumière et la chaleur en), p. 807.

**Tissus** dentaires (Les effets des troubles constitutionnels sur les), p. 90.

**Traitement** orthodontique (Données récentes relatives aux problèmes du), p. 648.

— dentaire des enfants, p. 763.

**Traumatismes** maxillo-faciaux de guerre (Séquelles tardives de), p. 398.

**Travail** technique artisanal (Physiologie et pathologie du), p. 715.

**Travaux** à pont (L'équilibre proximal des dents dans les), p. 644.

**Trijumeau** (La névralgie du), p. 230, 807.

— par le trichloréthylène (Traitement de la névralgie du), p. 168.

— et son traitement (La névralgie du), p. 468.

— (les meilleurs résultats dans le traitement des névralgies graves essentielles du), p. 309.

**Troubles** oculaires d'origine bucco-dentaire, p. 468.

— réflexes d'origine dentaire (Quelques), p. 165.

**Tuberculose** alvéolaire des maxillaires, p. 542.

— mandibulaire atypique (Un cas de), p. 701.

— de la langue (La), p. 804.

— ulcéreuse et ulcéro-végétante de la mandibule (Deux observations de), p. 701.

**Tumeurs** mélaniques de la cavité buccale (Deux cas de), p. 104.

— d'origine dentaire (Classification des), p. 702.

— des os (Les), p. 803.

## U

**Union** (Pour l'), p. 474.

## V

**Victoire** (Une), p. 481.

**Voyages** de la Nomade (Les), p. 426.

## W

**Wisner** (Léon), p. 415.

## Table Méthodique des Matières

- A. F. A. S. (Congrès de Bruxelles).**  
 CIRCULAIRE, p. 105.  
 COMPTE RENDU, p. 580.  
 DATE, p. 68.  
 EXCURSIONS finales, p. 316.  
 HOTELS, p. 318.  
 ORGANISATION, p. 315.  
 PROGRAMME, p. 256, 460.  
 ACTION thérapeutique des radiations des arcs polymétalliques dans les affections bucco-dentaires, p. 650.  
 ADÉNITES et les adéno-phlegmons cervico-faciaux, d'origine bucco-dentaire, en chirurgie maxillo-faciale (Les), p. 641.  
 AFFECTIONS oculaires d'origine dentaire, p. 651.  
 ANGINE de Ludwig ayant déterminé la perte de toutes les dents inférieures, p. 641.  
 BRIDGES de porcelaine, p. 655.  
 CANINES incluses et état général, p. 643.  
 CARIE des racines et la radiographie dentaire (La), p. 652.  
 CAS d'ostéome du maxillaire inférieur (Sur un), p. 642.  
 CHIRURGIENS-DENTISTES et Stomatologistes, p. 631.  
 CHIMIOTHÉRAPIE (La), p. 642.  
 CONCLUSIONS théorico-partiques concernant les travaux de prothèse complète, p. 645.  
 CONTRIBUTION à l'étude de la pathogénie de la carie dentaire, p. 638.  
 CONTRÔLE radiographique des affections focales et alvéolaires, p. 652.  
 CORRECTION du rétrognathisme inférieur, p. 649.  
 DÉTERMINATION en direction des forces inter-dento-ligamento-maxillaires, p. 643.  
 DONNÉES récentes relatives aux problèmes du traitement orthodontique (Des), p. 648.  
 EMPLOI et utilité du mannequin pro-pédeutique pour l'enseignement de la pathologie buccale, p. 654.  
 ÉQUILIBRE proximal des dents dans les travaux à pont (L'), p. 644.  
 HAUTE FRÉQUENCE dans la pyorrhée alvéolo-dentaire (La), p. 650.  
 INFECTIONS dentaires en canon de fusil, p. 639.  
 MONTAGE rapide de gouttières pour contention de fractures du maxillaire inférieur, p. 647.  
 NÉCESSITÉ d'une association pour les recherches sur la paradentose, p. 650.  
 NÉVRITES pulpaires consécutives au traitement des caries non pénétrantes, p. 638.  
 NOUVEL articulateur physiologique (Un), p. 653.  
 ORTHOPHONIE en orthopédie maxillo-faciale, p. 648.  
 PATHOLOGIE dentaire et crétinisme, p. 640.  
 PRÉPARATION simplifiée des cavités pour inlays, au point de vue histologique, p. 649.  
 PROCÉDÉ technique de construction et de stabilisation des couronnes métal-céramiques avec ou sans tenon, p. 655.  
 PROTHÈSE amovible unilatérale, p. 655.  
 — pneumatique (La), p. 646.  
 PSEUDO-ODONTALGIES (Les), p. 637.  
 PSYCHOTECHNIQUE et de la psychopédagogie comme fondements de la propagande d'hygiène dentaire (De la), p. 653.  
 QUELQUES cas de prothèses faciales articulées, p. 649.  
 RECHERCHES expérimentales sur le pouvoir pathogène de la symbiose fusso-streptococcique d'origine dentaire, p. 635.



RÉSORPTIONS radiculaires ou rhizalyses (Les), p. 636.  
 RÉTENTION, articulation et stabilisation des prothèses amovibles, p. 646.  
 RHUMATISMES et affections dentaires, p. 630.  
 RÔLE de l'infection focale dans certaines psychoses, p. 635.  
 SÉMÉIOLOGIE de la langue, p. 640.  
 SUÇAGE du pince (Le), p. 648.  
 TECHNIQUE de la décortication, p. 656.  
 — — — construction de couronne métallique de la bande à contours anatomiques, p. 657.  
 TECHNIQUES nouvelles dans la pratique de l'acier inoxydable, p. 654.  
 TRAITEMENT des dents infectées (Du), p. 639.  
 VARIÉTÉS d'accidents de dent de sagesse supérieures incluses (Trois), p. 643.

#### A. G. S. D. F.

ASSEMBLÉE générale du 9 avril 1932, p. 193, 331.  
 CONSEIL d'administration du 21 novembre 1931, p. 190.  
 — — — 27 février 1932, p. 331.  
 RAPPORT moral, p. 266.  
 RÉUNION du 10 avril 1932, p. 332.

#### BIBLIOGRAPHIE.

ANNUAIRE du Syndicat national des chirurgiens - dentistes d'Autriche, pour 1932, p. 323.  
 BLED, p. III.  
 BULLETIN de la Fondation documentaire dentaire, p. 323.  
 CHIRURGIE dentaire dans l'armée portugaise (La), p. 325.  
 DENTITION chez les enfants (La), p. 322.  
 DÉVELOPPEMENT de la face chez les enfants, particulièrement en ce qui concerne les dents, p. 772.  
 EPITHÉLIOMAS primitifs des gencives et de la muqueuse de la voûte (Les), p. 703.  
 HAUTE FRÉQUENCE en stomatologie (La), p. 703.  
 HYGIÈNE du dentiste dans la pratique professionnelle moderne, p. 324.  
 INTRODUCTION à l'étude de l'odontologie, p. 704.  
 LIVRES reçus, p. 113, 325, 705, 772.

NOUVEAUX Journaux, p. 113, 325, 704, 772.  
 PATHOLOGIE de la bouche et des dents, p. 54.  
 PRATIQUE de la haute fréquence en odonto-stomatologie (La), p. 324.  
 PRÉCIS d'histologie, p. 322.  
 PROBLÈME de l'infection focale dentaire et de son traitement par la méthode conservatrice, p. 110.  
 TRAITÉ d'odontologie, p. 771.

#### BULLETIN DE L'A. G. S. D. F.

(V. à la Table méthodique, A. G. S. D. F., INTÉRÊTS PROFESSIONNELS, CHRONIQUE PROFESSIONNELLE).

#### CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AMICALE des dentistes militaires de réserve de la XVII<sup>e</sup> région, p. 336.  
 — — — — — XVII<sup>e</sup>, p. 547.  
 ASSOCIATION confraternelle des dentistes français, p. 335.  
 DÉCRET réglementant l'exercice de l'art dentaire en Argentine, p. 482.  
 ÉCOLE de perfectionnement des Officiers de réserve du Service de Santé de la région de Paris, p. 337.  
 LOI sanitaire roumaine, p. 609.  
 NOMINATION de dentistes militaires, p. 338.  
 RÉGLEMENTATION de l'exercice de la dentisterie et de la mécanique dentaire en Pologne, p. 603.  
 — — — de l'art dentaire en Yougoslavie, p. 778.  
 SYNDICAT des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, p. 780.

#### VIII<sup>e</sup> CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL.

CONGRÈS dentaire international à l'Académie de Médecine (Le VIII<sup>e</sup>), p. 36.  
 — — — jugé par la Presse professionnelle étrangère (Le), p. 36.  
 QUATRIÈME section, p. 21.  
 CINQUIÈME section, p. 31.  
 SIXIÈME section, p. 33.  
 SEPTIÈME section, p. 75.  
 HUITIÈME section, p. 80.  
 NEUVIÈME section, p. 83.  
 DIXIÈME section, p. 153.  
 ONZIÈME section, p. 156.  
 DOUZIÈME section, p. 160.

TREIZIÈME section, p. 161.  
 QUATORZIÈME section, p. 222.  
 QUINZIÈME section, p. 225.  
 SEIZIÈME section, p. 231.  
 SECTION 3 A, p. 234.  
 BANQUET, p. 675.  
 COMITÉ des Dames, p. 676.  
 DÉMONSTRATIONS (Les), p. 289.  
 ÉTUDIANTS (Les), p. 738.  
 EXCURSIONS, p. 674.  
 EXPOSITIONS (Les) :  
 EXPOSITION scientifique allemande,  
 p. 295.  
 — — autrichienne, p. 298.  
 — — belge, p. 302.  
 — — chilienne, p. 304.  
 — — espagnole, p. 304.  
 — — des États-Unis, p. 387.  
 — — de la Grande-Bretagne et des  
 Dominions, p. 451.  
 — — française, p. 455.  
 — — japonaise, p. 514.  
 — — suisse, p. 516.  
 — — tchécoslovaque, p. 516.  
 — — pédagogique, p. 517.  
 — d'hygiène dentaire, p. 586.  
 — rétrospective, p. 588.  
 FÊTES et réceptions, p. 672.  
 ORGANISATION matérielle du Grand  
 Palais et de l'Exposition des fabri-  
 cants et des fournisseurs (L'),  
 p. 600.  
 PROJECTIONS et le Cinéma (Les),  
 p. 293.  
 PROPOSITIONS de questions à traiter  
 au prochain Congrès, p. 751.  
 RÉCEPTION à l'Hôtel de Ville, p. 677.  
 VŒUX, p. 743.

#### CORRESPONDANCE.

LETTRE de M. Foveau de Courmelles,  
 p. 127.  
 — de M. J. Plagnes, p. 264.

#### ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

CONCOURS, p. 198.  
 ÉCOLE Dentaire de Paris (A I'), p. 483,  
 484, 612.  
 VISITE des Elèves à l'Institut Pasteur  
 de Garches, p. 170.

#### F. D. I.

COMPTE rendu de la session de Zurich,  
 p. 827.  
 PROGRAMME de la session de Zurich,  
 p. 464.

#### F. D. N.

ASSEMBLÉE générale du 8 avril 1932,  
 p. 333.

#### GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. S. D. F.

ADMISSIONS dans le Groupement,  
 p. 193.  
 MANIFESTATION de sympathie à M.  
 G. Villain, p. 194.

#### HYGIÈNE.

CAUSERIE sur l'hygiène dentaire, p.  
 320.

#### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

ALLOCATIONS familiales obligatoires  
 pour les chirurgiens-dentistes (Des),  
 p. 328.  
 AMORTISSEMENT du fonds de commer-  
 ce, p. 712.  
 A PROPOS de ceux qui furent oubliés,  
 p. 119.  
 ASSURANCES sociales, p. 715.  
 AUTOMOBILE-Club dentaire, p. 777.  
 BLESSÉS maxillo-faciaux, p. 481.  
 CABINET de dentiste en gérance, p. 774.  
 CENTRE d'études des métiers français  
 (Le), p. 55.  
 C. T. I., p. 187, 413.  
 DÉCLARATIONS fiscales pour 1933, p.  
 837.  
 EXPOSITION du travail (III<sup>e</sup>), p. 334,  
 409.  
 GRATUITÉ des soins à donner aux  
 « Gueules cassées », p. 774.  
 GROUPE sportif de l'École Dentaire  
 de Paris, p. 822.  
 IMPÔTS sur les bénéfices des professions  
 non commerciales, p. 773.  
 INDICATION pour les prestations den-  
 taires accordées aux assurés sociaux,  
 p. 117.  
 INSTITUT national des métiers (A I'),  
 p. 335.  
 LOI Armbruster relative à l'exercice  
 de la médecine, p. 180.  
 LOI de finances du 1<sup>er</sup> avril 1932  
 (La).  
 MÉCANICIENS à la Salle Wagram  
 (Les), p. 479.  
 MEMENTO mensuel des déclarations  
 fiscales et formalités intéressant les  
 chirurgiens-dentistes, p. 190.

MUTILÉS maxillo-faciaux et le libre choix des praticiens (Les), p. 183, 274.  
 NOMINATION de dentistes militaires, p. 121.  
 OFFICE départemental du placement et de la statistique du travail, p. 57, 119.  
 PHYSIOLOGIE et pathologie du travail technique artisanal, p. 715.  
 PRISE d'empreinte (La), p. 710.  
 PROJET de réajustement provisoire du taux de la patente des professions libérales, p. 187.  
 QUESTION des patentes (La), p. 185.  
 QUESTIONS fiscales, p. 833.  
 SERVICE dentaire dans l'armée portugaise (Les), p. 716.  
 SYNDICAT des chirurgiens-dentistes de France, p. 414.  
 — — — du Nord de la France, p. 129, 546, 714, 780.  
 UNION (Pour l'), p. 474.

#### JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

COUR d'Appel de Paris, p. 125, 483.

#### NÉCROLOGIE.

ABRAND, p. 339.  
 DIVERS, p. 67, 128, 196, 275, 484.  
 GILMER (Thomas Lewis), p. 275.  
 GUYE (Paul), p. 483.  
 HÉMARD, p. 671.  
 PAVLOVSKY (M<sup>me</sup>), p. 128.  
 PREVEL (Alfred), p. 67.  
 SIFFRE (D<sup>r</sup>), p. 781, 839.  
 STÉVENIN, p. 611.  
 WISNER (Léon), p. 415.

#### NOUVELLES.

AMICALE des dentistes des armées de terre et de mer, p. 275.  
 ASSOCIATION des femmes dentistes, p. 781, 782, 842.  
 AVIS, p. 68, 130, 196, 484, 718, 782, 844.  
 BULGARIE (En), p. 68.  
 CENTRE d'études des métiers français, p. 130.  
 CONCOURS à l'E. D. P., p. 196, 842.  
 CONGRÈS de chirurgie réparatrice (III<sup>e</sup>), p. 717.  
 — français de stomatologie (VII<sup>e</sup>), p. 177.  
 CROISIÈRES médicales de Pâques 1932 et 1933, p. 130.  
 — de grandes vacances, p. 340,

DISTINCTIONS honorifiques, p. 128, 275, 416, 484, 842.  
 ECOLE dentaire de Newcastle, p. 196.  
 — — — Genève (A l'), p. 717.  
 ERRATA, p. 68, 416.  
 EXAMEN de chirurgien-dentiste, p. 612.  
 EXPOSITION d'hygiène buccale en Palestine, p. 612.  
 FÉDÉRATION nationale des Amicales des dentistes des armées de terre et de mer, p. 129.  
 FIANÇAILLES, p. 717.  
 LÉGION d'honneur, p. 68, 128, 415, 484, 548, 611, 717, 781, 842.  
 MANIFESTATION de sympathie, p. 842.  
 MARIAGES, p. 129, 196, 276, 340, 416, 484, 612, 717, 781.  
 NAISSANCES, p. 129, 276, 340, 416, 612, 717.  
 NOËL en Suisse, p. 718.  
 NOMINATIONS, p. 68, 196, 842.  
 NOUVEAUX journaux, p. 68.  
 PRIX Claude Martin, p. 129.  
 PROMOTION, p. 416.  
 RÉCOMPENSE, p. 416, 611.  
 SYNDICAT des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, p. 129.  
 VOYAGES de la Nomade (Les), p. 416.

#### RÉUNIONS ET CONGRÈS.

ARPA internationale (L'), p. 471.  
 CONGRÈS stomatologique italien (XX<sup>e</sup>) p. 319.  
 — dentaire turc (I<sup>er</sup>), p. 770.  
 — français de stomatologie (VII<sup>e</sup>), p. 824.  
 — de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique (III<sup>e</sup>), p. 826.  
 ECOLE de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris, p. 262.  
 ITALIE (En), p. 260.  
 JOURNÉES dentaires (IX<sup>es</sup>), p. 545, 770.  
 SEMAINE odontologique de 1932 :  
 APPEL, p. 54, 107.  
 COMPTE RENDU, p. 260, 405, 469, 543.  
 PROGRAMME, p. 171.  
 SEMAINE odontologique de 1933, p. 832.  
 SAINTE APOLLINE, patronne des dentistes, p. 544.  
 SOCIÉTÉ française d'orthopédie dento-faciale, p. 262, 766.  
 — suisse d'odontologie, p. 319.  
 — dentaire américaine d'Europe, p. 770.



## REVUE ANALYTIQUE.

- ABCÈS de la langue (Les), p. 803.
- ACCÉLÉRATION de l'anesthésie locale et atténuation des suites postopératoires par l'alcalinisation des solutions de procaine, p. 762.
- ACIDE sulfurique en dentisterie (L'), p. 240.
- AGRANULOCYTOSE, p. 310, 686.
- ALTÉRATIONS bucco-dentaires en rapport avec les différents états physiopathologiques chez la femme, p. 578.
- ANALYSE chimique des racines et des couronnes atteintes de pyorrhée alvéolaire, p. 687.
- ANESTHÉSIE locale, p. 306.
- ANOMALIE dentaire d'une tribu indienne, p. 688.
- APPLICATION de la psychothérapie aux problèmes dentaires, p. 89.
- ARC métallique à ancrage de Baker modifié pour fracture (L'), p. 90.
- ARTHRITES et maladies dentaires, p. 91.
- ASPECTS de la syphilis intéressants pour le dentiste, p. 90.
- AVANTAGES de l'emploi du barbiturate d'éthyle de sodium en dentisterie, p. 308.
- BAIN de bouche pour le traitement de l'angine de Vincent, p. 761.
- BASES du fonctionnement d'un dentier complet (Les), p. 240.
- BLASTOMYCOSE des gencives et des mâchoires, p. 761.
- BROSSE à dents (La), p. 762.
- CALCIUM et les dents (Le), p. 807.
- CARIE des dents humaines (La), p. 307.
- Dentaire expérimentale chez les rats (La), p. 655.
- CLAPIER pyorrhéique (Le), p. 239.
- COMPLICATIONS intéressantes pour le médecin pendant et après l'extraction, p. 88.
- post-opératoires en exodontie ; leur traitement et leur prévention, p. 167.
- CONDUITE à tenir dans les fractures articulaires temporo-maxillaires, p. 576.
- CONSIDÉRATIONS sur la pulpe dentaire, p. 309.
- importantes pour le dentiste et l'obstétricien, p. 762.
- CONTRIBUTION à l'étude de l'anesthésie locale par injection en stomatologie, p. 235.
- CORPS étranger d'origine dentaire dans une bronche, p. 308.
- CORRÉLATION des problèmes médicaux et dentaires, p. 91.
- COURONNES et bridges, p. 310.
- DÉCALCIFICATION alvéolo-dentaire, calcémie et recalcification, p. 306.
- DENTS surnuméraires, p. 762.
- DIABÈTE sucré et le dentiste (Le), p. 686.
- DIATHERMIE en dentisterie (La), p. 166.
- DIFFORMITÉS buccales associées à la dureté de l'ouïe, p. 762.
- DOIT-ON opérer les angines de Ludwig ? p. 577.
- DONNÉES, matières, conditions, appareils et méthodes relatifs à l'uniformisation du coulage des inlays, p. 688.
- DYSARTHROSE cranio-faciale (La), p. 575.
- et sous-arthrose de l'articulation mandibulaire, p. 760.
- EFFETS des troubles constitutionnels sur les tissus dentaires (Les), p. 90.
- EFFET d'acides dilués sur la surface de l'émail étudié au microscope, p. 687.
- EPULIS congénitale (L'), p. 575.
- EROSION et l'abrasion des dents naturelles (L'), p. 91.
- ÉTAT précancéreux de la bouche, p. 89.
- ÉTUDE des produits du métabolisme du chlorhydrate de procaine, p. 89.
- de la pulpe et des réactions dentinaires, p. 760.
- comparative du traitement des canaux radiculaires par le chlorophénol camphré et l'électro-stérilisation, p. 685.
- des médicaments synthétiques nouveaux employés dans le traitement pré et post-opératoire, p. 763.
- EXTRACTIONS dentaires, pendant la gravidité (Les), p. 576.
- FACTEURS intervenant dans la prévention et le traitement des difformités d'occlusion, p. 807.
- FOYER infectieux dentaire comme facteur étiologique dans les maladies du système génito-urinaire, p. 88.
- FRACTURE du maxillaire avec correction d'une perte de substance et restauration prothétique, p. 308.
- FREIN lingual anormal (Le), 687.

- GINGIVITE desquamative diffuse chronique, p. 685.
- HÉMANGIOME caverneux du côté droit du maxillaire inférieur, p. 88.
- HYGIÈNE dentaire et l'alimentation prénatales en rapport avec la dentisterie (L'), p. 167.
- HYPERCÉMENTOSE (L'), p. 88.
- INFECTION gingivale fongueuse, p. 166.
- dentaire comme facteur étiologique de certaines maladies par rapport au traitement des dents sans pulpe, p. 307.
- INFLUENCE des glandes endocrines sur le système dentaire, p. 805.
- INTERPRÉTATION des zones opaques dans les radiographies (Mauvaise), p. 161.
- INTOXICATION aiguë par le chlorate de potasse, p. 236.
- LÉSIONS dermatologiques de la bouche et leurs rapports avec le cancer ; diagnostic différentiel et traitement, p. 167.
- dentaires dues au scorbut, p. 000.
- LUMIÈRE et la chaleur en thérapeutique dentaire (La), p. 807.
- LUMIÈRE et les phénomènes de couleur dans les dents et les porcelaines dentaires (La), p. 763.
- MALFORMATION de la dentition, p. 91.
- MÉCANISME de l'arc orthodontique au point de vue pratique, p. 686.
- MÉDECINS, occupez-vous des dents, p. 241.
- MERCURE est-il toxique dans les restaurations avec des amalgames dentaires ? (Le), p. 89.
- MÉTASTASE humorale du maxillaire amenant à constater une tumeur primaire de l'ovaire, p. 167.
- MÉTHODE pour augmenter le drainage dans le traitement de l'infection périapicale, p. 686.
- d'obturation des canaux radiculaires des dents sans pulpe, p. 761.
- MISE en service immédiate des dentiers (La), p. 687.
- MODALITÉS bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire chronique, p. 578.
- MODIFICATION du régime alimentaire, p. 90.
- NATURE et lieu de l'intervention mécanique en orthodontie, p. 89, 90.
- NÉVRALGIE du trijumeau, p. 239.
- NODULES pulpaux et changements calciques, p. 761.
- ORIGINE de la dentisterie moderne aux Etats-Unis, p. 307.
- OBSERVATIONS sur l'emploi du traitement électrolytique de l'infection périapicale, p. 685.
- ORTHOPÉDIE de l'occlusion, p. 655.
- PERTE et remplacement des dents artificielles, p. 241.
- PIGMENTATIONS de la membrane muqueuse buccale, p. 761.
- PORCELAINE plaquée, couronne Jacket coulé, p. 167.
- PRÉDOMINANCE générale des symptômes graves de la malocclusion, p. 166.
- PRINCIPES du traitement des canaux pulpaux, p. 762.
- PRISE de l'occlusion pour les dentiers artificiels, p. 241.
- PROPHYLAXIE dentaire chez les enfants (La), p. 166.
- PROPHYLAXIE dentaire et le soin des dents des enfants au-dessous de six ans (La), p. 686.
- QUESTION du canal radiculaire posée sur une base scientifique (La), p. 310.
- RAPPORTS des infections focales avec les maladies constitutionnelles, p. 807.
- RECONNAISSANCE d'une ostéomyélite par la radiographie, p. 307.
- RELATIONS du métabolisme et de la denture, p. 367.
- RÉPARATION d'une dent fracturée, p. 686.
- RÉSERVE alcaline chez les sujets atteints de carie dentaire (La), p. 309.
- RÉSORPTION des racines des dents temporaires, p. 240.
- alvéolaire interstitielle comme moyen de reconnaître de bonne heure le diabète sucré, p. 241.
- RÉSULTATS dans le traitement des névralgies graves essentielles du trijumeau (Les meilleurs), p. 309.
- ROLE du médecin et du dentiste (Le), p. 686.
- SÉROSTOMIE (La), p. 240.
- SERVICES dentaires scolaires, p. 763.
- SILLONS et fissures apparaissent-ils à des âges différents dans la même dent ? p. 687.
- SIMPLIFICATION et stérilisation des crampons, p. 90.
- TECHNIQUE de la pression dans la prise d'empreinte, p. 88.
- des injections, p. 236.



- — aciers inoxydables (La), p. 579.
- rationnelle de la chirurgie des canaux pulpaire, p. 687.
- systématique d'appareillage orthodontique en acier inoxydable, p. 805.
- orthodontique de Griffin, p. 763.
- THÉORIE nouvelle de la cause de la carie dentaire, p. 761.
- TRAITEMENT de la névralgie du trijumeau par le trichloréthylène, p. 165.
- des anthrax graves de la lèvre par le bactériophage, p. 235.
- dentaire des enfants, p. 763.
- des fractures du corps du maxillaire inférieur, p. 806.
- de la paradentose par les médicaments, p. 807.
- TRAITEMENTS de l'angine de Vincent, p. 763.
- TROUBLES réflexes d'origine dentaire (Quelques), p. 165.
- TUBERCULOSE de la langue (La), p. 804.
- TUMEURS des os (Les), p. 803.
- TYPES spécifiques de lésions apicales associées aux cancers de la peau et du sein, p. 89.
- VALEUR clinique du contrôle bactériologique du traitement de l'infection périapicale, p. 807.
- VITAMINE B a-t-elle un rôle dans la prévention de la carie (La), p. 685.
- ZONES de réaction acide dans la cavité buccale en corrélation avec la présence de caries dentaires, p. 90.

#### REVUE DES REVUES.

- ATROPHIE du masséter, du temporal et du ptérygoïdien interne gauche, séquelle probable de poliomyélite méconnue, p. 758.
- CONTENTION chirurgicale des prothèses (De la), p. 755.
- RADIOLOGIQUE et radiothérapeutique en art dentaire, p. 678.
- RÉIMPLANTATION : traitement thérapeutique de la pyorrhée alvéolaire, p. 524.
- TRAITEMENT de la pyorrhée alvéolaire, p. 459.

#### SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRE DE PARIS.

- ASSEMBLÉE générale ordinaire, p. 838.
- — extraordinaire, p. 838.
- DÉCLARATION de principes, p. 115.

#### SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

##### SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 1<sup>er</sup> décembre 1932, p. 42.

- I. Processus de la carie des dents, p. 42.
- II. Kyste de molaire temporaire, p. 45.
- III. Fibrome diffus des maxillaires supérieur et inférieur, p. 45.
- IV. Amalgames et caries secondaires, p. 47.

Séance du 5 janvier 1932, p. 52, 92.

- I. Curettage et obturations apicales, p. 92.
- II. Observation anatomo-pathologique macro et microkystique d'un épithélio-granulome microkystique hémorragique, p. 92.
- III. Importance de l'observations méthodique en orthodontie, p. 93.
- IV. Propositions diverses, p. 101.

Séance du 2 février 1932, p. 68, 396.

- I. Organisation rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les établissements d'enseignement dentaire, p. 168, 341 à 386, 396.

Séance du 1<sup>er</sup> mars 1932, p. 242.

- I. Nomination de membres honoraires, p. 242.
- II. Recherches sur l'étiologie de la paradentose atrophique précoce, p. 242.
- III. Pour une sélection de nos substances d'obturation, p. 251.

Séance du 6 avril 1932, p. 254, 310.

- I. Les complications digestives de la septicité bucco-dentaire, p. 310.
- II. Influence grave de l'état puerpéral sur le développement de la carie dentaire, p. 311.
- III. Protection efficace des facettes de porcelaine interchangeables par contre-placage à recouvrement, p. 313.

Séance du 3 mai 1932, p. 396, 464.

- I. Quelques projections de radiographies dentaires intrabuccales, p. 464.
- II. Considérations sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires, p. 465.
- III. Traitement du prognathisme par la résection bi-condylienne, p. 466.

Séance du 7 juin 1932, p. 467, 527.

- I. Correspondance, p. 527.
- II. Signification biologique du granulome apical, p. 527.



III. Les caries dentaires en période obstétricale, p. 534.

IV. Névrite pulpaire, p. 540.

*Séance du 5 juillet 1932, p. 689.*

I. Kyste volumineux de la mâchoire inférieure, p. 691.

II. Considérations sur quelques aspects de la prothèse partielle moderne, p. 694.

III. Rapport du Secrétaire général, p. 689, 700.

IV. Election du Bureau, p. 700.

*Séance du 8 novembre 1932, p. 808.*

I. Correspondance, p. 808.

II. Allocution du Président, p. 808.

III. Thérapeutique de la douleur, p. 817.

IV. Nomenclature et systématique des paradontoses, p. 818.

*Séance du 6 décembre 1932, p. 822.*

#### SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

*Séance du 17 novembre 1931, p. 103.*

I. Les kystes fistulaires du maxillaire inférieur, p. 103.

II. Epithélioma adamantin, odontome ou prodontome radulaire, p. 103.

*Séance du 22 décembre 1931, p. 103.*

I. Maladie de Bowen localisée à la muqueuse buccale, p. 103.

II. Syphilis des maxillaires, p. 104.

III. Tumeurs mélaniques de la cavité buccale, p. 104.

IV. Gommes syphilitiques du maxillaire supérieur et de la face, p. 104.

V. Abscess sous-périosté du maxillaire d'origine dentaire, p. 104.

*Séance du 19 janvier 1932, p. 255.*

I. Grenouillette sublinguale, p. 255.

II. Parulie, p. 255.

III. Sinus maxillaire et les dents, p. 255.

IV. Hémostase par le muscle de poulet, p. 255.

V. Kyste paradentaire du maxillaire inférieur, p. 255.

*Séance du 16 février 1932, p. 398.*

I. Communications naso et sinusobuccales, p. 398.

II. L'acolihte, p. ???.

III. Malformation d'origine traumatique de la couronne d'une canine supérieure temporaire, p. 399.

IV. Malformation dentaire, p. 399.

V. Un cas d'iodoformisme, p. 399.

VI. Les articulations de la face à la naissance, p. 399.

VII. Nécroses tropho-infectieuses pulpaire, ligamenteuses, maxillaires, p. 399.

*Séance du 15 mars 1932, p. 468.*

I. Alvéolyse infantile, p. 468.

II. Traitement de l'atrésie et de l'imperméabilité nasale chez l'enfant par la disjonction des os maxillaires supérieurs, p. 468.

III. Gomme génienne tuberculeuse, p. 468.

IV. Les hémorragies graves en pratique dentaire. Traitement préventif et curatif, p. 468.

*Séance du 19 avril 1932, p. 542.*

I. Tuberculose alvéolaire des maxillaires, p. 542.

II. Résections condyliennes unilatérales et bilatérales, p. 542.

III. Utilisation des appuis craniens pour la réduction des fractures de l'angle de la mandibule, p. 542.

IV. Le derviche tourneur dentiste, p. 542.

*Séance du 24 mai 1932, p. 701.*

I. Un cas de tuberculose mandibulaire atypique, p. 701.

II. Tuberculose ulcéreuse et ulcéro-végétante de la mandibule, p. 701.

III. Fracture horizontale haute de la mâchoire supérieure consolidée en position vicieuse, p. 702.

IV. Lichen plan buccal, p. 702.

*Séance du 24 juin 1932, p. 765.*

#### SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

*Séance du 24 novembre 1931, p. 53.*

I. Sarcome de la mâchoire inférieure, p. 53.

II. Epithélioma du maxillaire inférieur, p. 53.

III. Constitution de l'émail, p. 53.

*Séance du 22 décembre 1931, p. 102.*

I. Rôle des glandes endocrines dans l'évolution dentaire, p. 102.

II. Recherche et diagnostic des maladies du sinus, p. 102.

III. Cancer de la langue, p. 102.

*Séance du 26 janvier 1932, p. 169.*

I. Fistule mentonnière, p. 169.

*Séance du 8 avril 1932, p. 541.*

I. Accidents articulaires temporo-maxillaires, p. 541.

II. Sinusite odontalgique typique, p. 541.

III. Maladie de Recklinghausen, p. 541.

IV. Tolérance des humains aux malformations et aux troubles dentaires, p. 541.

*Séance du 26 avril 1932, p. 397.*

I. Extraction au cours des stomatites, p. 398.

II. Séquelles tardives de traumatismes maxillo-faciaux de guerre, p. 398.

III. Traitement de la paradentose par des vaccins locaux réinjectés, p. 398.

*Séance du 24 mai 1932, p. 468.*

I. Traitement des paradentoses par l'atomiseur, p. 468.

II. La névralgie du trijumeau et son traitement, p. 468.

III. Troubles oculaires d'origine bucco-dentaire, p. 468.

*Séance du 19 juillet 1932, p. 764.*

I. Les savons, p. 764.

II. Comment évoluent les dents, p. 765.

*Séance du 25 Octobre 1932, p. 823.*

I. Dents de sagesse cariées, p. 823.

II. Emploi du formol en thérapeutique dentaire, p. 823.

#### TRAVAUX ORIGINAUX.

AMALGAMES et caries secondaires, p. 10.

CARIES dentaires en période obstétricale (Les), p. 503.

COMPLICATIONS digestives de la septicité bucco-dentaire (Les), p. 277.

CONSIDÉRATIONS sur la recherche et la désinfection des canaux radiculaires (Quelques), p. 417.

EXPÉRIENCES faites avec l'amalgame à durcissement rapide (citamalgam), p. 727.

FIBROME diffus des maxillaires supérieur et inférieur, p. 18.

GÉNÉRALITÉS sur la haute fréquence en art dentaire, p. 638.

IMPORTANCE d'une observation mé-

thodique dans l'orthopédie dento-maxillo-faciale, p. 141.

INFLUENCE grave de l'état puerpéral sur le développement de la carie dentaire, p. 485.

NOMENCLATURE et systématique étiologique des paradentoses, p. 792.

NOTE sur la classification des diverses formes de paradentoses, p. 801.

OBSERVATION anatomo-pathologique macro et microscopique d'un épithélio-granulome microkystique hémorragique, p. 69.

ORGANISATION rationnelle du traitement des canaux radiculaires dans les établissements d'enseignement dentaire (L'), p. 168, 341 à 386, 396.

PLAN frontal moyen dans les mensurations du profil en orthodontie (Un), p. 72.

PROCÉDÉS pratiques de nettoyage-stérilisation pour la petite instrumentation, p. 563.

PROCESSUS de la carie des dents, p. 142.

PROTHÈSE pneumatique (La), p. 624.

PSEUDO-ODONTALGIES (Les), p. 613.

RECHERCHES sur l'étiologie de la paradentose atrophique précoce, p. 197.

RÉDUCTION et contention de la mandibule à la suite de la résection bi-condylienne, p. 441.

RÉSECTION et obturation apicales dans les abcès alvéolaires à canal imperméable, p. 133.

SÉLECTION de nos substances d'obturation (Pour une), p. 203.

SIGNIFICATION biologique du granulome apical, p. 555.

SUÇAGE du pouce (Le), p. 628.

THÉRAPEUTIQUE et la douleur (La), p. 783.

TRAITEMENT chirurgical du prognathisme par la résection du condyle, p. 435.

— des dents des enfants, p. 549.

— — — infectées (Du), p. 721.

#### VARIA.

PROF. ALFRED GYSI (Le), p. 114.

## Noms d'Auteurs <sup>(1)</sup>

- AGUSSOL, p. 563.  
*Bernard* (Dr), p. 532, 533.  
 BERNARD (Dr), p. 555.  
 BERTRAND (Dr P.), p. 658, 703.  
 BONNET-ROY (Dr), p. 18, 54, 703.  
 BROCHIER, p. 203.  
*Brochier*, p. 253, 530.  
 CARNOT (Prof.), p. 277.  
*Caumartin* (Dr), p. 371.  
 CAYRE (Dr), p. 555.  
 CHARLET, p. 827.  
 CHEMIN (Dr), p. 710.  
 CHENET (Dr), p. 624.  
*Chenet* (Dr), p. 691.  
*Darcissac* (E.), p. 464.  
 DELATER (Dr), p. 69.  
*Delater* (Dr), p. 92, 818.  
*Derouineau*, p. 377.  
 DESFORGES (Dr), p. 808.  
*Desjorges* (Dr), p. 817.  
 DUFOURMENTEL (Dr), p. 435.  
 FILDERMAN (J.), p. 119.  
 FOURQUET, p. 105, 256, 581.  
*Fourquet*, p. 372.  
 FOVEAU DE COURMELLES (Dr), p. 129.  
 FRAENKEL (R.), p. 72.  
 GRAVIÈRE, p. 55.  
 GRIPPON DE LA MOTTE (Dr), p. 18.  
*Housset* (P.), p. 96, 98, 100, 246, 821.  
 HOUSSET (P.), p. 441.  
 HULIN, p. 197, 792.  
*Hulin*, p. 249, 250, 537, 819, 822.  
 JACCARD, p. 771.  
 LEBLAN (Dr), p. 689.  
 LEMELAND (Dr), p. 485.  
*Lentulo*, p. 529.  
*Lentulo*, p. 694, 699.  
 LEQUATRE, p. 69.  
 LUBETZKI, p. 719.  
*Lubetzki*, p. 50, 93, 101, 310, 312, 341, 385, 396, 465, 466, 539, 700.  
 MARMASSE, p. 357.  
*Marmasse*, p. 370.  
 MARTINIER (G.), p. 342.  
*Martinier* (G.), p. 369.  
 MENNETRIER, p. 712.  
*Morineau*, p. 314.  
 MAGNES, p. 264.  
 PONT (Dr), p. 349.  
*Pouillot*, p. 479.  
 RATON, p. 342.  
*Regnault* (Dr), p. 100.  
 REGNAULT (Dr), p. 141.  
 RETTERER (Prof.), p. 1.  
*Retterer* (Prof.), p. 42, 44, 45.  
 RIVET (Jean), p. 111, 170, 459, 524.  
 ROLLAND (Dr P.), p. 10, 801.  
*Rolland* (Dr P.), p. 47, 48, 49, 51, 531, 534, 817, 820.  
 ROY (Dr), p. 133, 417, 613, 819, 839.  
*Roy* (Dr), p. 42, 93, 99, 242, 248, 249, 373, 464, 527, 535.  
 SCHENK (Dr), p. 727.  
 SÉNÉCAL, p. 117.  
*Solas* (Dr), p. 98, 101, 376.  
 VIGNES (Prof.), p. 503.  
*Vignes* (Prof.), p. 540.  
*Villain* (G.), p. 47, 49, 247, 252, 313, 382, 465, 466, 538, 695.  
 VILLAIN (H.), p. 56, 265, 320, 628, 827.  
*Villain* (H.), p. 310.  
 WATRY (Dr), p. 549.

(1) Les noms en italiques sont ceux des orateurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie de Paris.



